

## **”GUTTEN SOM LETTE ETTER STEMMEN SIN”**

En kasuistisk studie av hvordan et barns selvagens kan styrkes gjennom et forløp av tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi, med fokus på hvilke psykologiske mekanismer som bidrar til endring.

Karen Holte Karlsen

Høst, 2014

Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Psykologisk institutt

NTNU, Trondheim

Veileder: Birgit Svendsen

## Sammendrag

Denne studien viser hvordan psykoterapi med barn kan bidra til økt selvagens. Terapiforløpet er med en gutt med internaliserende vansker, med lav selvagens og affektbevissthet. Oppgaven er en del av et større forskningsprosjekt: "Objektive endringsmål i psykoterapi med barn". Terapiformen som er brukt er tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi, som tar utgangspunkt i barnets utvikling og barns måte å kommunisere på. Intersubjektive møter der terapeuten affektivt toner seg inn, og på denne måten hjelper gutten til økt affektbevissthet og selvagens, samtidig som foreldrenes økte forståelse for barnets vansker endrer deres tilnærming til barnet og videre underbygger barnets selvagens. Guttens positive endringer viser seg både i hans atferd, fremtoning og utsagn, og i CBCL og i affektbevissthetsintervju. Økt selvagens ga barnet økt relasjonell og sosial kompetanse, og gir mulighet for andre typer samspill med andre, som videre vil styrke barnets selvagens og sosiale og psykiske fungering.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Innledning.....	3
Selvutvikling.....	6
Selvagens.....	7
Intersubjektivitet.....	10
Utvikling av emosjonsregulering.....	11
Tidlige samspill.....	12
Affektbevissthet.....	15
Forståelse av internaliserende vansker.....	16
Terapi med barn.....	19
Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB).....	20
Metode.....	22
Kasus.....	22
Datainnsamling.....	23
Kasuspresentasjon.....	24
Henvisning og anamnese.....	24
Klinisk psykologisk undersøkelse og valg av terapifokus.....	25
Affektbevissthetsintervju.....	26
Kasusformulering.....	27
Midtfase.....	28
Scaffolding.....	28
Forstørre emosjonssuttrykk og emosjonelle opplevelser.....	30
Slutfase.....	32
Samtaler med foreldrene.....	33
Psykologfaglig forståelse.....	33
Resultater.....	35
Diskusjon.....	37
Begrensninger og implikasjoner.....	41
Referanseliste.....	43

## Forord

I løpet av de årene jeg har vært psykologistudent har jeg hele tiden hatt stor interesse for terapi med barn. Barn er i naturlig utvikling, slik at man i løpet av et terapiforløp kan se store endringer på kort tid. Endringer som ikke bare har betydning for barnet, men hele familien. Endringer som ikke bare har betydning her og nå, men som kan få barnet tilbake på utviklingssporet sitt, og dermed unngå at barnets vansker utvikler seg videre og får store negative konsekvenser i barnets liv.

Det semesteret jeg hadde internklinisk praksis som barneterapeut, ble jeg fascinert av fenomenet intersubjektivitet, og hvor tydelig og kraftig det kjentes å virkelig møte og ta i mot barneklientens opplevelse. Det var spennende å erfare hvordan både barneklienten og jeg som terapeut ble påvirket av slike møter

Da jeg skulle skrive hovedoppgave, var jeg så heldig å få delta i forskningsprosjektet ”Objektive endringsmål i terapi med barn”, som ga meg muligheten til å fordype meg videre i flere av de temaene som hadde fanget min interesse. Å presentere dette i et kasus ga mening for meg, fordi jeg selv hadde erfart at det ofte var rike og gode kasusbeskrivelser som virkelig ga meg innsikt i teori, og nye innspill til hvordan jeg kunne jobbe som terapeut.

Tusen takk til alle som jeg har samarbeidet med på dette prosjektet, særlig til veileder Birgit Svendsen. Tusen millioner takk til Fredrik som er en uuttømmelig kilde av oppmuntring, motivasjon og kjærlighet. Og en helt spesiell takk til min klient Even; takk for at jeg fikk være med å fortelle historiene dine.

*Even var en 12 år gammel gutt som ble henvist til behandling for engstelse og tvangspreget atferd. Han hadde sjekketvang som dreide seg om foreldrenes tilgjengelighet; han måtte vite hvor de befant seg til enhver tid og om de var tilgjengelige på telefon. Foreldrene var nå slitne og bekymret for gutten sin. Da han kom til klinikken, framstod han som en veldig spak og forsiktig gutt. Både hans atferd og flere av hans interesser var lite aldersadekvate. Foreldrene hans fortalte om guttens engstelse, men selv var han mest opptatt av at han hadde hjemlengsel. Hva var det som var vanskelig for Even? Hvordan kunne vi forstå denne gutten, og på hvilken måte kunne terapi hjelpe ham?*

Psykisk helse er tett knyttet til interaksjoner og relasjoner med andre mennesker. Spedbarnet er fra første stund en aktiv deltaker i samspill, og søker gjensidig sosiale samspill (Bråten, 2010; Collis & Schaffer, 1975; Meltzoff & Moore, 1977). Å inngå i sosiale samspill som tilbyr opplevelser av intersubjektiv deling er avgjørende for at spedbarnet utvikler emosjonsregulering, mentalisering og et stabilt, helhetlig selv (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). Disse egenskapene er en forutsetning for at barnet skal kunne fungere godt og fleksibelt i relasjoner til andre mennesker og til seg selv, både i barndommen og i voksen alder. Samspillene danner grunnlaget for barnets implisitte relasjonelle kunnskap; dets forventning til hvordan samvær med andre mennesker skal foregå og oppleves (Stern et al., 1998). Flere vitenskapelige studier har vist at mangelfulle og skadelige samspill har negative konsekvenser på flere plan; nevrologisk, kognitivt, emosjonelt og interpersonlig, og at slike samspill kan øke risikoen for at barnet utvikler psykiske vansker (IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; Murray, 1992; Zanarini et al., 1997; Zeanah, Boris, & Scheeringa, 1997).

I vår implisitte hukommelse lagres informasjon om hvordan samspill med andre mennesker skal foregå; hvordan det kjennes, hvordan vi skal reagere, og forventninger om hvordan den andre skal te seg (Fonagy, 2006). Stern (2006) kaller denne typen kunnskap taus relasjonell viten. Taus relasjonell viten har store likhetstrekk med Bowlbys begrep indre arbeidsmodeller; begge begrepene omtaler hukommelsesstrukturer i vår implisitte hukommelse der informasjon om våre relasjoner lagres (Fonagy, 2006). Spedbarnet begynner å utvikle sin tause relasjonelle viten gjennom intersubjektive samspill med sine voksne omsorgspersoner (Stern, 2006).

Forskning på mønstre av brudd og reparasjoner i samspill mellom foreldre og spedbarn har fått stor betydning for forståelsen av hvordan terapi skaper endring hos pasienter (Stern, 2006; Tronick et al., 1998). Brudd er i begge tilfeller et avvik fra forventningen til

slike samspill; et sammenbrudd i intersubjektiv relatering. Brudd og reparasjoner i samspill mellom spedbarnet og foreldrene øker spedbarnets toleranse for stress. I samspillet mellom pasient og terapeut oppstår også et samspill preget av intersubjektivitet og gjensidig emosjonell regulering. Brudd i en terapeutisk kontekst er relasjonelle hendelser mellom pasienten og terapeuten som avviker fra det etablerte samspillsmønsteret. Om terapeuten fanger opp dette, og møter pasienten som et subjekt vil det åpne en ny måte for de to å være sammen på. Over tid vil slike opplevelser av å bli møtt på en annen måte enn sin forventning føre til endringer i pasientens implisitte hukommelse; hans tause relasjonelle viten (Stern, 2006). I likhet med hvordan et spedbarn lærer nye relasjonelle ferdigheter i intersubjektive møter med sine foreldre, lærer pasienten nye relasjonelle ferdigheter i en terapeutisk kontekst (Papousek, 2007; Tronick et al., 1998). Den psykoterapeutiske prosessen skjer ikke kun innad i pasienten, men mellom to subjekter (Benjamin, 1990). Derfor er relasjonen mellom pasient og terapeut en nødvendig faktor for å skape endring. Terapi fungerer som en korrektiv emosjonell erfaring for pasienten (Svendsen, 2010).

De terapeutiske møtene tar utgangspunkt her og nå der barnet er, med et utviklingsperspektiv som bakteppe. Terapeutens rolle er å holde barnets sinn i sitt, og bekrefte, forstørre og scaffolde/støtte barnet slik at det kan bevege seg inn i sin proksimale utviklingszone (Svendsen, 2007). En annen viktig komponent er samtaler og veiledning med barnets foreldre, for å skape ny forståelse for barnets vansker, og gjennom det endre den intersubjektive relateringen mellom foreldrene og barnet. Noen studier på effekten av TIB har blitt gjort. Haugvik and Johns (2008) fant en effektstørrelse på 0,66 rett etter terapien, og fant at denne hadde økt tre måneder etter terapien var avsluttet. I den kvalitative analysen i samme studie fant de at barna aktivt forholdt seg til og brukte de strukturelle rammene for terapien; her tidsavgrensningen og terapifokuset. De fant også at barna tidlig begynte å dele personlig informasjon, og også fortalte om vonde og vanskelige opplevelser og følelser. De konkluderer med at den viktigste forutsetningen for at denne terapiformen skal kunne komme familiene til nytte er at barna, foreldrene og terapeuten kan dele et felles fokus, og ulike typer diagnoser og ustabile familieforhold ikke nødvendigvis må være eksklusjonskriterier (Haugvik & Johns, 2008). Haugvik (2012) skriver om en kvalitativ studie gjort på BUP Furuset i Oslo, der de fokuserte primært på det parallelle foreldrearbeidet. Basert på intervjuer med barnas foreldre, identifiserte de seks temaer som gjentok seg i mange foreldreintervju. Blant disse var det at foreldrene så terapien som en positiv opplevelse. De opplevde at problemer i familien ble mindre, at de kunne se positive endringer hos barnet sitt, og at de hadde fått en ny forståelse for barnets uttrykk (Haugvik, 2012). Haugvik and Johns (2006) påpeker viktigheten av at

forskning på denne terapimetoden må inneholde mer enn mål på symptomer, da målet ikke er å redusere symptomer hos barnet, men å endre og øke den intersubjektive utvekslingen mellom barnet og foreldrene.

Dagens krav om evidensbasert praksis av psykoterapi omfatter også terapi med barn. Dette er en utfordring, da forskning på psykoterapi for barn og ungdom henger etter sammenliknet med forskning på psykoterapi for voksne (Shirk & Karver, 2003). Dette er derfor et svært viktig satsningsområde, og det må hele tiden forskes videre, både for å besvare spørsmål, men også for å finne nye spørsmål å stille. Mye av psykoterapiforskning handler om å kunne dokumentere at den behandlingen man tilbyr pasientene faktisk har effekt. Psykoterapiforskning gir også muligheten til å se på hvilke typer terapier er effektive for ulike personer med ulike diagnoser. Resultater fra terapiforskning er utslagsgivende i utarbeidingen av de politiske og økonomiske rammene helsevesenet skal fungere innenfor; det avgjør hva slags tilbud vi har å gi til pasientene våre.

Denne oppgaven er den del av et større forskningsprosjekt som ser på objektive endringsmål i terapi med barn mellom 9 og 13 år med internaliserende vansker. Terapiformen brukt for å undersøke dette er TIB. Det man ønsker å undersøke er om barnas emosjonsregulering bedres etter intervensjon med TIB. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komite. For å vurdere eventuelle endringer hos barna sammenlikner man en del psykofysiologiske mål hos barna tatt før og etter terapiforløpet, samt resultatet av affektbevissthetsintervjuer tatt før og etter terapien. Dette er mål som vil styrke terapeutens, barnets og foreldrenes opplevelse av terapiforløpet og opplevelse av eventuell endring hos barnet. I denne oppgaven presenterer jeg en av disse terapiene, og diskuterer mulige endringsmekanismer hos akkurat dette barnet.

#### Problemstilling:

”Hvordan kan tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn bidra til å styrke et barns selvagens?”

Hvilke psykologiske mekanismer bidrar til å skape en slik endring?

For å kunne forstå Even og hans utgangspunkt før terapi best mulig vil jeg videre beskrive utviklingspsykologiske teorier som er relevant for selvutvikling, og da særlig selvagens. Jeg vil også beskrive TIB, for å ha en teoretisk ramme for å forstå Evens utvikling

gjennom terapiforløpet. I kasuspresentasjonen fremhever jeg elementene av terapien som hadde særlig betydning for å øke Evens selvagens. Avslutningsvis vil jeg diskutere hvordan psykoterapi med barn kan bidra til å skape endring i selvagens, og hvorfor TIB er godt egnet som verktøy for å skape denne endringen.

## Selvutvikling

Selvet som begrep er mest brukt innen den psykodynamiske tradisjonen, men er også svært sentralt innen utviklingspsykologi. Opprinnelsen kommer fra James som skilte mellom ”Jeg” – selvet som subjekt og ”Meg” – selvet som objekt (James, 1890). Jeget er den aktive agenten som skaper og gjør, mens meget er den mentale representasjonen – selvopplevelsen (Fonagy & Target, 1997). Selvet er et individs indre organisering av relasjonelle og emosjonelle erfaringer som sammen bidrar til å sortere inntrykk og opplevelser i tråd med personens verdier og mål, og gir retning til personens atferds- og følelsesmessige responser til store og små hendelser i hverdagen (Kernberg, 2007). Winnicott beskriver selvet som opplevelsen av ”å føle seg virkelig” (Winnicott, 1958).

Når barn og foreldre møtes i et sensitivt, responsivt samspill der barnet reguleres, bygges grunnlaget for barnets selvstendige emosjonsregulering og stabile identitet (Beebe, Lachman, & Jaffee, 1997). I samspill der de voksne toner seg inn på barnet, og forholder seg til barnet som om et tenkende, følende og handlende individ bidrar de voksne til å forme barnets selvopplevelse som nettopp tenkende, følende og handlende – dette stimulerer utviklingen av barnets agens og identitet (Beebe, 1998). Samspillet mellom barn og foreldre er grunnmuren i et menneskes sosiale og emosjonelle utvikling (Bowlby, 1973; MacDonald & Parke, 1984; Moe, 1996; Stern, 2010). De tidlige regulerende samspillene er grunnleggende for at barnet skal kunne maksimere positive følelser, og regulere de negative. De er også grunnleggende for at barnet skal kunne utvikle seg normalt; både sosialt og emosjonelt. De tidlige relasjonserfaringene internaliseres, og skaper en mal for forståelse av seg selv og andre, og det å være sammen (Bowlby, 1973; Stern, 2010). Disse samspillene gir barnet en opplevelse av fysisk avgrensning fra omverdenen og senere også mental avgrensning, som til sammen er et fundament for opplevelsen av et avgrenset og sammenhengende selv. Gjennom foreldrenes evne til å møte barnet sensitivt og responsivt, og reagere på måter som er i overenstemmelse med de behovene barnet signaliserer, blir barnet kjent med sine behov og utvikler selvagens (Stern, 2010). Sensitiv og responsiv foreldreatferd består av samspill preget av synkronisitet, gjensidighet, emosjonell støtte, positiv holdning og stimulering



(DeWolff & IJzendoorn, 1997). Affektiv inntoning, speiling og aktiv lytting er elementer fra tidlige samspill som lar barnet oppleve at den andre er i stand til å forstå hvordan han har det inni seg, og er også avgjørende for at barnet skal kunne utvikle et helhetlig selv (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Det er viktig at alle aspekter av barnets selvopplevelse blir tatt i mot og bekreftet av omsorgsgiverne (Stern, 2010). Dette vil øke barnets evne til å kommunisere tydelig og forståelig til omverdenen gjennom blant annet sine emosjonsuttrykk. Å fremstå som tydelig og differensiert for sine omgivelser vil ha stor betydning for den videre selvutviklingen, fordi dette vil vekke mer differensierte responser fra omgivelsene som vil åpne for en rikere og bredere selvopplevelse (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996).

### **Selvagens**

Daniel Stern (2010) har identifisert fem faser for utvikling av ulike selvformennelser; det gryende selvet, kjerneselvet, det intersubjektive selvet, det verbale selvet og det narrative selvet. Selvformennelsene utvikles gjennom at barnet møter nye tilpasningsoppgaver, og at dets fysiske og mentale fungering modnes. Disse selvformennelsene vokser fram på ulike tidspunkter i barnets utvikling, og fortsetter som utviklingslinjer gjennom hele livet. Til sammen gir de individet opplevelsen av å være et individuelt, handlende menneske som opplever sammenheng mellom hendelser og har kontroll over hendelser i den ytre verden (Stern, 2010).

For å forstå Evens utvikling er utviklingen av kjerneselvet særlig viktig. Fornemmelsen av et kjerneselv vokser fram fra rundt to måneders alder. Kjerneselvet består av selvagens, selvkoherens, selvaffektivitet og selvkontinuitet. Selvkoherens er å føle seg som den samme på tvers av ulike situasjoner. Selvkoherens gir spedbarnet opplevelsen av å være en egen fysisk enhet avgrenset fra omgivelsene. Selvkontinuitet handler i stor grad om barnets hukommelse; evnen til å huske elementer av samspill, lukter, steder og andre ting som bidrar til gjenkjennelse og opplevelsen av å ha en vedvarende historie. Selvaffektivitet kommer av at barnet registrerer invarianter i samspill med ulike omsorgspersoner, og begynner å oppleve disse affektive responsene som en del av selvet.

Tiden fra spedbarnet er 2-9 måneder er den mest intenst sosiale perioden i et menneskes liv; så godt som alt dreier seg om sosial interaksjon. Barnet framstår i denne perioden på en annen måte enn tidligere; det handler nå ut i fra en opplevelse av at det er i stand til å påvirke omgivelsene rundt seg. Samspillene barnet deltar i er ofte preget av variasjoner og

gjentagelser, og kjerneselvet trer fram for barnet gjennom invarianter i disse samspillene (Stern, 2010). Den boblende gleden barnet føler enten det er i samspill med mor, far eller bestemor fremstår i økende grad for barnet som en del av seg selv. Barnet begynner å skille mellom sitt bidrag og den andre sitt bidrag i samspill. Det at barnet opplever seg selv om fysisk avgrenset, og noe annet enn omverdenen og omsorgspersonen beskriver Stern (2010) som selv-kontra-annen. Denne distinksjonen har sammenheng blant annet med at barnet kjenner forskjellen på sin emosjonelle tilstand når det er alene, og i samspill med en regulerende annen. Disse samspillene lar barnet kjenne på sterkere og andre følelser enn det kan generere alene (Stern, 2010; Tronick et al., 1998). Gjennom gjentatte samspill med andre vil barnet etablere det Stern kaller RIGer; Representations of Interaction episodes Generalized, en forventning, eller form for arbeidsmodell av seg selv sammen med andre. Hvordan det kjennes ut å være sammen med mor, storebror, bestemor osv. Når en RIG blir aktivert i et nytt samspill med denne personen, trer erindringen fram som en indre ledsager i barnets indre. Den indre ledsageren fungerer som et sammenlikningsgrunnlag for det nåværende samspillet, og en diskrepans mellom den indre ledsageren og det samspillet som skjer her og nå gjør at RIGen endres. Dette er barnets opplevelse av selv-med-annen, det andre aspektet av kjerneselvet. Et fullt utviklet kjerneselv gjør at man har en opplevelse av å selv være opphav til egne handlinger og ha fri vilje. Man har en følelse av å være et fysisk hele, og man opplever å ha en vedvarenhet over tid – en historie. Og sist, men ikke minst; man har et affektivt repertoar som har sammenheng med oppfatningen av selvet (Stern, 2010).

Å oppleve agens; seg selv som en handlingsagent er en kjerne i selvutviklingen. Utgangspunktet for utvikling av selvagens ligger i kroppen; at barnet gjennom proprioseptiv tilbakemelding om kroppens bevegelser, og tidsmessig kontingens med den påfølgende hendelse gir barnet opplevelsen av å ha iverksatt hendelsen (Fonagy et al., 2004). Selvagens kommer også via sosiale og relasjonelle opplevelser. Gjennom å bli sett, hørt, tatt inn og forstått av andre får barnet opplevelsen av å ha verdi og betydning for andre (Fonagy et al., 1991; Fonagy & Target, 1997). Konsekvensen av at slike opplevelser er mangelfulle illustreres godt gjennom Still Face-eksperimenter. Der ser man godt hvordan barnet først prøver å etablere kontakt med den voksne omsorgspersonen, og gradvis blir mer frustrert når invitasjonen til samspill blir avvist. Barnet forsterker så uttrykket sitt; større kroppslige bevegelser, lager mer lyd og protesterer/gråter. Når barnet fremdeles ikke får respons blir det passivt og trekker seg unna den sosiale interaksjonen. Gjennom å gjentatte ganger bli utsatt for slike samspill kan barnet miste sitt initiativ, og bli passivt i ethvert samspill fordi det får en forventning om at det uansett ikke vil bli sett og reagert på (Braarud, 2010).

En viktig del av barnets selvutvikling er omsorgspersonenes tendens til ”overattribuering”. Fra de aller første samspillene blir barnet behandlet som en aktiv samspillspartner; som at dets handlinger og uttrykk har en intensjon. Barnets gråt forstås som et uttrykk for at barnet er sulten, et smil tolkes som et uttrykk for at barnet koser seg i samspillet, eller at det spøker. Gjennomgående er at barnet tillegges intensjoner og egenskaper det enda ikke har, men denne overfortolkningen bidrar til å utvide barnets selvopplevelse og åpner for at det kan utvikle nettopp disse intensjonene og egenskapene (Fonagy et al., 2004). Fonagy m.fl. mener at mentalisering er både årsak til og konsekvens av dette fenomenet. Mentalisering kan man si er å ha evnen til å oppleve seg selv utenifra, og en annen innenifra – og er noe annet enn selvrefleksjon eller empati. Det at den voksne i samspill med barnet kan mentalisere om barnets indre tilstand setter barnet i stand til å forstå seg selv, og gjennom denne stadig utvidede selvforståelsen får han også muligheten til å forstå andre. Barnet blir behandlet som et intensjonelt vesen, og erfarer gradvis sine egne og andres intensjonelle bevegelser og handlinger. I likhet med Stern mener også Fonagy at barnets selvutvikling starter med det fysiske selvet, før de sosiale aspektene av selvet faller på plass (Fonagy & Target, 1997).

I tråd med Stern (2010) sitt syn på selvutvikling vil vår opplevelse av selvagens gjennom hele livet være påvirket av våre erfaringer fra interaksjoner med og relasjoner til andre. Vi trenger kontinuerlig påfyll fra andre mennesker gjennom interaksjoner der vi opplever å bli sett, hørt og forstått. Om dette ikke er tilstede vil det være vanskelig å oppleve mening og verdi i det man gjør og er. Det å oppleve vilje i forkant av handlinger man utfører er også et aspekt av selvagens; opplevelsen av å generere sine egne handlinger. Et annet syn på selvagens finner vi innen læringsteori, nemlig Banduras self-efficacy. Teorien om self-efficacy beskriver hvordan ens tro på om en vil lykkes med en oppgave vil avgjøre om man i det hele tatt vil forsøke, hvor lenge man holder på, hvor mye innsats man legger i det (Bandura, 1977). Dette kan ses som et konkret, atferdsmessig uttrykk for hvorvidt man opplever at man er i stand til å påvirke sine omgivelser. Å ha en livshistorie preget av suksesshistorier der man har gjennomført sine planer vil styrke opplevelsen av selvagens. Self-efficacy er knyttet til det kognitive konseptet kontrollplassering. En ytre kontrollplassering innebærer at man har en forventning om at belønninger, og andre utfall i livet er bestemt av en ytre kraft. En indre kontrollplassering vil medføre at man selv opplever å ha innvirkning på hendelser i livet sitt, og man kan se på dette som den kognitive delen av selvagens. Selvagens hos Stern er et mye bredere konsept, og innbefatter relasjonelle og emosjonelle aspekter i tillegg til et konkret atferdsaspekt.

Man kan argumentere for at selvagens er en forutsetning for utvikling av barnets autonomi. Barnet vil begynne å demonstrere sin autonomi når det opplever kontroll over egen kropp, og at det fysisk kan manipulere omgivelsene gjennom å krabbe eller gå. Det vi omtaler som trassalderen er barnets første periode med tydelig markering av egen autonomi (Nucci, Killen, & Smetana, 1996). Barnet begynner nå å ha en oppfatning av hva som er personlig, nemlig sine preferanser og valg.

### **Intersubjektivitet**

Intersubjektivitet er møtet mellom to subjekter; opplevelsen av et psykisk fellesskap. Benjamin (1990) sier at intersubjektivitet er en forutsetning for subjektivitet. Det å møte et annet subjekt, i bevegelse mellom likhet og annerledeshet gir barnet muligheten til å utvikle et selv som er unikt og atskilt fra andre (Benjamin, 1990). Trevarthen (2001) sier at subjektivitet er evnen til å demonstrere sin intensjonalitet og bevissthet overfor en samspillspartner. Intersubjektivitet er å kunne ta innover seg den andres subjektivitet og tilpasse seg denne. I de ulike samspillsituasjonene mellom spedbarn og omsorgspersoner som er beskrevet i kapitlene over er intersubjektiv deling en fellesnevner. Det verbale er underordnet, og kommunikasjonen foregår via affekter, kroppslig uttrykk og opplevelse (Svendsen, 2010). Tronick (1998) beskriver hvordan intersubjektiv deling er en gjensidig dyadisk regulering. De to sinnene som møtes er som to systemer som møtes, og fungerer som ett system der de gjensidig regulerer hverandre; et dyadisk system. Deltakelse i dette dyadiske systemet kan gi opplevelser og erfaringer de to sinnene ikke kunne hatt hver for seg. Gjennom mikroutvekslinger av affektiv informasjon tar de hverandre inn og påvirker hverandres tilstand (Tronick, 1989). Et eksempel på dette er moren og spedbarnet som leker borte-titt-titt-lek. Partenes glede og begeistring påvirker hverandre, og løfter den enkeltes glede opp på et høyere nivå. Leken øker i intensitet, og sammen skaper partene en opplevelse som ingen av dem kunne hatt på egen hånd. Psykologisk sett utvides partenes bevissthetstilstand og deres implisitte relasjonelle kunnskap endres (Stern, 2006). For spedbarnet betyr dette en opplevelse av økt koherens og økt organisering av sitt indre. Barnet har nå fått økt toleranse for positiv affektiv intensitet i samspill med andre. I slike samspill blir den enkelte deltaker, eller det enkelte system større enn seg selv og det skapes noe som er unikt for akkurat den konstellasjonen der og da.

Spedbarnets kapasitet for intersubjektiv relatering, og dets motivasjon til å inngå i slike samspill er medfødt (Trevarthen & Aitken, 2001). Først gjennom primær intersubjektivitet som dreier seg om en helt konkret intersubjektiv utveksling; en interaktiv

regulering av barnets tilstand (Trevarthen, 1979). Man kan beskrive dette som ”person-bevissthet” (Trevarthen & Aitken, 2001). De første månedene er spedbarnets oppmerksomhet mest fokusert på disse helt nære, håndfaste opplevelsene. Når barnet er rundt ni måneder gammelt blir det plutselig mye mer opptatt av omgivelsene og objektene rundt seg. Sekundær intersubjektivitet er når omsorgspersonen og barnet kan ha felles fokus på noe utenfor barnet; en hendelse eller et objekt ute i rommet. Trevarthen and Aitken (2001) kaller det ”person-person-objekt-bevissthet”. Tertiær intersubjektivitet beveger seg over i det abstrakte; når barnet og den voksne har felles fokus på språket og det verbale uttrykket (Bråten & Trevarthen, 2007). Barnets indre organisering modnes gradvis i takt med utforskning av nye måter å være sammen med sine omsorgspersoner på, og den gjensidige reguleringen går fra å kun dreie seg om fysisk tilstandsregulering, til å gjelde blant annet også affektenes intensitet, nivå av utforskning, meningsskapning og tilknytning (Beebe et al., 1997; Bråten, 2010; Stern, 2010).

Også i terapi er intersubjektivitet en svært sentral faktor. Den sosiale utvekslingen som skjer mellom pasient og terapeut har mange fellestrekk med den sosiale utvekslingen som skjer mellom barn og omsorgsperson (Stern, 2006). Resultatet er det samme; endring og utvikling. I likhet med relasjonen mellom barn og omsorgsperson er også relasjonen mellom pasient og terapeut en skjev relasjon med tanke på maktfordeling. Benjamin (1990) sier at i et genuint intersubjektivt møte faller denne maktbalansen bort, og partene er likestilte i det de møter hverandre som subjekter og bidrar til å skape en unik opplevelse. Samspillet mellom pasient og terapeut kan i likhet med samspill mellom spedbarn og forelder åpne for en dyadisk regulering, der begge parter gjennom implisitt emosjonell kommunikasjon møter den andres sinn, og deres bevissthet utvides (Tronick et al., 1998). Pasienten får en ny opplevelse av et annet menneske, av seg selv, og av hvordan man kan være sammen med et annet menneske; hans implisitte relasjonelle kunnskap endres (Stern et al., 1998). Tronick (1998) fremhever disse prosessene som en viktig kilde til endring i terapi.

### **Utvikling av emosjonsregulering**

Emosjoner er en aktiverende og retningsgivende kraft som bidrar til å gjøre individet tydeligere for seg selv og andre (Saarni, Mumme, & Campos, 1998). Når våre emosjoner er godt differensierte og regulerte gjør de oss i stand til å regulere nærhet og avstand til andre, og de fungerer som veiledere for strategivalg i ulike situasjoner (Damasio, 1999). Negative emosjoner innebærer en innsnevring av oppmerksomhet og atferd, mens positive emosjoner

lar oss åpne oss mot omverdenen. Emosjoner er altså veiledende for informasjonsprosessering (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Våre emosjoner har også viktig betydning i samhandling med andre; det er en grunnleggende måte å kommunisere våre indre tilstander til omverdenen på (ibid.). Stern (2010) deler våre affekter inn i vitalitetsaffekter og kategorialaffekter.

Vitalitetsaffektene beskriver han som følelsetonen, og de illustreres godt av metaforer: bølgende, brølende, fallende osv. Kategorialaffekter er det vi omtaler som følelser til daglig; glede, sinne, tristhet og så videre (Sørensen, 2006). For å kunne nyttiggjøre oss av våre emosjoner slik det er beskrevet over er vi avhengige av å skille godt mellom de ulike emosjonene, ha god evne til å regulere de, og at emosjonssystemet bidrar til både spenning og avspenning og god hvileaktivering (Campos et al., 2004; Jacobsen & Svendsen, 2010).

Emosjoner og emosjonsregulering er tett knyttet sammen. Våre emosjoner utløser emosjoner hos andre, som så modulerer og regulerer vårt eget emosjonsuttrykk, og slik fortsetter det. Et spedbarns kapasitet til å regulere seg selv varierer fra individ til individ, og er knyttet til det biologiske grunnlaget for temperament. Teorier om temperament beskriver på ulike måter hvordan temperamentet er våre unike atferdstendenser i møte med omverdenen. Temperament har særlig betydning for tidlige sosiale samspill, og virker inn på barnets selvregulering og oppmerksomhetsfunksjon (Sameroff, 2009; Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick, & Riordan, 1996). Et barn som har lav terskel for å bli aktivert kan fremstå som urolig og med behov for mye trøst og regulering, mens et barn med høyere terskel for aktivering kan fremstå som mer robust og lettere å roe ned og håndtere. Felles for alle barn er det at de utvikler kapasitet for emosjonsregulering gjennom samspill med omsorgspersonene (Denham et al., 2000; Stern, 2010; Thompson & Meyer, 2007). For at barnet skal kunne utvikle god emosjonsregulering forutsetter det at omsorgspersonen bidrar med ytre regulering. Dette vil tillate barnet å ha fokus på sin kroppslige aktivering, samtidig som de blir gitt et uttrykk for det de opplever gjennom omsorgspersonens sensitive respons (Saarni et al., 1998). Den selvregulerende andres oppgave er å regulere negative følelsetilstander og desorganisering (Hansen, 2010). Over tid vil barnet internalisere omsorgspersonens regulerende responser, og på denne måten utvikle kapasitet for indre regulering (Stern, 2010). Dette skjer gjennom samspillet mellom barnet og omsorgspersonen.

### **Tidlige samspill**

De tidlige samspillene er preget av ulike former for emosjonelle møter, for eksempel affektregulering. Affektregulerende samspill med omsorgspersonen er de første samspillene vi går inn i. Disse tar ofte utgangspunkt i barnets tilstandsaktivering. Omsorgspersonen

regulerer barnet gjennom å møte barnets aktivering, og samtidig tilføre noe annet, gjennom fysisk nærhet, lyder og lignende (Fonagy et al., 2004). For eksempel kan en mor regulere et gråtende barn ved å gynge det forsiktig i armene sine, mens hun stryker det og nynner for det. Gjennom disse ulike modalitetene overfører hun en annen rytme, eller følelstone til barnet som hjelper barnet å roe seg ned.

En annen variant er affektsynkronisering (Stern, 2006; Trevarthen, 1979). Da er dialogen synkronisert, og har en høy grad av gjensidighet. Omsorgspersonen har blikket festet på barnet, og barnet går inn og ut av kontakt. Samspillsekvensene er variasjoner over et tema, for eksempel borte-titt-titt-lek. Deltakerne i samspillet preger det med sitt temperament og sin toleranse for ulike affektive uttrykk (Hansen, 2012). Samspillet mellom et lett irritabelt spedbarn og en mor som lett blir stresset vil fortone seg helt annerledes enn samspillet mellom et spedbarn som tåler mer, og er lettere å regulere og en lett stresset mor. Barnet får gjennom affektsynkronisering erfaring med kontingens og agens. Kontingens medfører at barnet opplever at sitt initiativ og effekten det har på omgivelsene har sammenheng i tid. Kontingens og agens er grunnsteiner i utvikling av barnets kjerneselv (Stern, 2010).

Senere er det affektinntoning som preger samspillene. Her toner den voksne seg inn på barnets opplevelse og følelsesuttrykk, og matcher denne. Affektinntoning foregår som regel kryssmodalt, for eksempel gjennom at barnet viser begeistring for en leke ved å vifte med den. Den voksne kan matche dette gjennom å lage en lyd som passer til barnets bevegelse, og som gjenspeiler barnets vitalitetsaffekt. Barnet får gjennom affektinntoning opplevelsen av å være forståelig for andre, og at andre kan oppleve samme type følelser som barnet (Stern, 2010).

De tidlige samspillene er også preget av et mønster av brudd og reparasjoner (Tronick et al., 1998). Samspillet blir brutt når omsorgspersonen feiltolker barnets uttrykk og gir en respons som ikke passer, for eksempel hvis en lekesevens når så høy intensitet at barnet blir skremt. Reparasjonen finner sted når omsorgspersonen nok en gang toner seg inn på barnet, og kanskje løfter det opp og trøster det. Gjennom slike brudd og reparasjoner får barnet erfaring med stress, og opplever at stress er noe som går over (Tronick, 1989). Gradvis vil toleransen for hvor sterk aktivering barnet kan tåle øke, så lenge samspillet foregår innenfor barnets nære utviklingssone. Brudd og interaktive feil er ikke skadelige for barnet, så lenge de følges opp av reparasjoner. Uten disse reparasjonene, derimot, blir barnet overlatt til stress og emosjonelt kaos, uten hjelp utenfra for å håndtere dette. Andre eksempler på mangelfulle og potensielt skadelige samspill er samspill med selektiv inntoning; der omsorgspersonen toner seg inn kun på enkelte typer affektuttrykk hos barnet. Dette kan skyldes at omsorgspersonen i

liten grad tåler for eksempel negative affektuttrykk, eller kanskje har vansker med at barnet viser sterke positive følelser. Selektiv inntoning fratår barnet muligheten til å kunne regulere og forstå sine negative følelser, og gir grunnlag for utvikling av et falsk selv (Stern, 2010). Et falsk selv er som en mur av forsvarsmekanismer konstruert for å beskytte det egentlige selvet. Samspill preget av uforutsigbarhet som innebærer et språk fra responsive og sensitive samspill til total emosjonell vanskjøtsel eller mishandling og misbruk er en type samspill man kan se hos foreldre som er rusmisbrukere, eller har alvorlige psykiske lidelser. Barnet får lite eller ingen hjelp til ytre regulering, og selvutviklingen kan i alvorlige tilfeller stanse helt (Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999). Slike samspill er svært skadelige, og forskning har vist en sammenheng mellom en slik oppvekst og utvikling av alvorlige psykiske vansker og personlighetsforstyrrelser i voksen alder (Fonagy & Bateman, 2008). I samspill der barnet tar initiativ til kontakt, og ikke får noen respons vil man se en eskalering av barnets forsøk på å få den voksnes oppmerksomhet, før det til slutt resignerer og blir apatisk (Braarud, 2010). Dette er et responsmønster som har blitt avdekket gjennom såkalte Still Face-eksperimenter, og er et samspillsmønster man kan finne hos barn av deprimerte mødre (Braarud, 2010).

Alle disse eksemplene på affektive samspill illustrerer hvor sentrale barnets omsorgspersoner er for å forme barnets emosjonelle opplevelser, og barnets emosjonelle toleranse. Foreldrenes kapasitet for å håndtere sine egne emosjoner vil legge rammene for hva de klarer å håndtere fra barnet sitt, og dermed legge begrensninger for hva omsorgspersonen kan klare å gi barnet av affektiv støtte. To fenomener illustrerer dette godt. Det ene er sosial referering. Når barnet begynner å krabbe, og skal så smått begynne å utforske verden på egen hånd vil det bruke sine omsorgspersoner til å vurdere nye situasjoner, eller tvetydige situasjoner. Foreldrenes ansiktsuttrykk, i kombinasjon med stemmebruk vil avgjøre om barnet nærmer seg den nye situasjonen, eller trekker seg unna. Bekymring og redsel hos den voksne vil være et tydelig signal for barnet om å trekke seg unna. Forskning har vist at spedbarn er selektive i sin referering, og primært forholder seg til emosjonelle signaler fra foreldrene (Zarbatany & Lamb, 1985). I det såkalte Visual Cliff-paradigmet kommer det krabbende barnet til en falsk avgrunn med en glassplate over. Hvis moren viste et ansiktsuttrykk med glede eller interesse krysset så godt som alle barna. Om moren viste frykt eller sinne var det nesten ingen barn som krysset (Sorce, Emde, Campos, & Klinnert, 1985). Om et barn har en forelder som er svært engstelig vil dette begrense barnets horisont for utforskning på mange områder i barnets utvikling. En annen måte omsorgspersonen legger føringer for barnets emosjonelle opplevelse er gjennom affektspeiling; når den voksne fanger opp barnets følellestilstand, og speiler den tilbake til barnet (Fonagy et al., 2004). Man kan illustrere dette



med en situasjon der et lite barn skal være igjen alene hos bestemor for første gang, og gråter når mor skal gå. Mor plukker opp barnet, holder det inntil seg og sier ”Ååå, er du lei deg du, da? Er det skummelt at mamma skal gå?”. Tonefallet er tilpasset barnets gråt; vokallydene er lange, men toneleiet er lett og ubekymret. Mors ansiktsuttrykk er lett spørrende og litt sørgmodig, men hun går over til å se mot bestemor, og smile. ”Dette går nok fint, lille venn, du får det fint hos bestemor”. I dette eksempelet speiler mor barnets frykt, men det er en markert speiling. Hun tilfører noe annet, noe som viser at hun forstår barnet, men at hun føler noe annet selv. Hun markerer seg som avgrenset fra barnet. Dette gjør henne i stand til å trøste barnet (Stern, 2010). I motsetning kunne mor ha speilet umarkert, og kun vist tristhet, og sorg over atskillelsen. Dette ville forsterket barnets tristhet, og gjort skillet mellom mor og barn mer utydelig.

### **Affektbevissthet**

Et høyt nivå av affektbevissthet vil gi personen kapasitet til å adaptivt bruke sine følelser som signaler; man vil bli mer tydelig for seg selv og andre, og ha innsikt i hvilken motivasjon man har for å handle som man gjør (Monsen et al., 1996; Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Å øke affektbevisstheten skjer gjennom prosessen affektintegrering. Affektintegrasjon er den funksjonelle og stadige integreringen av affekt, kognisjon og atferd (Solbakken et al., 2011). Affekter som ikke er en integrert del av ens selvopplevelse kan aktivere et forsvar som bryter med opplevelsen av kontinuitet i selvet (Monsen et al., 1996). Det er rett og slett å styrke pasientens selvopplevelse man jobber med i terapi med basis i affektbevissthetsmodellen. Affektintegrering har også sammenheng med nivå av mentalisering (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006; Solbakken et al., 2011). Mentalisering handler som tidligere beskrevet om å se seg selv utenfra, og andre innenfra. Jo bedre tilgang man har til egne følelser og emosjonelle reaksjoner, jo lettere vil det også bli å forstå, empatisere og samhandle med andre mennesker. Dårlig affektintegrasjon vil derfor være et hinder for god mentaliseringsevne. Manglende affektintegrasjon har vist seg å ha sammenheng med eksterne mål på psykisk helse, blant annet relasjonelle vansker, selvbildeproblematikk, somatiseringsvansker og personlighetsproblemer (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken et al., 2011).

Affektbevissthet er operasjonalisert som en persons grad av bevissthet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for ti følelser; interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Solbakken et al., 2011). Bevissthetsfunksjonen er fokuserende og selektiv, og operasjonaliseres som pasientens evne til å gjenkjenne affekter

når de dukker opp, på et kroppslig og et symbolsk nivå. Toleransefunksjonen er ens evne til å bli påvirket av affekten, både fysisk og mentalt. Bevissthet og toleranse vil til sammen kunne tillate en å få innsikt fra sine affektive opplevelser. Ekspressivitet av affekter omhandler både kroppsspråk og verbalt språk, og påvirker individets evne til å inngå i intersubjektive møter med andre (Monsen et al., 1996). Affektbevissthetsintervjuet som brukes til å måle grad av affektbevissthet har flere ganger vist seg å være et reliabelt instrument, men god konstruktvaliditet (Solbakken et al., 2011)

Det terapeutiske arbeidet innen denne modellen tar utgangspunkt i pasientens evne til å representere sine egne opplevelser, og man jobber gjennom seks ulike fokusområder (Monsen & Solbakken, 2013). I fokusområde 1-3 er pasientens representasjonsevne lav, og terapeutens fokus er å tydeliggjøre hva som skjer, hva pasienten opplever og å jobbe med pasientens affektbevissthet. Pasienten vil gjennom dette kunne se seg selv tydeligere. I fokusområde 4 og 5 jobber man med å identifisere pasientens script, eller handlingsmønster i ulike situasjoner, og bevisstgjøre pasienten på de representasjonene han har av seg selv og andre. På det siste nivået jobber man med å utvide pasientens opplevelse, og overskride og utfordre maladaptive script (Monsen & Solbakken, 2013). Pasienten kan gjennom denne prosessen oppleve at egne emosjonelle reaksjoner blir tydeligere, og lettere å forstå og akseptere fordi han ser relasjoner til betydningsfulle andre og deres atferd i et annet lys.

I en fersk norsk studie er det sett på hvorvidt et tilpasset affektbevissthetsintervju var velegnet for bruk på barn. Barna i studien var rundt 11 år, og hadde internaliserende vansker. De konkluderte med at intervjuet var reliabelt, og et godt verktøy i forskning, evaluering og terapiplanlegging (Taarvig, Solbakken, Grova, & Monsen, 2014). Resultatene styrker tidligere evidens på at god affektintegrering er viktig for god sosial kompetanse og god psykisk helse.

### **Forståelse av internaliserende vansker**

Psykopatologiske vansker hos barn betegnes gjerne som internaliserende eller eksternaliserende vansker. Eksternaliserende vansker er atferdsproblemer, sinneproblematikk og lignende, mens internaliserende vansker kort oppsummert er angst og depresjonsliknende tilstander (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000). Disse tilstandene har flere fellestrekk, og det er høye rater av komorbiditet (Chorpita & Barlow, 1998; Zahn-Waxler et al., 2000). For å kunne forstå Even er angst-aspektet av internaliserende vansker det mest sentrale. Ulike angstlidelser/-symptomer er den mest vanlige formen for psykiske plager hos barn, og forekomsten i gruppen barn- ungdom i Norge anslås til mellom 5-10% (Skirbekk &

Kristensen, 2011). Hvilke typer av angstlidelser som er mest vanlig, varierer med alder (Zahn-Waxler et al., 2000).

Et av de nevnte fellestrekkene for barn med emosjonelle vansker er at de har problemer både med emosjonsregulering og oppmerksomhet (Jacobsen & Svendsen, 2010). Disse grunnfunksjonene henger tett sammen. Det har sammenheng med aktiveringen i det autonome nervesystemet; den kroppslige komponenten av emosjonell opplevelse. Dysregulering i emosjonssystemet, fører til at denne fysiologiske aktiveringen oppleves som kroppslig ubehag. Oppmerksomhet som ellers ville blitt rettet mot omgivelsene, og kunne gitt informasjon om det kognitive aspektet av emosjonsreguleringen rettes i stedet innover mot det kroppslige ubehaget barnet opplever (Jacobsen & Svendsen, 2010). God emosjonsregulering og evne til å differensiere mellom ulike følelser setter oss i stand til å uttrykke den emosjonelle aktiveringen som emosjonell atferd som er tydelig og forståelig for oss selv og våre omgivelser. Spenning vil da avløses av avspenning. Thayer and Lane (2000) beskriver hvordan angst og andre emosjonelle forstyrrelser fører til et atferdsmønster som ikke er tilpasningsdyktig til krav fra omverdenen; man evner ikke å velge ut passende emosjonelle responser og inhibere upassende emosjonelle responser. Dette resulterer i ineffektiv informasjonsinnhenting som videre bidrar til å opprettholde den emosjonelle dysreguleringen (Thayer & Lane, 2000). Aktiveringen i det sympatiske nervesystemet blir da vedvarende på et høyt nivå. Det er funnet koblinger mellom egenskaper i det autonome nervesystemet, og risiko for utvikling av angstlidelser. En lav hjerterytmeforandring har sammenheng med risiko for angstlidelser (Friedman & Thayer, 1998). En slik lav vagustone assosieres med lite fleksibilitet i nervesystemet og derfor liten evne til selvregulering, mens en høy vagustone er knyttet til god evne til selvregulering (Thayer & Lane, 2000). I tråd med dette har man også funnet at inhiberte barn har høye og stabile hjerterater sammenliknet med normale barn (ibid.).

Når psykiske vansker oppstår hos barn kan det være lett å ty til forklaringer som enten handler om egenskaper hos barnet, eller å legge hele skylden på foreldrene og omgivelsene. Så enkelt er det ikke. Transaksjonsmodellen forklarer hvordan barnets egenskaper påvirker omgivelsenes tilnærming til barnet, og hvordan dette igjen påvirker barnets møte med omgivelsene, og så videre (Sameroff, 2009). De ulike faktorene som fører til at barn utvikler en behandlingstrengende angstplage kan være mange. Et forsiktig temperament som fører til at barnet blir sjenert i nye og ukjente situasjoner kan spille inn. Det samme kan genetiske faktorer; det er for eksempel en økt sjanse for at nære slektninger av barn med angst selv har angstplager, sammenliknet med slektningene til friske barn (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel,

& Perrin, 1991). Aktiveringen i det autonome nervesystemet som påvirker hjerterate og variasjon i hjerterate påvirkes både av genetiske faktorer, faktorer knyttet til miljø i livmoren og det tidlige miljøet etter fødsel (Friedman & Thayer, 1998). Læringsteori forklarer det med modellering; at engstelige foreldre ”modellerer” angst for barna sine, og at barna fortsetter å spille den ut (Zahn-Waxler et al., 2000).

Mange av de vanskene som fører til at barn kommer i terapi kan delvis skyldes aspekter ved relasjonen barnet har med sine omsorgspersoner og andre personer i nære omgivelser. Årsaken til disse samspillproblemene er komplekse, og er et resultat av en transaksjonsprosess. Foreldrenes atferd er sjelden den eneste årsaken til barnets engstelse, men kan bidra til å opprettholde problemet når det først har oppstått. Barnet er avhengig av de voksne for å kunne fortsette på sin utvikling, og vil tilpasse seg den omsorgen og det samspillet omsorgspersonene har å tilby, for å kunne beholde den livsviktige tilknytningsrelasjonen (Bowlby, 1973; Trevarthen & Aitken, 2001; Øvreeide & Hafstad, 2007). For noen barn betyr dette at de slutter å uttrykke følelser de ikke får noen respons på, og slutter med atferd som får negative sanksjoner. Likeledes kan noen barn forsterke atferd de får mye oppmerksomhet for, enten den er positiv eller negativ. Sett på denne måten har barnets symptomer en funksjon i barnets primære omsorgsmiljø, i form av at barnet sikrer seg den omsorgen de så avhengige av (Jacobsen & Svendsen, 2010). På sikt vil barnet også kunne oppleve mange negative konsekvenser i forbindelse med symptomene på andre arenaer av sitt oppvekstmiljø, og at det vil kunne hemme barnet i sin videre utvikling. For eksempel kan en forsiktig og spak væremåte verdsettes i barnets nærmeste omsorgsmiljø, mens en hemmet væremåte i interaksjon med andre barn kan bli problematisk og føre til for eksempel lavere kvalitet på barnets relasjoner til sine venner (Rubin, Wojslawowicz, Rose-Krasnor, Booth-LaForce, & Burgess, 2006). Barnets tilknytningsrelasjon er en viktig faktor for samspillskvaliteten, og også stabiliteten på den omsorgen barnet mottar (IJzendoorn et al., 1999). Dallaire and Weinraub (2005) fant at barn med utrygg tilknytning opplever mer separasjonsangst enn trygt tilknyttede barn. I denne studien påpeker de også hvordan det genetiske bidraget til angstlidelser er høy, og at man må ta dette i betraktning. Flere studier har vist at negative aspekter av oppdragelse/foreldreatferd som involverer kontroll og overbeskyttelse eller avvising og høye nivåer av negativ emosjonalitet rettet mot barnet kan bidra til utvikling av internaliserende og eksternaliserende vansker hos barn (Hudson & Rapee, 2001; Muris, Meesters, & Berg, 2003; Roelofs, Meesters, Huurne, Bamelis, & Muris, 2006). Kontroll og overbeskyttelse synes å være mest knyttet til utvikling av angst, mens avvising er mer knyttet til utvikling av depresjon hos barn (Hudson & Rapee, 2001). I

enkelte studier er det funnet noe evidens for kjønnsespesifikke relasjoner, det vil si at gutter blir mer påvirket av negative familiefaktorer hos sine fedre, og jenter av de samme faktorene hos sine mødre, men i andre studier har de ikke funnet evidens for dette (Muris et al., 2003; Roelofs et al., 2006).

I en modell utarbeidet av Rapee (2001) beskriver han hvordan et barn som er genetisk predisponert for angst vil ha større sannsynlighet for å ha høy arousal og emosjonalitet, og dette kan få foreldre til å reagere overbeskyttende og overinvolverende for å beskytte barnet mot ubehag. Han beskriver også at foreldre til engstelige barn ofte er engstelige selv, og at dette videre bidrar til å forsterke den overbeskyttende atferden. Dette blir en ond sirkel som kan forsterke barnets oppfatning av trussel. Det å skulle beskytte barnet sitt fra stress og ubehag vil indirekte kommunisere til barnet at verden er et farlig sted, og at ubehag må unngås til en hver pris (Rapee, 2001). I motsetning kan en forelder som forsterker barnets uavhengighet bidra til å redusere risikoen for at barnet utvikler en angstlidelse (Hudson & Rapee, 2001). En annen modell som også beskriver utvikling av angst, forklarer hvordan en oppvekst med en overbeskyttende forelder i liten grad promoterer opplevelsen av å ha kontroll over omgivelsene, og hvordan dette over tid resulterer i en følelse av hjelpeløshet. Modellen ser hjelpeløshet som en sentral faktor innen både angst og depresjon (Chorpita & Barlow, 1998). En opplevelse av manglende kontroll over omgivelsene kan også ses som lav grad av selvagens, eller en ytre kontrollplassering (locus of control).

## **Terapi med barn**

Et terapiforløp er en utviklingsprosess, og det finnes mange paralleller mellom barnets naturlige utvikling, og den utviklingen og endringen som stimuleres gjennom et terapiforløp (Beebe, 1998; Tronick et al., 1998). Gjennom samspill med terapeuten får barnet en ny erfaring med å bli regulert utenfra, og en ny mulighet til å internalisere denne opplevelsen og utvikle kapasitet til indre regulering (Hansen, 2012).

Barn med internaliserende vansker kan sies å ha problemer med sin affektbevissthet. Lav bevissthets- og toleransefunksjon vil kunne gi barnet vansker med å gjenkjenne fysiologisk aktivering som følelser, og dårlig ekspressivitet vil gi barnet vansker med å uttrykke følelsene. (Monsen & Solbakken, 2013). Terapi kan i tråd med transaksjonsmodellen, og Sterns tankegang om livslang utvikling av selvfølelser bidra med nye erfaringer relasjonelt og emosjonelt som bidrar til å utvide barnets selvopplevelse, og åpne opp nye

handlingsrom og måter å forstå seg selv og uttrykke seg selv på (Sameroff, 2009; Stern, 2010).

I enhver terapiform med barn er det viktig at barnet og terapeuten kommuniserer på barnets premisser. Barns språk er ikke først og fremst det verbale språket – barn uttrykker seg oftest bedre gjennom lek, tegning og symboler (Svendsen, 2007). Barn unngår ofte å snakke om negative følelser. Yngre barn kan mangle den kognitive utviklingen som lar dem representere flere følelser på en gang, og kan lett bli overveldet av triste følelser. De kan derimot med større letthet representere det som er vanskelig gjennom lek (Hansen, 2012). Å kommunisere gjennom lek gir barnet muligheten til å utforske det som er vanskelig samtidig som det kan ha distanse, det er ”på liksom”. Leken er en stor del av barnets naturlige utvikling og gir muligheten til å lære om og utforske narrativ sekvens, subjektiv mening, tanker og følelser (Hansen, 2012).

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

I tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi er ikke det primære målet symptomreduksjon. Målet er å få barnet tilbake på utviklingssporet sitt, og å gi barnets omgivelser en ny forståelse av barnet, slik at den intersubjektive utvekslingen mellom foreldrene og barnet øker. Man ønsker å gi både barnet og foreldrene en ny forståelse av barnets symptomer og ubehag. Mange av de barna som kommer i terapi har en høy aktivering i sitt nervesystem, og har lite fleksibilitet i sine emosjonelle reaksjoner, i tillegg til redusert oppmerksomhet – da mye kognitiv kapasitet er bundet opp mot det kroppslige ubehaget de opplever (Jacobsen & Svendsen, 2010). Gjennom intersubjektive samspill med terapeuten skjer en utvikling hos barnet på flere plan. Både emosjonelt, atferdsmessig og nevrologisk. Terapeutens oppgave er å tilby «scaffolding»; støttende rammer som tillater barnet å gå inn i sin nære utviklingssone (Svendsen, 2007). Når barnet inngår i disse intersubjektive, regulerende samspillene får det støtte til å regulere sitt følelsesmessige ubehag og høye kroppslige aktivering. Om man klarer å tilby scaffolding og reguleringshjelp til barnet, og gi foreldrene en ny forståelse har man lagt grunnlaget for positive transaksjonseffekter mellom barn og foreldre som åpner for at barnets positive utvikling vil fortsette også etter at terapien er avsluttet.

TIB legger til rette for relasjonelle og emosjonelle erfaringer for barnet som man tenker skal danne utgangspunktet for positiv endring. TIB er en terapiform som egner seg særlig godt for barn mellom 5-12 år, men den kan også tilpasses for ungdom. Terapiens fokus på tid forutsetter at barnet har en mental modenhet og tidsforståelse som tilsier at det kan dra

nytte av denne terapiformen (Haugvik & Johns, 2008). Det er også en forutsetning at man kan danne en allianse med barnet, og at man kan finne et avgrenset terapifokus å jobbe ut i fra (Gydal, 1998; Haugvik & Johns, 2006). TIB består av tre hovedelementer: tidsavgrensning, felles terapifokus med barn og foreldre og parallelt foreldrearbeid (Gydal, 1998; Haugvik, 2012; Haugvik & Johns, 2008; Haugvik & Johns, 2006).

Tidsavgrensningen betyr ikke at terapien skal være kortvarig, men at forløpet skal ha et avtalt tidspunkt for avslutning helt fra starten. Dette betyr som regel 3 timer klinisk psykologisk undersøkelse, og deretter mellom 6 til 20 terapitimer. Det er viktig å planlegge slik at timene kommer regelmessig og i sammenheng, uten avbrudd av lengre pauser i ferier eller liknende. For å gjøre tidsrammen tydelig for barnet bruker man en kalender, der barnet på slutten av hver time får tegne i en rute på kalenderen. Slik får barnet oversikt, og blir bevisst på at terapien skal ha en slutt. Ved behov er det mulig å kjøre flere tidsavgrensede sekvenser etter hverandre, da med et nytt terapifokus (Gydal, 1998; Haugvik & Johns, 2008).

En sekvens med tidsavgrenset terapi deles inn i tre faser: innledningsfasen, midtfasen og avslutningsfasen (Johns & Svendsen, 2014). I den klinisk psykologiske undersøkelsen er man opptatt av å få en så helhetlig forståelse av barnets vansker som mulig (Johns & Svendsen, 2014). Man har samtidig tre parallelle foreldresamtaler. På bakgrunn av hva barnet og foreldrene forteller og uttrykker vil man finne et terapifokus. Terapifokuset er gjerne en metaforisk framstilling av hva barnet trenger å jobbe med, og de beste fokusene gjenspeiler gjerne leke- eller samtaletema som har vært sentrale i den kliniske psykologiske undersøkelsen, som barnet har kommet med selv (Johns & Svendsen, 2014). Man skal også ta i betraktning informasjon fra henvisningen, og kunnskap om barnets utviklingshistorie i utformingen av terapifokuset. Eksempel: «lete etter skatter» (bli kjent med barnets emosjoner og styrke barnets selvfølelse), «bli kaptein over eget skip» (styrke emosjonsregulering og selvagens). Andre terapifokus er mer generelle, som f.eks. «bli kjent med hvordan det er å være akkurat deg», «lære mer om barnedialekten». Terapifokuset presenteres i et felles møte med barn og foreldre, der foreldrene gir barnet tillatelse til å jobbe med dette videre. Alle parter skal kunne kjenne seg igjen i terapifokuset, og oppleve det som viktig (Johns & Svendsen, 2014). Et godt terapifokus bidrar til å bygge terapeutisk allianse, bestående av emosjonelt bånd, enighet om mål og enighet om oppgaver (Svendsen, 2007).

I innledningsfasen er terapeutens hovedoppgaver å fremstå som en hjelper, og å bygge en terapeutisk allianse til barnet og foreldrene. Disse er tett sammenvevd, da allianse med foreldrene er svært viktig for å bygge allianse til barnet, for eksempel gjennom å få foreldrene til å eksplisitt gi barnet tillatelse til å jobbe med terapifokuset sammen med terapeuten

(Svendsen, 2007). Det å fremstå som en hjelper gjøres gjennom implisitte og manifeste hjelpemanøvre; fra å delta i lek og være bekreftende og responsiv til å tilby konkret hjelp i de aktivitetene man gjør i timene (Svendsen & Hansen, 2008). Terapeuten skal presentere rammene for terapien; rommet de skal være i, tidsaspektet, mulighetene for aktiviteter og seg selv som samspillspartner.

I midtfasen jobber terapeuten og barnet sammen gjennom lek og andre aktiviteter som tegning, bygging, spill o.l. Fokus bringes inn der dette er naturlig. Det er viktig at barnet opplever terapien som sitt eget prosjekt, og kan jobbe med fokus på måter som vekker engasjement, nysgjerrighet og gir mulighet for utveksling av positive følelser (Hansen, 2012). Foreldrene og terapeuten reflekterer om barnet, barnets atferd og ulike bidrag fra oppvekstmiljøet til barnets vansker. Underveis i midtfasen har man et fellesmøte med barnet, terapeuten og foreldrene. I det parallelle foreldrearbeidet gjør terapeuten et oversettelsesarbeid. Målet er å la foreldrene se barnet sitt i et nytt lys, og gi dem noen nye redskaper i møtet med barnet sitt. I komplekse og krevende saker kan det være hensiktsmessig at de voksne har sin egen terapeut. Terapeuten kan lettere være objektiv i møte med foreldrene, uten å risikere å identifisere seg for mye med barnet. I tilfeller der dette skjer kan foreldrearbeidet bli preget av terapeutens overføringer, og bli lite fruktbart (Våpenstad, 2013). Hyppigheten av foreldrenes timer kan variere, men det anbefales et minimum på fem timer.

I avslutningsfasen blir ofte avslutningen av terapien et eget tema. I kalenderen kan barnet følge med på at det nærmer seg avslutning, og dette er en viktig forberedelse på at relasjonen til terapeuten skal avsluttes. Avslutningen av en relasjon og et felleskap vil kunne være vanskelig både for barnet og terapeuten. Barnet kan reagere både med benekting og sinne, og det er viktig å ha rom for dele følelser og reaksjoner omkring avslutningen (Hansen, 2012). For foreldrene sin del hjelper terapeuten dem med å oppsummere den utviklingsprosessen de har vært vitne til, og belyse de aspektene ved barnet og familielivet som har blitt annerledes, samtidig som man setter fokus på de utfordringene familien må jobbe videre med.

## **Metode**

### **Kasus**

For at forskning lettere skal implementeres i den kliniske hverdagen er det viktig at den presenteres på en måte som ikke er for teknisk kompleks, og som har relevans for terapeutenes daglige virke (McLeod, 2001). Dette er blant de viktigste argumentene for



enkeltkasus; de presenterer data på en måte som gjør det lettere for klinikerne å relatere til forskningsresultatene, og også å bruke de rike kasusbeskrivelsene til å kunne utvide og berike egen praksis (McLeod & Elliott, 2011). Slik kan forskningsresultater implementeres i klinisk praksis raskere, og mer intuitivt (McLeod, 2001). Rike beskrivelser av data vil i tillegg kunne gjøre leseren i stand til å trekke egne konklusjoner, ut over det forfatterne har gjort. Dagens krav om evidensbasert terapi er avhengig av stadig ny forskning for å etterfølges. Det er behov for å skrive om terapiforskning på en måte som også belyser prosessene som gjør terapien effektiv (Thorén, 2011). De siste årene har enkeltkasusstudier blitt mer aktuelle igjen, som et viktig supplement til randomiserte, kontrollerte forskningsdesign. Å bruke enkle utfalls- og prosessmål, samt å bruke videoopptak av terapitimene styrker datamaterialet, og gjør det etterprøvbart (McLeod & Elliott, 2011). Triangulering av data med ulike datakilder, og å benytte seg av flere til å utføre analysene er teknikker som bidrar til å styrke konklusjonene man trekker fra enkeltkasuset (ibid.). Alle forskningsmetoder har sine styrker og svakheter, det er derfor viktig med en pluralistisk tilnærming til terapiforskning (McLeod, 2001). Kasusstudien styrke ligger i muligheten til å avdekke komplekse mønstre av samspill mellom mange ulike faktorer og prosesser basert på mange observasjoner, i tillegg til at det er rom for å utforske bidraget til kontekstuelle faktorer. En kasusstudie er i tillegg longitudinell av natur, og kan følge utviklingen av en prosess over tid i motsetning til studier med mange deltakere som kun gir et øyeblikksbilde. Kasusstudien ene store svakhet er som kjent at man ikke kan generalisere på bakgrunn av en kasusanalyse, slik man kan i studier med data fra hundrevis av klienter. Men ingen enkeltstående studier gir mye mening isolert sett; man må alltid vurdere den aktuelle studien ut i fra en empirisk kontekst (McLeod & Elliott, 2011). Med kasusstudier bygger man evidensbasen sak for sak. Det er også viktige etiske hensyn å ta når man presenterer kasus; når man går så detaljert til verks kan man presentere aspekter av dette menneskes liv som er unike, og derfor gjør det mulig for kjente av klienten å identifisere vedkommende (McLeod & Elliott, 2011).

### **Datainnsamling**

Datainnsamlingen ble gjort over en periode på 15 uker som en del av et større forskningsprosjekt "Objektive endringsmål i psykoterapi med barn". Familien var valgt ut til prosjektet på bakgrunn av kriterier om at barnets vansker skulle være av internaliserende art, og at barnet skulle være mellom 9 og 12 år. Før og etter terapiforløpet fylte foreldrene ut CBCL og barna gjennomførte et affektbevissthetsintervju. Terapimanual for tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi ble fulgt i det terapeutiske arbeidet (Johns & Svendsen, 2014).

Dette inkluderte en inntakssamtale med foreldre, tre timer med klinisk psykologisk undersøkelse, to fellessamtaler med barnet og foreldrene og ti terapitimer. Undertegnede hadde ansvar for barneterapien, mens en annen terapeut hadde ansvaret for foreldrearbeidet. Teamet bestod også av to andre terapeuter, samt en veileder. Det innebar at under hver terapitime satt det fire andre terapeuter bak speilet, og etter hver time delte gruppen sine tanker og refleksjoner i et veiledningsmøte.

## **Kasuspresentasjon**

### **Henvisning og anamnese**

Even ble henvist av psykolog i kommunen. Even var 12 år, og eldst i søskenflokk. Han hadde over en lengre periode blitt svært utrygg når han skulle være borte fra foreldrene. Enten han skulle på skolen, foreldrene skulle bort, eller han bare skulle gå og legge seg måtte han sjekke at foreldrene hadde med seg telefonen sin, at det var lyd på og at den var oppladet. De gangene foreldrene skulle bort ville han vite hvem de skulle være sammen med, og ha telefonnummer til andre voksne han kunne ringe hvis noe skulle skje med dem. Denne atferden begynte å bli slitsom for foreldrene, men først og fremst var de bekymret for at det var slitsomt for Even selv.

I anamneseinnhenting med foreldrene fortalte de at Even var en litt forsiktig gutt, men at han klarte seg bra både på skolen og sosialt. Foreldrene opplevde ham som en populær lekekamerat. Han ville i midlertid ikke overnatte hos noen venner. Foreldrene var opptatt av at dette begrenset ham; han kunne ikke delta på idrettscuper, og heller ikke på en kommende klassetur. Mor beskrev at hun fikk vondt av Even, fordi hun selv kunne kjenne i kroppen hvor vondt det var å være redd for at noe skulle skje med foreldrene. Foreldrene beskrev Even som et spedbarn med vanskelig temperament; det var vanskelig å roe ham ned når han gråt, og vanskelig å få ham til å sove. De lot ham aldri gråte seg i søvn, eller ligge for seg selv og gråte. Da Even skulle starte i barnehage var dette svært vanskelig for mor. Barnehagetilvenningen ble fars oppgave, og han beskrev at det tok flere uker. Selv om barnehagepersonalet mente foreldrene kunne gå, syntes de at det var vanskelig. Mor ønsket for enhver pris at sønnen skulle føle seg trygg. Hun nevnte blant annet at om Even var spent og litt usikker foran neste skoledag kunne mor ringe lærer på kveldstid for å få informasjon om neste skoledag, slik at Even ikke behøvde å engste seg. Hjemme hos denne familien var far mye opptatt med jobb, mens mor for tiden var hjemmeværende på grunn av kroniske smerter. Hun hadde slitt med dette i hele sitt voksne liv, og opplevde at det ble forverret etter

at hun fikk barn. Mor fremstod som forsiktig og engstelig, og hun ga tydelig uttrykk for å se mye av seg selv i Even og hans vansker. Hun fortalte at hun allerede hadde begynt å grue seg til han skulle flytte hjemmefra, og fryktet at hennes relasjon til Even kunne bli like vanskelig som den hun hadde til sin egen mor.

### **Klinisk psykologisk undersøkelse og valg av terapifokus**

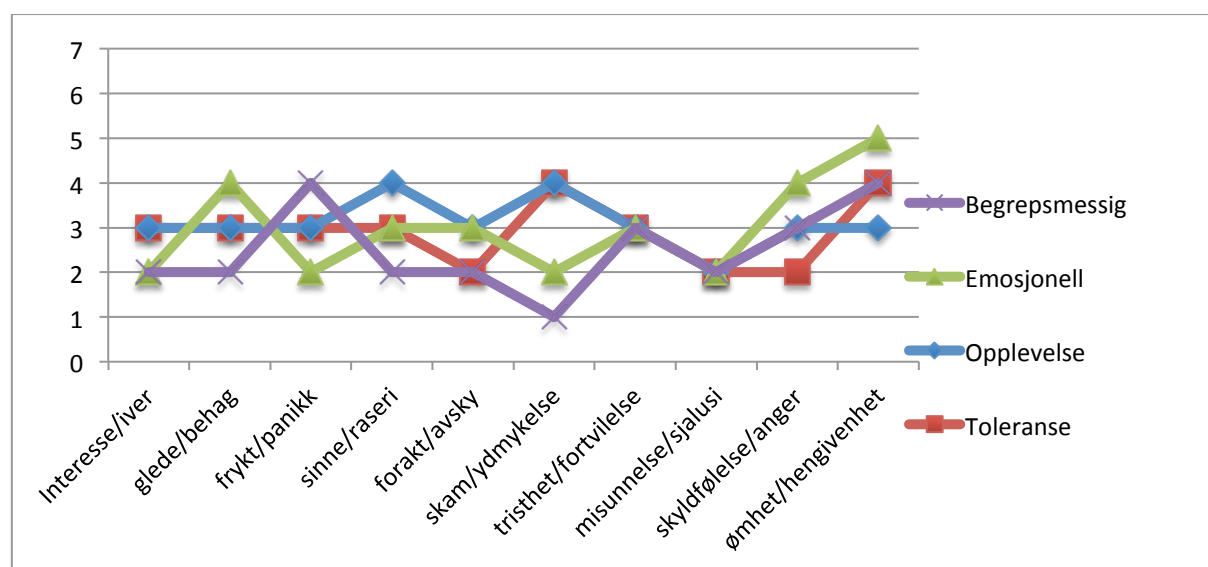
I løpet av Evens tre timer med klinisk psykologisk undersøkelse hadde han lite utvikling i uttrykket sitt. Han var høflig og grei, og svarte etter beste evne på alle spørsmål, men han tok lite initiativ selv. Han fremstod lite vital, og noe yngre i atferd og interesser enn hans alder skulle tilsa. Når han fikk velge foretrakk han rolige, stillesittende aktiviteter som for eksempel plastilina eller tegning. Han ble riktignok mindre anspent, og vitaliteten økte noe utover i timene. De siste ti minuttene av timen kunne han slippe kontrollen litt, og si eller gjøre noe helt spontant. Likevel kunne jeg etter en time undre meg på om Even i det hele tatt hadde trengt at jeg var der, fordi han i liten grad henvendte seg til meg og tok meg inn.

Selv var ikke Even ikke særlig opptatt av den tvangspregede sjekkeatferden foreldrene var bekymret for. Hans opplevelse av problemet var at han fikk hjemlengsel når han skulle overnatte borte, og at dette begrenset ham i hva han kunne gjøre på fritiden. Ved nærmere utforskning kom det fram at han var bekymret for alvorlige ulykker eller andre hendelser som gjorde at foreldrene ville dø eller forsvinne. Han fortalte at han bare hadde det slik to-tre ganger i uka. Han skjønnte godt at slike hendelser ikke var så sannsynlig, og det at han likevel kunne tro på det syntes han var litt flaut. Det eneste Even fortalte helt spontant om i disse timene var alle fritidsaktivitetene han hadde vært med på. Han hadde prøvd mye forskjellig på kort tid, men slutta på alt. Forklaringen på dette var at det ikke var noe gøy når han ikke kjente noen der.

Etter disse møtene med Even var jeg litt usikker på hva som gjorde at han var så tilbaketrukket og forsiktig – ja, nesten usynlig. Denne gutten som med hviskestemme satt og fortalte at hans favorittaktivitet var å klatre høyt opp i trær, og stadig utfordre seg selv med å klatre høyere. Var han engstelig, eller var han overkontrollert av sine omsorgspersoner? Var det snakk om vansker med emosjonsregulering, eller var det mer et spørsmål om identitetsutvikling og svak selvagens? Terapifokuset for denne terapien måtte favne bredt, og kunne romme flere forklaringer. Som beskrevet i terapimanualen skal terapifokuset favne fortid, nåtid og fremtid og dermed relatere seg til hans utviklingshistorie, til henvisningsårsak og gi mulighet for et framtidig utviklingsperspektiv. (Johns og Svendsen, 2014)

I møtet med Even og hans foreldre la vi fram et forslag om at ”vi skal bli bedre kjent med alle kreftene dine, spesielt de modige kreftene”. Vi forklarte hvordan vi så Even som en veldig forsiktig gutt, men at jeg også hadde sett litt av de modige kreftene hans, og nå ville vi sammen med ham og foreldrene bli bedre kjent med disse og andre krefter han hadde i seg. Vi la det også fram som et parallelt prosjekt for foreldrene at de skulle bli ”passe modige”. Både mor og far virket å se hvordan terapifokuset var relevant for Even og hans vansker, og de mente det ga gode muligheter for utvikling. Jeg la merke til at mens far med en gang begynte å reflektere over muligheten fokuset kunne gi, ble mor helt stille. På direkte spørsmål fra meg bekreftet hun at hun fryktet at dette fokuset ville bli utfordrende, både for Even og seg selv.

### Affektbevissthetsintervju



Figur 1, diagram over resultat av affektbevissthetsintervju, pre-test.

Før Even startet i terapien gjennomførte han et affektbevissthetsintervju. Dette viste svært flate kurver, noe som bekreftet vårt inntrykk av lite vitalitet og lav grad av affektintegrering. Han hadde ingen skårer over 4, bortsett fra det å fysisk søke nærhet. På opplevelseskurven var de to toppene sinne/raseri og skam/ydmykelse. Det var også de følelsene han i minst grad evnet å gi verbalt uttrykk for. Konklusjonen av affektbevissthetsintervjuet var at Even trengte hjelp til å få utvidet sin selvopplevelse, og integrere sine affekter på et høyere nivå. Dette bekreftet våre tanker om at vi hadde funnet et godt fokus for ham.

## Kasusformulering

Aktuelle symptomer ved oppstart av terapi: Even har tvangspreget atferd knyttet til om mor og far er tilgjengelige; må forsikre seg om at de har med seg telefon, at denne er oppladet og at de har lyden på. Om foreldrene er borte vil han ha nummeret til andre de skal være sammen med slik at han kan nå dem. Lav toleranse for usikkerhet; mye engstelse før aktiviteter som skiller seg fra det hverdagslige; for eksempel skoletur og lignende. Høye krav til egne prestasjoner; kan jobbe i timevis med skoleoppgaver, og ende opp med å ikke klare å levere fordi han ikke rekker å bli ferdig.

Tabell 1, bipsykososiale faktorer i utviklingen av Evens vansker

<i>Individuelle og systemiske faktorer</i>	<i>Biologiske</i>	<i>Psykologiske</i>	<i>Sosiale</i>
<i>Predisponerende – sårbarhet</i>	Engstelse og kroniske smerter hos mor. Engstelig temperament hos barnet fra spedbarnsalder. Høy kroppslig aktivering.	Lav affektbevissthet.  Lav selvagens.	Yngre søsken svært nær i alder.  Dårlig psykisk fungering hos mor i småbarnsalder.
<i>Utløsende – stressor</i>		Identitetsutvikling.  Løsrivelse fra foreldre.	Mer ansvar. Arenaer for samspill med jevnaldrende utenfor komfortsone.
<i>Opprettholdende</i>	Kroppslig aktivering.	Affektbevissthet og emosjonell kompetanse.  Ineffektive mestringsstrategier.	Transaksjonseffekter i relasjonen mor-sønn. Ikke aldersadekvat atferd, uttrykksmåte og interesser. Overkontrollerende atferd fra foreldre
<i>Beskyttende</i>	Gode kognitive og motoriske evner.	Adekvat sosial kompetanse.	Stabilt og trygt nærmiljø. Stabil økonomi hos familien. Gode relasjoner til sine foreldre og søsken. Foreldre som er gift, og har god relasjon seg i mellom

## **Midtfase**

Even og jeg trengte noen timer sammen før vi fant en god måte å jobbe sammen på. Vi var på mange måter hverandres rake motsetninger; Even som var så lite selvrepresenterende og spak i stemmen at han nesten var usynlig gjorde at jeg virket ekstra uttrykksfull og dramatisk. Hvordan kunne vi klare å møtes i et samspill som Even kunne tåle, og der han ikke ble overdøvet? En viktig oppgave for meg ble å legge meg på et riktig nivå i forhold til ham med affektinntoning. Utfordringen var å være godt inntonet på hans opplevelse, men samtidig ligge litt over i affektintensitet og –uttrykk, for slik å kunne regulere Even opp og dermed øke hans vitalitet og affektbevissthet (Monsen & Solbakken, 2013; Stern, 2010). Etter noen timer ble det tydelig at aktiviteter der vi kunne ha et felles bidrag, der vi konkret gjorde noe sammen, fungerte godt for Even. Slike aktiviteter ble utgangspunktet for felles fokus, og la rammebetingelsene for intersubjektiv relatering mellom oss. Det ga meg som terapeut muligheten til å komme både fysisk og psykologisk tettere på Even. Det kunne synes som at han hadde stort behov for scaffolding for å kunne uttrykke seg. Enhver samtale mellom oss var avhengig av at jeg tok initiativ, og stilte ham spørsmål. Jeg måtte ta ansvaret for å drive samtalen videre, gjennom å undre meg over Evens utsagn, stille oppfølgingsspørsmål eller å rett og slett gjenta det han hadde sagt. Hvis ikke jeg gjorde dette ble han stille. Det lille han sa ble formidlet uten særlig innlevelse eller emosjonelt uttrykk, og en viktig jobb for meg ble å forstørre alt av emosjonelt innhold i hans ytringer gjennom mitt emosjonelle uttrykk. Vi hadde lek i sandkassa som utgangspunkt, og derfra skapte vi sammen historier som hjalp Even med å uttrykke sine følelser og opplevelser.

### *Scaffolding*

I den tredje terapitimen vi hadde sammen skjedde det en endring i måten Even og jeg var sammen på. Vi begynte å bygge et hus i sandkassen denne timen, og jeg var opptatt av at Even skulle bestemme, og gi meg oppgaver. Min tanke var at erfaringer med å forklare hva han forestilte seg, og opplevelsen av å påvirke meg som terapeut ville kunne øke Evens selvagens (Stern, 2006, 2010). Mens vi bygget begynte jeg å spørre om hvor dette huset stod hen, hvem som bodde der, og flere andre spørsmål for å hjelpe Even med å skape en historie, og få uttrykke seg. Dette fungerte veldig godt. I løpet av de tre neste timene fortalte Even – med støtte fra meg, en hel historie om den lille landsbyen som var truet av angrep fra et skummelt monster. Hovedpersonene var ei lita jente og en vitenskapsmann som ville redde landsbyen. Gjennom denne historien fikk vi utforsket mange tema som var relevante for Even. Han fikk uttrykke frykt og redsel, ønsket om mer frihet og opplevelsen av å bli bestemt

over. Han var også inne på relasjonelle temaer som ensomhet, det å ikke bli likt og godtatt og ikke ha noen venner. I leken utforsket vi modige krefter i leken mens jenta og vitenskapsmannen kjempet mot monsteret. Vi utforsket det å ta sjanser; å ta en utfordring selv om man var usikker på hvordan man skulle løse den da hovedpersonene i leken måtte kjempe mot monsteret uten å ha lagt en plan først. Even var tydelig engasjert, og jeg opplevde i løpet av disse timene at han klarte å uttrykke seg selv i stedet for å respondere slik han trodde at jeg ville.

*Jenta og vitenskapsmannen har gått i skjul i vitenskapsmannens hytte, og prøver å legge en plan for hvordan de skal drepe monsteret. Even tenker så det knaker, men har ikke funnet en god løsning for hvordan de skal løse dette problemet – og monsteret nærmer seg. Jeg merker at spenningen stiger i rommet.*

*Terapeut: Hva skal de gjøre, jenta og vitenskapsmannen?*

*Even: De vet ikke, de har ikke en plan enda. Det er veldig vanskelig.*

*Terapeut: Det er jo ikke alltid man rekker å legge en plan, noen ganger må man bare prøve seg fram og se hva som fungerer. Kanskje de bare må prøve litt forskjellig? Og så funker noe bra, og noe ikke fullt så bra?*

*Even: Ja, de må bare prøve noe. Først så skyter de ildpiler mot øynene til monsteret så han blir blind. Så skyter de en bombe på han.*

*Terapeut: oi, piler og en bombe.*

*Even: ja, de skyter bomben inni munnen til monsteret så hjertet sprenges.*

*Terapeut: oi, så hjertet sprenges, ja.*

*Even: Ja. Nå er han død. Men hva skal de gjøre med liket? Hm. De brenner det og kaster det i innsjøen. Nå er monsteret borte.*

Til tross for at jeg opplevde Evens bidrag til historiene som genuint hans, hendte det likevel at han kom med responser som ikke opplevdes som autentiske. Gjennom å følge ham tett og være godt inntonet kunne jeg merke dette, og utforske temaet videre. Slike erfaringer der han fikk gitt uttrykk for sin oppriktige mening var med på å styrke hans selvagens (Stern, 2010).

*Even har fortalt en historie om en gutt som fant tre magiske perler og kunne ønske seg ting.*

*Terapeut: hva hadde du ønsket deg om du hadde tre sånne perler?*

*Even: fred på jord. Og så kanskje at det ikke var noen klimaendringer, og.. ti ønsker til! Han lo litt.*

*Terapeut: ti ønsker til. Er det noen ting du ville ønska som kunne forandra noen ting i ditt liv da?*

*Even: Hmm.. Ikke som jeg kommer på.*

*Terapeut: ikke som du kommer på akkurat nå.*

*Even: at jeg ikke var så sjenert og sånn, kanskje.*

*Terapeut: ikke så sjenert, ja. Hva kunne vært annerledes da?*

*Even: kunne kanskje hatt flere venner, og lekt med flere.*

Even hadde stort behov for å ha meg tett på seg for at han skulle føle seg trygg nok til å uttrykke seg. Både det å ha meg fysisk nær syntes å hjelpe, men også det at vi var psykologisk nære hverandre. Jeg var oppmerksom på å være tilgjengelig med blikket mitt, så han opplevde å finne meg når han søkte, og jeg forsøkte å finne en balansegang mellom å kommentere og utdype det han sa og gjorde og å gi ham rom til å være en aktiv historieforteller. Historiene ble et konkret produkt av våre intersubjektive møter; et samskapt produkt som var unikt for vår relasjon (Tronick et al., 1998).

Underveis i denne fasen ble min forståelse av Evens vansker utvidet. Etter hvert som han uttrykte seg mer autentisk og ble mer tydelig, kom det fram at han opplevde å ha sosiale vansker, noe eksempelet overfor illustrerer. Manglende vennskap, ensomhet og det å ikke bli forstått var et tema i flere av Evens historier.

### *Forstørre emosjonsuttrykk og emosjonelle opplevelser*

En viktig del av terapien var å forsøke å øke Evens affektbevissthet. Da vi startet å jobbe sammen var han anspent i kroppen og hadde mye motorisk uro, lite ansiktsmimikk, og en del nervøs latter og andre nervøse gester. Det var tydelig at han hadde høy kroppslig aktivering, og at dårlig emosjonsregulering førte til at denne aktiveringen ble opplevd som svært ubehagelig. Den stjal Evens oppmerksomhetsfokus og hindret ham i å rette fokus utover, og bruke sin aktivering til å bli tydelig for seg selv og andre (Jacobsen & Svendsen, 2010). Affektinntoning og affektspeiling ble viktig for å forsøke å gjøre Even mer tydelig for seg selv; å bevisstgjøre ham på hvordan han fremstod for meg (Stern, 2010). I en av de første timene spilte vi spill, og Even virket mer avslappet og fri enn jeg hadde sett ham så langt. Han



var engasjert i spillet, og jeg merket at vitaliteten hans økte. Han satt og kniste, og tenkte ut sitt neste trekk.

*Jeg: Nå ser jeg du tenker så det knaker!*

*Even så på meg og lo. Plutselig var det som det gikk opp et lys for ham, og ansiktet hans sprakk opp i et smil i det han vant over meg – for femte gang den timen.*

*Jeg: hva var det som skjedde nå?! Nå var det en som ble veldig fornøyd!*

*Blikkene våre møttes, og vi smilte til hverandre, og Evens smil ble enda bredere og han lo.*

Min speiling av Evens glede forstørret og økte denne gleden for ham, og han ble gjennom denne dyadiske reguleringen i stand til å kjenne denne gleden sterkere enn han ellers ville gjort (Tronick et al., 1998).

Lenger ut i terapiforløpet begynte mer emosjonelle tema å dukke opp i Evens lekehistorier. Jeg understreket disse emosjonelle temaene med sørgmodige sukk, overraskede utrop, indignerte og vantro ”nei!”, for å tydeliggjøre den emosjonelle betydningen av det Even selv fortalte. Han begynte også selv å ha noe mer ansiktsmimikk, og jeg la merke til at han kunne se trist ut. Etter hvert begynte han også å knytte temaene i leken direkte opp mot sitt eget liv, og egne opplevelser og følelser. I en time forteller Even en historie om en gutt som pleier å gå i skogen når han blir lei seg.

*Even: han var jo redd for at bestefaren skulle dø, ehm, og tenkte mye på det.*

*Terapeut: ja, tenkte mye på det. Da ble han også lei seg, og kanskje litt redd også?*

*Det kan være ganske vondt å tenke på det, at noen man er glad i kan komme til å dø.*

*Ganske skummelt og, kanskje?*

*Even: Marsvinet mitt er ganske gammelt, og jeg er litt redd for at han skal dø.*

I motsetning til i tidligere timer, der Even kunne fortelle om emosjonelle temaer tilsynelatende uten å bli berørt av dette, er han her over i en ny fase. Han benevner ulike emosjoner, og tillater seg å bli berørt av disse. Dette framkaller assosiasjoner og tanker fra hans eget liv, og han forteller om noe som er trist og skummelt for ham. Even viser her at han har utviklet sin affektbevissthet; i dette eksempelet demonstrerer han at han både er bevisst på

det han føler, og at han lar seg påvirke av dette. Han er også i stand til å verbalt uttrykke dette overfor meg (Monsen & Solbakken, 2013).

Jeg kunne noen ganger bli usikker på om jeg bidro for mye til Evens historier, slik at de ikke var hundre prosent hans. Han fremstod veldig pleasing og lite selvhevdende, og protesterte sjelden på mine forslag. I en time fulgte jeg opp noe han hadde fortalt i timen før; at han fortalte historiene fra terapien til moren sin.

*Terapeut: hva synes mamma om historiene dine, da?*

*Even: Hun lurte på hvem det var som hadde funnet på dem, om det var jeg eller du.*

*Terapeut: Hva sa du da?*

*Even: at jeg finner på, og at du hjelper meg når du stiller spørsmål og sånn.*

*Terapeut: hva sa mamma om det da?*

*Even: at jeg burde bli forfatter.*

## **Slutfase**

De tre siste timene Even og jeg hadde sammen brukte vi til å spille ”Hei – et spill om følelser, tanker og situasjoner” (Olsen & Winsnes, 2014). Her skulle vi annenhver gang fortelle om opplevelser knyttet til ulike følelser, og svare på spørsmål knyttet til emosjonelle temaer. Det var fascinerende å se hvordan Even nå var bedre i stand til å uttrykke sine tanker, følelser og opplevelser sammenliknet med oppstarten av terapien. Han hadde fremdeles mye kroppslig uro, særlig når vi snakket om negative følelser. Jeg forstod dette som ubehag knyttet til disse temaene. Det kom tydelig fram av Evens svar i spillet at han svært ofte forsøkte å skjule eller holde tilbake følelser som var vanskelig for ham, som tristhet, skuffelse, sinne, og irritasjon. Vi snakket om hvorfor mennesker har følelser, og hvorfor det mange ganger kunne være viktig og godt å vise andre hvordan man har det. Jeg begynte å få inntrykk av at Even ofte følte at han ikke hadde rett til å forvente at andre skulle ta hensyn til hans følelser.

*Terapeut: Du Even, jeg la merke til at på forrige fellestime da du og pappa var her, så kunne det virke som at du syntes det var ganske ubehagelig. Er det noe vi kan gjøre annerledes neste fellestime så du slipper å ha det sånn?*

*Even: Vet ikke, jeg.*

*Han tenkte seg litt om.*

*Even: Det går jo bra, da. Det er bare en halvtime.*

*Terapeut: Men hadde det ikke vært fint om du slapp å ha det ubehagelig den halvtimen?*

*Even: Neida, det går bra, altså.*

### **Samtaler med foreldrene**

Evens foreldre var svært ulike. Hans far fremstod i samtaler som veldig avslappet, positiv og pratsom. Evens mor var mer lik Even selv i sitt uttrykk; nervøs og anspent, med høye krav til seg selv og omgivelsene – særlig familien. Hun ga ved flere anledninger uttrykk for at hun var svært knyttet til Even, og at hun allerede grudde seg til han skulle flytte hjemmefra. Hun bekymret seg mye for at Even skulle ha det bra, og ga ham ganske stramme tøyler for å unngå at Even skulle oppleve noe form for ubehag, verken fysisk eller psykisk. Mor var selv klar over at hun var engstelig, men hun mente selv at hun ikke hadde noen grunn til tro at gutten hennes merket dette. Tema for flere av foreldresamtalene var en parallell til Evens terapifokus, nemlig å være ”passe modig”. Terapeuten som hadde foreldresamtalene var opptatt av å kommunisere Evens behov for utforsking, mestring og utvikling av kompetanse for at han skulle bli en selvstendig voksen med ressurser til å mestre voksenlivet. Det var også viktig å kommunisere at Evens engstelse og tvangspregede atferd var et symptom på et underliggende emosjonsreguleringsproblem, og at selv om denne symptomatferden så å si var borte etter terapien, hadde Even fremdeles vansker som han trengte foreldrenes hjelp til. For å kunne få i gang positive transaksjonseffekter mellom Even og hans foreldre som bidro til å støtte opp om Evens videre utvikling var det avgjørende av hans foreldre fikk en ny måte å se og forstå sønnen sin på. Sett i retrospekt kunne vi med fordel ha jobbet enda tettere med foreldrene under hele Evens terapiforløp, kanskje særlig hans mor.

### **Psykologfaglig forståelse**

Even sin historie passer godt inn i Rapee (2001) sin modell for utvikling av angst. Som spedbarn hadde han et forsiktig temperament. Han var vanskelig å roe, og sov lite. Hans foreldre begynte å skjerme ham for i minst mulig grad å vekke ubehag hos ham. I tillegg er hans mor selv ganske engstelig og sårbar, og har nok i liten grad evnet å skille mellom eget og Even sitt ubehag. Slik umarkert speiling har gjort det vanskelig for Even å utvikle god nok emosjonsregulering, og det har påvirket hans utvikling av selvagens (Stern, 2010). Skjermingen har sannsynligvis ført til at han har begynt å oppleve verdens om et sted med

mange farer og utfordringer som han ikke kan mestre, og han går nye erfaringer i møte med svært liten tro på at han kan takle det på egen hånd (Bandura, 1977; Rapee, 2001). Dette skaper naturlig nok mye spenning og engstelse som han ikke evner å regulere selv. Å bli så tett fulgt opp av mor med nærmest konstant ytre regulering, har gitt Even få erfaringer med indre regulering, og han er derfor svært avhengig av foreldrene for å håndtere negative emosjoner. Slik kan man forstå Evens hjemlengsel som et uttrykk for den samme emosjonsreguleringsvansken: hjemlengselen er et uttrykk for engstelse for at han skal havne i vanskelige situasjoner som blir emosjonelt overveldende for ham når han er borte fra foreldrene.

Even fremstod i starten av terapien som en gutt med lav selvagens og lav affektbevissthet, og er som følge av dette svært lite selvrepresenterende eller selvhevdende (Monsen & Solbakken, 2013; Stern, 2010). Dette kan ha mange årsaker. Et aspekt ved det er at Even har et søsken som er svært nær ham i alder. Foreldrene omtaler ofte de to søsknene i samme åndedrag, og det kan virke som at de har blitt oppdratt mer som tvillinger enn som søsken. Det kan tenkes at dette har ført til mindre fokus på Evens unike og individuelle uttrykk. Mors identifisering med Evens engstelse kan som nevnt tidligere være et uttrykk for manglende markert speiling fra mors side. Er dette tilfelle har Even fått få erfaringer med å bli møtt og forstått som et selvstendig individ gjennom samspill med mor i oppveksten. Et menneskes selvagens er avhengig av kontinuerlige erfaringer med genuine intersubjektive møter med andre mennesker gjennom hele livet, ikke bare i spedbarnsalderen (Benjamin, 1990; Stern, 2006). Mors høye idealer for familien, og for Even gjorde at Evens vanskelige følelser og opplevelser i liten grad ble inntonet til. Det å være misfornøyd, sint, utakknemlig ble i liten grad møtt, forstått og regulert. Even var rask til å hente seg inn med en gang han ga uttrykk for at han ønsket seg endringer i sitt liv. Et eksempel på dette er da Even fortalte at han skulle ønske han var mindre sjenert, så det ble lettere for ham å ta kontakt med andre. *”Jeg kunne kanskje hatt flere venner da, flere å leke med. Men jeg har nok venner, da.”*

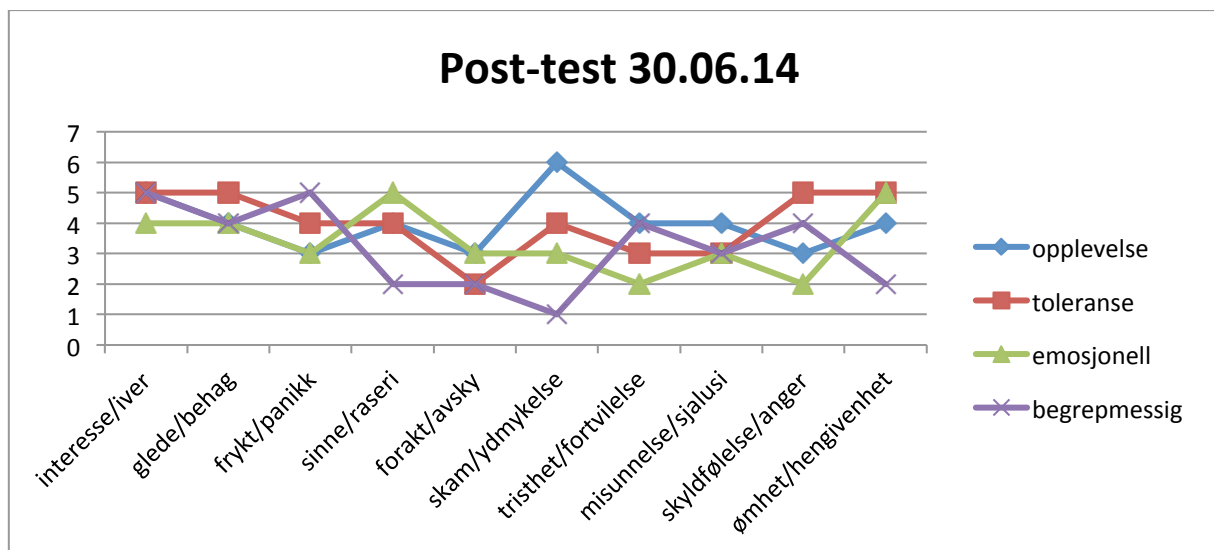
Evens svake selvrepresentasjon kan potensielt føre til mangel på responser fra andre som kan styrke hans selvagens, og kunne gi ham vansker med å sette grenser overfor andre mennesker. Hans forsiktige væremåte og lite aldersadekvate interesser, samt vansker med å være borte fra foreldrene over lengre tid kan komme til å skape problemer i hans samspill med jevnaldrende, noe som ytterligere vil forsterke spriket i utvikling mellom Even og hans jevnaldrende. Even ga allerede uttrykk for et sterkt ønske om mer sosial omgang, og flere venner. Flere utviklingsoppgaver i Evens aldersgruppe er knyttet til sosialt samvær med jevnaldrende, og utforskning av ulike sosiale roller gjennom dette. Økende viktighet av

vennskap til jevnaldrende er også en sentral del av denne perioden, da løsrivelse fra foreldre og utvikling av autonomi blir stadig mer aktuelt (Erikson, 1968).

Slik Even framstod da han kom i terapi, var flere sentrale utviklingsoppgaver i fare. Hans avhengighet av foreldrene for regulering stod i veien for hans utvikling. Dette var en ond sirkel; foreldrene hadde vanskelig for å slippe Even fordi de så at det var mye Even ikke mestret og som skapte ubehag for ham, og deres tette ytre regulering av ham ga han få muligheter til å styrke sin kapasitet for indre regulering, slik at avhengigheten økte i takt med Evens manglende selvagens og mestringstro. Det var viktig å jobbe både med Even og foreldrene slik at Even utviklet bedre affektbevissthet, selvagens og emosjonsregulering og foreldrene kunne slippe tøylene litt når de så at han faktisk var i stand til å greie seg selv.

I løpet av terapien så vi flere endringer hos Even. Han ble noe mer avslappet i kroppen, og fikk mer ansiktsmimikk. Han begynte å snakke om vanskelige og negative emosjoner; om sinne, tristhet, svik, frustrasjon, lengsel. Han hadde mindre behov for støtte for å uttrykke seg i timene. Vi forstod dette som et uttrykk for økende selvagens. Et eksempel som illustrere dette er på slutten av en time. Vi hadde tegnet i kalenderen, og Even var klar til å gå ut på venterommet til sin mor – som etter hver time pleide å sitte klar med ferdig avkjølt kakao til ham. - *Sitter mor klar med kakaoen nå, da? spurte jeg. - Jeg sa jeg ikke ville ha kakao i dag, svarte Even.*

## Resultater



Figur 2, diagram over resultater av affektbevissthetsintervju etter avsluttet terapi

En person med god affektbevissthet vil ha jevnt over høye skårer, liggende rundt 7-9. Barn ligger naturlig litt lavere enn voksne, siden de fremdeles er i utvikling. Slik Evens profil fremstår her ligger han fremdeles ganske lavt på en del skårer, noe som stemmer godt med det kliniske inntrykket vi fikk i løpet av terapien. Særlig begrepsmessig ligger han lavt, noe som indikerer at han strever med å uttrykke sine følelser til andre, og stemmer godt med inntrykket han ga i terapien.

Sammenliknet med affektbevissthetsintervjuet før terapien har Even hatt en tydelig utvikling. Generelt har de fleste skårene økt med en eller to, noe som kan tolkes som bedret affektbevissthet. Særlig har Evens toleranse for hans emosjoner økt, noe som er en svært positiv utvikling. I Taarvig et al. (2014) beskriver de hvordan lav toleranse er særlig knyttet til angst, noe som kan bidra til å forklare Evens mangel på emosjonelt uttrykk og innhold i begynnelsen av terapien; han ble overveldet og kunne ikke bruke den informasjonen emosjonene tilbyr. Det å akseptere sine følelser, og evne å nyttiggjøre seg den informasjonen disse følelsene gir er et avgjørende steg på veien for Even. Den største endringen ser vi på interesse/iver; Evens skårer har her økt fra å ligge helt rundt 2-3, til å ligge på 4-5. Vi forstår dette som et uttrykk for økt vitalitet, og vil fungere som motivasjon for å bli involvert og søke nye opplevelser (Taarvig et al., 2014). En annen interessant utvikling er økningen i skårene på sinne/raseri. Tradisjonelt har man sett angst som undertrykkelse av sinne, og unnvikelse av emosjonell aktivisering. Dette kan føre til manglende evne til selvhevdelse (Taarvig et al., 2014). Evens bedrede skårer på sinne/raseri og på frykt/panikk er et uttrykk for en økt motivasjon og økt evne til grensesetting og selvhevdelse; med andre ord økt selvagens. Andre skårer, som for eksempel toleranse og emosjonelt uttrykk for tristhet har gått ned. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er en forverring, heller kan man forstå det som et uttrykk for at tristhet ikke står like mye i fokus for Even lenger. At toleransen for tristhet har gått ned kan ses som et uttrykk for at Even ikke lenger synes det er noe å føle seg trist og nedstemt, og har begynt å kjenne på mer positive følelser i stedet. Generelt bærer denne profilen preg av at Even er midt i en utviklingsprosess; noen skårer har gått kraftig opp, andre har falt litt, noen skårer innad i et følelsesdomene har byttet plass. I en videre god utvikling vil man kunne se at de skårene som fremdeles ligger lavt ville kommet etter, slik at profilen ville blitt mer samlet på et høyere nivå.

Affektbevissthetsprofilene har ingen standardiserte tolkninger. For å nyttiggjøre seg disse forutsetter det at man tolker skårene ut i fra kunnskapen man har om den aktuelle personen og bruker dette som forståelsesramme. Det er et svært godt utgangspunkt for diskusjon og refleksjon om pasientens fungering, og hvor man er hen i en prosess. Om man

skulle fortsatt et terapiforløp med Even ville denne affektbevissthetsprofilen vært et nyttig verktøy; her ser man tydelig på hvilke områder man har hatt fremgang, og på hvilke områder det kreves mer arbeid. I en videre terapi med Even ville det vært nyttig å fortsette å jobbe videre med hans toleranse. God toleranse for følelsesmessig aktivering gir rom for at uttrykket og opplevelsen kan utvikle seg, og komme opp på et høyere nivå slik at man får en bedre affektintegrering. God toleranse og opplevelse sørger for at selv om uttrykket er svakt, så er det lille man faktisk uttrykker autentisk.

Resultatene fra CBCL underbygger den utviklingen vi observerte i terapi, og som vi også ser gjenspeilt i affektbevissthetsintervjuene. Før terapien skåret Evens mor ham på subklinisk nivå på engstelig/deprimert på syndromskalaskårene. På den DSM-orienterte skalaen falt han så vidt innenfor klinisk nivå på angstproblemer. Fars skårer lå lavere og ikke innenfor hhv. subklinisk eller klinisk nivå, men de hadde krysset av på flere av de samme punktene; frykt for å gjøre noe galt, fryktfullhet, bekymringer. På post-målingene hadde skårene hos begge foreldre gått ned, og Even lå godt innenfor det normale nivået. I tillegg er det interessant å merke seg at samsvaret mellom foreldrenes skårer hadde økt på post-testen, noe som tyder på at de har en mer lik oppfatning av barnet sitt enn før oppstart av terapi.

## Diskusjon

Gjennom affektinntoning, speiling, forstørring av emosjonelle opplevelser og uttrykk både i lek og samtale stod mitt og Evens nervesystemer i direkte kontakt med hverandre, og denne gjensidige påvirkningen ga ham en ny relasjonell erfaring (Stern, 2006, 2010; Tronick et al., 1998).

Det var en ny måte å bli sett og forstått på, og en ny opplevelse av å bli regulert. Som beskrevet i kasus økte Evens selvagens over terapiforløpet, noe som gjorde han tydeligere og mer uttrykksfull i sin kommunikasjon og væremåte. Hvorfor var bruken av TIB særlig velegnet for å jobbe med Evens selvagens? Og hvordan kom denne bedrede selvagensen til uttrykk?

Ved oppstart av et terapiforløp er det alltid flere måter å forstå klientens vansker på. Hvordan man velger å jobbe med vanskene er helt avhengig av hvordan man forstår klientens fungering. Vi kunne forstått Evens symptomer som engstelse og valgt en terapeutisk tilnærming som fokuserte på å redusere eller fjerne Evens symptomer. I stedet forstod vi Evens engstelse og tvangspregede atferd som uttrykk for svak indre regulering, dårlig affektbevissthet og lav selvagens. Evens store avhengighet av foreldrene handlet riktignok om

engstelse, men dypst sett om avhengighet av ytre regulering. Foreldrenes overbeskyttelse og særlig mors umarkerte speiling av engstelse og bekymring hadde ført til at Even i liten grad hadde fått samspillserfaringer som styrket hans selvagens.

TIB er meget godt egnet til å jobbe med grunnleggende psykologisk fungering gjennom sitt eksplisitte fokus på intersubjektivitet og felles fokus (Haugvik & Johns, 2006; Johns & Svendsen, 2014). Det legges til rette for å skape samspill av samme karakter som de tidlige samspillene mellom spedbarn og omsorgspersoner, der disse grunnfunksjonene utvikles og styrkes i barnets første leveår (Benjamin, 1990; Johns & Svendsen, 2014; Stern, 2010; Tronick, 1989). I stedet for å gjøre barnet bedre tilpasset er målet å gjøre barnet bedre regulert. Om Even hadde mottatt en symptomfokuset behandling kunne man risikert at man gjorde noe med vanskens uttrykk, heller enn selve årsaken til vansken.

Vi diskuterte både tvang, GAD og separasjonsangst som mulige diagnoser for Even. Å velge en kognitiv atferdsterapeutisk (KAT) tilnærming, med ulike skjemaer for å registrere framgang og ulike oppgaver og utfordringer for å trene opp nye ferdigheter, ville kunne hatt god effekt med tanke på å dempe eller fjerne Evens angstsymptomer. Tar man Evens perfeksjonisme og store behov for å lykkes i betraktning er det også et mulig scenario at hans symptomer kunne eskalert. Hans høye krav til seg selv kunne forhøyet hans allerede skyhøye spenningsnivå og forsterket hans angstsymptomer i retning av panikk, og gjort ham enda mer avhengig av sine foreldre for ytre regulering og støtte (Jacobsen & Svendsen, 2010). Om vi tar utgangspunkt i at hans symptomer ble bedre eller også helt borte etter behandling med KAT, ville det også ha skjedd en korresponderende utvikling i selvagens og affektbevissthet? Svaret er nok nei, Even ville mest sannsynlig fremdeles ha forhøyet spenning i sitt autonome nervesystem, og vansker med å regulere seg. Han ville muligens ha opplevd økt mestringstro i forbindelse med å ha oppnådd en viss mestring i situasjoner han tidligere unngikk, men det er lite trolig at han ville følt seg møtt og sett på en måte som ville styrket hans selvagens (Stern, 2010). Lav selvagens og emosjonsreguleringsvansker i kombinasjon med hans svært høye krav til seg selv kunne fortsatt å skape vansker for ham. I stedet for symptomer på tvang og separasjonsangst kunne dette kommet til uttrykk på andre måter; for eksempel konsentrasjonsvansker, andre typer angstplager, eller psykosomatiske plager som følge av hans høye stressnivå. Det kan også tenkes at tvangssymptomene kunne kommet tilbake etter en tid, fordi de var funksjonelle for Even; de hjalp ham å strukturere og kontrollere omgivelsene sine slik at situasjoner som skapte uhåndterlig angst og ubehag ble redusert. Sosialt ville Even kunne blitt svært hemmet av sine symptomer, og mange av hans utviklingsoppgaver kunne blitt rammet av dette. Ungdomstiden handler i stor grad om



løsrivelse fra foreldre, og tettere tilknytning til jevnaldrende og utforskning av sosiale roller (Erikson, 1968). Sosiale vansker ville fulgt Even gjennom skolegang, og inn i yrkeslivet. Manglende selvagens og dårlig affektbevissthet kunne gitt Even store vansker med å ta valg og sette grenser. Dette kunne gjort ham til et lett offer for manipulasjon og utnyttelse, og gjort ham sårbar i mange situasjoner. Det ville også skapt store vansker med å fungere godt i intime relasjoner. Angstsymptomene kunne påvirket hans prestasjoner og måloppnåelse, noe som kunne ført til depresjon og sosial tilbaketrekning. Dette hypotetiske scenariet viser en mulig utviklingsbane for Even. Det er ikke sikkert at det ville gått akkurat slik om han hadde mottatt en symptomfokuset behandling, men det er god grunn til å anta at uten en form for psykologisk intervensjon ville Evens vansker skapt store problemer for ham videre i hans utvikling.

Bruken av en terapiform som TIB betyr ikke bare at man unngår en negativ utvikling, men først og fremst gir det muligheten til å gjenopprette en positiv utvikling. Det var dette som skjedde for Even. I terapien med Even ble det viktig tilby ham aktiviteter der han kunne ta føringen og lede – i den grad han var i stand til det. Slike erfaringer med en inntonet voksen som forstørret hans uttrykk for selvagens og individualitet, og som scaffoldet hans måter å uttrykke seg selv på hadde positiv innvirkning både på hans selvagens og hans lave affektbevissthet (Hansen, 2012; Monsen & Solbakken, 2013; Papousek, 2007). Det var også fokus på å forstørre og fremheve hans emosjonelle uttrykk for å øke hans affektbevissthet. Gjennom vår felles historiefortelling opplevde Even at hans tanker og følelser ble tatt i mot og reflektert over av en inntonet voksen. Han opplevde også at hans fantasi og historie påvirket meg i den forstand at jeg ble nysgjerrig på handlingen, jeg ga uttrykk for å bli følelsesmessig engasjert – lot meg involvere. Dette virker styrkende for selvagens fordi barnet så tydelig opplever å påvirke en annen (Stern, 2010; Stern et al., 1998). Det at jeg som terapeut var så mye mer uttrykksfull enn Even var i begynnelsen en utfordring, men Even tålte bedre og bedre at jeg la meg noen hakk over ham i vitalitet og uttrykksfullhet. Det å inngå i samspill, og ikke minst bli regulert av noen som var så mye mer tydelig og kraftfull i sitt uttrykk var nok svært positivt for Even. Dette var styrkende for hans selvagens i form av at han kunne oppleve å være seg selv sammen med en person som var så ulik ham selv, og at ulikheten mellom meg og ham lot ham tydelig kjenne på hva som var hans bidrag inn i samspillet, og hva som var mitt (Benjamin, 1990).

Utviklingen av, og den økende tryggheten i relasjonen mellom Even og meg gikk parallelt med Evens utvikling, og evne til å uttrykke seg selv i den terapeutiske settingen. Mot slutten av terapien begynte Even selv å uttrykke sine følelser og opplevelser, og trengte mindre

scaffolding i form av oppfølgingsspørsmål av meg for å uttrykke seg. Vi forstod dette som et uttrykk for økt affektbevissthet og selvagens.

Evens endring etter endt terapi viste seg både gjennom hans fremtoning, atferd, hans egne utsagn og også på CBCL og affektbevissthetsintervjuet. Vi kunne vi se at han var mer avslappet i kroppen, noe av den voldsomme spenningen som hadde gjort ham stiv og urolig hadde begynt å slippe litt taket. Dette kan man tenke skyldes at spenningen i Evens nervesystem hadde blitt regulert ned (Thayer & Lane, 2000). Evens bedrede selvagens kom best til uttrykk gjennom tre ting; hans tilstedeværelse i rommet og i samspillet var merkbart bedre, hans evne til å gi uttrykk for sine indre tilstander, og at han opplevde seg selv på en annen måte enn før. Han søkte blikket mitt, studerte meg når jeg så bort, han stilte direkte spørsmål og var interessert. Han kunne lettere gi uttrykk for hvilke aktiviteter han ville drive med i timene, og fortelle om sitt liv. Han kunne fortelle at han følte seg sjenert, og at han ikke likte det, og at han var bekymret for hvor lenge kjæledyret hans kom til å leve. Hans opplevelse av seg selv var også endret; fra å føle seg sjenert og hemmet hadde han oppdaget at han hadde modige krefter, og at han kunne håndtere situasjoner som vakte ubehag. Han hadde oppdaget en ny selvstendighet, og blitt bevisst på at han hadde mange positive egenskaper som andre mennesker satte pris på. Atferdsmessig var han også i utvikling; både Even selv og foreldrene kunne fortelle om en helg der Even nesten ikke hadde vært hjemme, men vært rundt omkring sammen med venner i stedet. Han hadde også en ny tro på at han kunne tørre å dra på leirskole, og være borte fra foreldrene i flere dager, noe som hadde virket utenkelig for noen måneder siden. Disse endringene kom også til uttrykk på CBCL; der alle skårene var innenfor normal fungering etter terapien. Også affektbevissthetsintervjuet gjenspeilte hans endringer, da særlig Evens økte toleranse.

Evens økte selvagens og bedrede toleranse for emosjonell aktivering ga ham nye muligheter i samspill med andre mennesker, og i møte med omgivelsene og nye utfordringer. Samspill der Even kunne gi av seg selv på en annen måte enn før, og dermed få responser fra andre som styrket hans selvagens og videre utvikling. På mange måter åpnet dette verden for Even; han stod nå mye friere til å utforske, være spontan, leke, dra ut med venner – uten å ha det samme kontrollbehovet eller være avhengig av foreldrene. Disse endringene ga Even bedre relasjonell og sosial kompetanse, og muligheten til å stadig utvide sin opplevelse av hvem han var.

Even uttrykte disse endringene best selv, i et brev han skrev etter terapien var avsluttet:

*”Jeg føler meg modigere, og har mer selvtillit.(...) I løpet av årene skal jeg finne flere krefter og bruke dem”*

Tid var et sentralt aspekt i Evens terapi. Han trengte mye tid for å bli trygg, og for å begynne å uttrykke seg. Ikke før mot slutten av et terapiforløp på til sammen 12 timer var Evens selvagens på et nivå som tillot ham å uttrykke seg rimelig spontant og direkte. Å jobbe med grunnleggende fungering som selvagens og affektbevissthet er ingen ”quick fix”; det krever tid og innsats. Til gjengjeld tenker man at man skaper endring som tillater barnet å utløse de responsene fra omgivelsene det trenger for å fortsette sin utvikling. På sikt vil de økte ressursene man setter inn lønne seg fordi barnets endring har vært grunnleggende heller enn overflatisk, og det reduserer risikoen for tilbakefall, eller utvikling av nye typer vansker som følge av mangelfull grunnleggende fungering.

Til tross for at Evens symptomtrykk ikke var på et klinisk nivå ved oppstart av terapien var det likevel et stort behov for terapi. Dette viser hvor viktig det er å ha ressurser og fleksibilitet i psykisk helsetilbud til barn og unge som gjør helsearbeidere i stand til å yte et tilbud som er tilpasset barnet, og som barnet evner å benytte seg av.

### **Begrensninger og implikasjoner**

Konklusjonene man trekker fra denne oppgaven begrenser seg til individnivå, en svakhet ved enhver kasusoppgave. Bruken av metodetriangulering, her med affektbevissthetsintervju og CBCL styrker likevel oppgavens konklusjoner. Og tar man teorien som danner bakgrunn for oppgaven i betraktning er det sannsynlig at de psykologiske mekanismene som ligger til bakgrunn for endring også vil gi resultater på gruppenivå. Denne oppgaven viser hvordan psykoterapi med barn har effekt på flere områder, både på symptomnivå, interpersonlig og intrapersonlig nivå. I videre forskning vil det være interessant å utforske disse sammenhengene på gruppenivå, og utforske hvorvidt det også kan registreres psykofysiologiske endringer. Dette er det ikke grunnlag for å si noe om innenfor rammene av denne oppgaven, men vil bli sett nærmere på i senere publikasjoner knyttet til ”Objektive endringsmål i terapi med barn”.

Implikasjoner denne oppgaven kan ha for klinisk praksis dreier seg først og fremst om viktigheten av å jobbe med relasjoner i terapi. Det å ha nok tid til å utvikle en trygg og solid relasjon mellom barnet og terapeuten er uvurderlig. Samtidig ser man også at det parallelle

arbeidet med barn og foreldre gir et unikt perspektiv inn i den terapeutiske prosessen, og er en viktig plattform for å skape endring som kan fortsette også etter avslutningen av terapien.

## Referanseliste

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X83.2.191
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: commentary on the symposium "Interventions that effect change in psychotherapy". *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 333-340. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<333::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-Y
- Beebe, B., Lachman, F., & Jaffee, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self-and-object representations. *Psychoanalytical Dialogues: The International Journal of Relational Perspective*, 7(2), 133-182. doi: 10.1080/10481889709539172
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytical Psychology*, 7, 33-46. doi: 10.1037/h0085258
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Braarud, H. C. (2010). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 137-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bråten, S. (2010). I begynnelsen: fra nyfødt-imitering til altersentrisk deltakelse. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 92-115). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bråten, S., & Trevarthen, C. (2007). From infant intersubjectivity and participant movements to stimulation and conversation in cultural common sense. In S. Bråten (Ed.), *On being moved: from mirror neurons to empathy* (pp. 21-31). Amsterdam: Johns Benjamin Publishing Company.
- 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
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Collis, G. M., & Schaffer, H. R. (1975). Synchronization in visual attention in mother-infant pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 315-320. doi: 10.1111/j.1469-7610.1975.tb00365.x
- Dallaire, D. H., & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6; The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity and maternal separation anxiety. *Attachment and Human Development*, 7, 393-408. doi: 10.1080/14616730500365894

- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: body and emotions in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Denham, S., Workman, E., Cole, P., Weissbrod, C., Kendziora, K., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology, 12*, 23-45. doi: 10.1017/S0954579400001024
- DeWolff, M., & IJzendoorn, M. v. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591. doi: 10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton.
- Fonagy, P. (2006). Forandringsøieblikke i psykoanalytisk teori: diskussion af en ny teori om psykisk forandring. In J. H. Sørensen (Ed.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (pp. 211-219). København: Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700. doi: 10.1017/S0954579497001399
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). Tidlig innsats og utviklingen av selvregulering. In J. H. Sørensen (Ed.), *Affektregulering i utvikling og psykoterapi* (pp. 186-211). København: Hans Reitzels Forlag.
- Friedman, B. H., & Thayer, J. F. (1998). Autonomic balance revisited: panic anxiety and heart rate variability. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 133-151. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00202-X
- Gydal, M. (1998). På oppdagelsesferd i barndommens rike. Om tidsbegrensning, fokusering og den meningsskapende dialogen i psykoterapi med barn. In M. Kjær (Ed.), *Reisefølge i barndommens rike* (pp. 196-214). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, B. R. (2010). Fra regulering til mentalisering. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 116-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haugvik, M. (2012). Structured parallel therapy with parents in time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 504-518. doi: 10.1177/1359104512460859
- Haugvik, M., & Johns, U. (2008). Facets of Structure and Adaptation: A Qualitative Study of Time-limited Psychotherapy with Children Experiencing Difficult Family Situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 235-252. doi: 10.1177/1359104507088345
- Haugvik, M., & Johns, U. T. (2006). Betydningen av felles fokus i tidsavgrenset terapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 19-29.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00107-8
- IJzendoorn, M. v., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249. doi: 10.1017/S0954579499002035
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Henry Holt & Co.
- Johns, U., & Svendsen, B. (2014). *Terapiguide for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn*. Upublisert. Oslo/Trondheim: BUP Furuset/NTNU.
- Kernberg, O. (2007). The nature of borderline personality organization. In J. Clarkin, F. Yeoman & O. Kernberg (Eds.), *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations* (pp. 1-31). Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- MacDonald, K., & Parke, R. D. (1984). Bridging the gap: parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55, 1265-1277. doi: 10.2307/1129996
- McLeod, J. (2001). Developing a research tradition consistent with the practices and values of counselling and psychotherapy: Why Counselling and Psychotherapy Research is necessary. *Counselling and psychotherapy research*, 1, 3-11. doi: 10.1080/14733140112331385188
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice- oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and psychotherapy research*, 11, 1-10. doi: 10.1080/14733145.2011.548954

- Meltzoff, A. M., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, *198*, 75-78. doi: 10.1126/science.198.4312.75
- Moe, V. (1996). Selvutvikling og det affektive samspillet. In M. Kjær (Ed.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn*. (pp. 21-47). Oslo: Kommuneforlaget.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness. Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *5*(3), 238-249.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *50*, 740-751.
- Muris, P., Meesters, C., & Berg, S. V. d. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *12*, 171-183. doi: 10.1023/A:1022858715598
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*, 543-561. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x
- Nucci, L. P., Killen, M., & Smetana, J. G. (1996). Autonomy and the personal: Negotiation and social reciprocity in adult-child social exchanges. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *1996*(73), 7-24. doi: 10.1002/cd.23219967303
- Olsen, K. S., & Winsnes, G. (2014). Hei! Et spill om tanker, følelser og situasjoner.
- Papousek, M. (2007). Communication in early infancy: An arena of intersubjective learning. *Infant Behavior and Development*, *30*, 258-266. doi: 10.1016/j.infbeh.2007.02.003
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press.
- Roelofs, J., Meesters, C., Huurne, M. t., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the links between attachment styles, parental rearing behaviors and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies*, *15*, 331-344. doi: 10.1007/s10826-006-9025-1
- Rubin, K. H., Wojslawowicz, J. C., Rose-Krasnor, L., Booth-LaForce, C., & Burgess, K. B. (2006). The best friendships of shy/withdrawn children: prevalence, stability and relationship quality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*, 143-157. doi: 10.1007/s10802-005-9017-4
- Sameroff, A. (2009). The Transactional Model. In A. Sameroff (Ed.), *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other* (pp. 3-21). Washington, DC: American Psychological Association.



- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32(1), 12-25. doi: 10.1037/0012-1649.32.1.12
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464. doi: 10.1037/0022-006X.71.452
- Skirbekk, B., & Kristensen, H. (2011). Angstlidelser Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri (Vol. 2014). <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Nyheter/Den-nye-veilederen-er-endelig-klar/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-1/>: Den norske legeforening. lesedato: 3. juni 2014
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2011). Assessment of Affect Integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. *Journal of Personality Assessment*, 9, 257-265. doi: 10.1080/00223891.2011.558874
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of 1-year olds. *Developmental Psychology*, 21, 195-200. doi: 10.1037/0012-1649.21.1.195
- Stern, D. (2006). Den terapeutiske forandringsprosess med inndragelse av tavs viten: Nogle implikasjoner af utviklingspsykologiske observationer for psykoterapi med voksne. In J. H. Sørensen (Ed.), *Affektregulering i utvikling og psykoterapi* (pp. 220-228). København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. (2010). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., . . . Tronick, E. C. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. In H. Haavind & H. Øvreeide (Eds.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind I - Samspill og utviklingsforståelse* (pp. 69-96). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (pp. 41-62). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B., & Hansen, B. R. (2008). The emergent helper. Steps in the early phase of alliance formation with children. *Matrix*, 25(4).
- Sørensen, J. H. (2006). Affektregulering i utviklingspsykologi og psykoterapi. In J. H. Sørensen (Ed.), *Affektregulering i utvikling og psykoterapi* (pp. 9-133). København: Hans Reitzels Forlag.

- Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication and understanding. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Social, emotional and personal development*. (pp. 237-309). New York: Wiley.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, *61*, 201-216. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00338-4
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Thorén, A. (2011). Förändringens vindar blåser genom psykoterapivärlden. *Mellanrummet. Tidskrift om barn- och ungdomspsykiatri*, *24*, 54-56.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321-347). London: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 3-48. doi: 10.1017/S0021963001006552
- 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., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., . . . Stern, D. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, *19*(3), 290-299. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2014). Affect consciousness in children with internalizing problems: assessment of affect integration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-20. doi: 10.1177/1359104538434
- Våpenstad, E. V. (2013). Psykodynamisk foreldrearbeid: Fra «pianoreparatør» eller «foreldrefrelser» til samarbeid i forståelse av psykologrollen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *50*(11), 1080-1088.
- Winnicott, D. W. (1958). *Collected Papers*. London: Tavistock.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, *12*, 443-466. doi: 10.1017/S0954579400003102
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1101-1106. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02196.x

- Zarbatany, L., & Lamb, M. E. (1985). Social referencing as a function of information source: Mother versus strangers. *Infant Behavior and Development*, 8(1), 25-33. doi: 10.1016/S0163-6383(85)80014-X
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 81-99. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01506.x
- Øvreeide, H., & Hafstad, R. (2007). Det tredje ansikt i barnets relasjoner. In H. Haavind & H. Øvreeide (Eds.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind I - samspill og utviklingsforståelse* (pp. 97-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.