

«NÅR MODIGHET ER DET SOM GJELDER»

Om hvordan et barn opplevde økt affektbevissthet som resultat av en terapiprosess

Ola Eldar Hoston

Hovedoppgave

Profesjonsstudiet i psykologi NTNU

Trondheim, våren 2015

Veiledere: Birgit Svendsen og Tonje Grønning Andersen

Sammendrag

Denne studien viser hvordan en terapiprosess kunne bidra til økt affektbevissthet hos et barn. En gutt med internaliserende vansker gjennomgikk et forløp av tidsavgrenset intersubjektiv terapi for barn og unge (TIB). Etter terapien viste barnet økning i opplevelse og uttrykk for enkelte affekter, som målt i affektbevissthetsintervju og observert i terapiprosessen. I tillegg rapporterte foreldrene om symptomreduksjon i CBCL. Det diskuteres hvordan intersubjektive prosesser i terapien forstås som å bidra til barnets økte affektive deling og endrede affektbevissthet. Andre elementer som diskuteres er det parallelle foreldrearbeidet og lekens betydning for endringen i barnets affektbevissthet. Det diskuteres dessuten hvordan en paradoksal reduksjon i begrepsmessig uttrykk for affekter kunne forstås i lys av terapien.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	7
Innledning.....	8
<i>Avgrensning og problemstilling</i>	9
Internaliserende vansker.....	13
Affektbevissthet.....	17
Intersubjektivitet.....	23
Barn i terapi.....	27
<i>Endringsprosesser</i>	29
<i>Foreldrearbeid</i>	33
Metode.....	35
<i>Metodologi</i>	35
<i>Datainnsamling</i>	36
Resultater.....	39
<i>Kasusbeskrivelse</i>	39
<i>Affektbevissthetsintervju</i>	56
<i>Foreldrerapportering</i>	58
Diskusjon.....	59
Begrensninger og implikasjoner.....	69
Referanser.....	71

Forord

Min motivasjon for å skrive en kasuistisk hovedoppgave om et barn, vokste ut av en interesse for hvordan psykiske lidelser kan utvikle seg tidlig i livet. Jeg ville dykke inn i litteratur som handlet om samspill og som handlet om barnets forhold til følelser. Jeg opplever å ha lært en god del om dette gjennom å skrive oppgaven, og kjenner meg takknemlig for at jeg har fått oppdage slik verdifull kunnskap. Samtidig har det kjentes utfordrende å sette seg inn i denne litteraturen, som jeg tidvis har opplevd som tung å omsette til praksis. Jeg håper å kunne bruke den kunnskapen jeg har fått, til å utgjøre en forskjell.

Jeg vil rette en stor takk til veilederne mine, førsteamanuensis Birgit Svendsen og stipendiat Tonje Grønning Andersen. Dere har hjulpet meg med å både om dirigere kursen underveis, og med å holde stø kurs. Møtene med dere i veiledning har dessuten vært en stor inspirasjon for meg til å lære mer om det å møte og hjelpe barn.

Fra terapiprosessen vil jeg takke veileder og universitetslektor Katrin Glatz Brubakk for tilbakemeldinger som jeg vokste på, og jeg takker også gruppa som fulgte terapiforløpet for innspill. Spesielt takk til Ingrid for samarbeidet i terapien, og for nyttige drøftinger i skriveprosessen.

Til sist, takk til min kjære Marius! Du har lyttet til frustrasjonen min underveis, og med stor kjærighet har du gitt meg ny giv når skrivinga har gått trått. Takk for at du er du.

Vidar var 10 år gammel og ble henvist for sin overdrevne engstelse. Foreldrene fortalte hvordan han engstet seg for mange ulike ting, blant annet en gutt som plaget andre i klassen, det å besvime, eller hai når familien skulle på ferie. Vidar hadde alltid vært mer engstelig enn andre på sin alder, men nå ønsket foreldrene mer hjelp. Far var svært bekymret for at Vidar skulle oppleve mobbing og bli sosialt isolert, slik han selv hadde opplevd som barn. Både mor og far var urolige for sønnens voldsomme tegninger av krig og blod. I møtet med Vidar så vi en kunnskapsrik gutt som ramset opp krigshistoriske fakta og lekte en brutal skyt-og-drep-lek i sandkassa. Han syntes samtidig å være sliten, og det var tydelig vanskelig for ham å snakke om eller leke med temaet engstelse og sårbarhet. Hvordan kunne vi hjelpe Vidar til å få det bedre?

I Norge regner en med at det til enhver tid er mellom 15 og 20 % av barn og ungdom mellom 3 og 18 år som har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon eller atferdsproblemer (Folkehelseinstituttet, 2014) . I tillegg anslås omkring 8 % av barn og unge å ha problemer som tilfredsstillende kriteriene til en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2014) . Når barn og unge blir henvist til terapi, er det en rekke forhold av betydning som skiller terapien fra behandling av voksne klienter (Svendsen, 2007). Det er ofte foreldrene eller andre voksne, i stedet for barnet selv, som er motivert for å søke hjelp (Svendsen, 2007). I tillegg uttrykker barn seg på andre måter enn voksne, særlig gjennom lek og mindre verbale uttrykksmåter (Russ, 2004; Svendsen, 2007). Det er også et hovedpoeng at barn er i utvikling (Rutter & Sroufe, 2000; Svendsen, 2007). Nettopp det at barn er i en utviklingsprosess hvor de tilegner seg nye ferdigheter i samspill med omsorgsmiljøet, får implikasjoner for hvordan terapi kan skape endring hos barnet. En forståelse av utvikling som transaksjonell og som å innebære stadig gjensidig påvirkning mellom barnet og omgivelsene (Sameroff & MacKenzie, 2003; Smith, 2010), medfører at terapi kan skape endring gjennom å rette seg mot nettopp samspillsprosesser (Svendsen, 2010) . Et slikt arbeid kan bestå i både å hjelpe barnet med å bli tydeligere for seg og sine omgivelser, men også det å hjelpe omgivelsene med å forstå barnet bedre (Svendsen & Jacobsen, 2013).

Det synes å foregå en emosjonsorientert utvikling innen psykoterapifeltet:

Evolusjonsperspektivet, nye empiriske terapimodeller, samt grunnforskning om emosjoner har understreket hvor viktig det er å være i kontakt med egne følelser for å ha en god psykisk helse (Binder, Hjeltnes, & Schanche, 2013). Enkelte behandlingsformer for barn og unge retter seg primært mot barnets tankeprosesser og atferd, er fokusert omkring opprettholdende faktorer og måler framgang i terapien hovedsakelig gjennom symptomreduksjon (e.g. Martinsen & Hagen, 2013). Terapier som har mer fokus på barnets utviklingsprosess, har derimot gjerne som mål å styrke de grunnleggende funksjonene som ligger *bak* symptomene (Smerud, 2012). Grunnfunksjoner som ofte synes å være forstyrret ved psykiske lidelser, handler om hvordan affekter håndteres og hvordan oppmerksomhet og kognisjon er integrert med affektive opplevelser (Jacobsen, 2010; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Kunnskap om emosjonell utvikling peker på betydningen av å oppleve seg sett og forstått med sine følelser, av en annen (Hart, 2011), og at dette er avgjørende for å lære å håndtere egne affekter (Monsen, 1997) og å utvikle en robust selvopplevelse (Stern, 1998). Terapi som søker å stimulere utviklingsprosesser hos barnet framfor å utelukkende fokusere på opprettholdende faktorer for symptomene, har derfor et naturlig fokus på hva barnet kommuniserer affektivt i terapien, og hvordan disse affektene kan møtes i relasjonen til terapeuten og omsorgsgivere for å gjenoppta utvikling av grunnfunksjoner (Johns & Svendsen, 2012).

Avgrensning og problemstilling

I denne oppgaven vil jeg presentere og drøfte en terapiprosess med et barn, hvor «affektbevissthet» (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996) var en sentral forståelse av barnets vansker. Jeg valgte «affektbevissthet» som tema av flere grunner: Begrepet synes ut fra eksisterende studier å korrelere med mål på psykisk helse, og kan slik ses som et

effektmål i terapi. I tillegg favner det mange aspekter ved terapiformen som ble anvendt, slik som håndtering av emosjonell aktivering og oppmerksomhet til eget følelsesliv, og kunne derfor også lettere knyttes til prosessene underveis i terapien. «Affektbevissthet»-tradisjonen er dessuten en norsk forskningstradisjon, og det oppleves som spennende å anvende et perspektiv fra mitt eget vitenskapelige miljø. Formålet med oppgaven er å undersøke om dette perspektivet kan tilføre noe til forståelsen av terapiprosessen og hva som bidro til å hjelpe barnet.

En fokusering på «affektbevissthet» innebærer en nødvendig utelatelse av andre perspektiv som også kunne ha belyst den samme terapiprosessen, for å gjøre oppgaven tydeligere og mer sammenhengende. Likevel har jeg inkludert tilgrensende forståelsesmodeller i noen grad, slik som tradisjonene «emosjonsregulering» og «mentalisering», for å belyse begrepet affektbevissthet bedre. Jeg har også inkludert teori som har blitt vurdert som nødvendig for å forstå *hvordan* arbeidet med affektbevissthet har foregått i terapien – denne teorien handler i stor grad om «intersubjektivitet». Terapiformen TIB («tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge») sitt teorigrunnlag har vært et utgangspunkt for valg av litteratur generelt, da jeg som terapeut naturlig nok satte meg inn i denne teorien underveis i terapien. Problemstillingen som vil bli besvart i oppgaven er følgende:

«På hvilke måter kan prosesser i terapien med Vidar forklare en endring i hans affektbevissthet?»

Jeg vil først beskrive internaliserende vansker generelt, som et bakteppe for den senere beskrivelsen av gutten som kom i terapi. Deretter vil jeg gjøre rede for affektbevissthetsperspektivet, før jeg presenterer teoretiske avsnitt om intersubjektivitet og terapi med barn. Noen perspektiv på endringsprosessen i terapi, samt foreldrearbeid, vil bli

grundigere beskrevet for å senere diskutere affektbevissthet i lys av disse. Så vil jeg presentere hvilke metoder som er anvendt for å besvare problemstillinga. Til slutt vil resultatene følge, inkludert beskrivelsen av terapiforløpet, før jeg diskuterer problemstillinga i lys av teori og data.

Internaliserende vansker

Psykiske lidelser hos barn og unge deles ofte inn i to hovedklasser, internaliserende og eksternaliserende vansker (Zahn-Waxler, Klimes-Doughan, & Slattery, 2000). Internaliserende vansker kjennetegnes ved innadrettede følelser og sinnsstemninger slik som sorg, skyld, frykt og bekymring, til forskjell fra eksternaliserende vansker som heller kjennetegnes ved dysregulert atferd som virker forstyrrende og plagsom for andre (Zahn-Waxler et al., 2000). Angstlidelser og affektive lidelser er de to hovedgruppene av internaliserende vansker (Zahn-Waxler et al., 2000). Ut fra et perspektiv på emosjoner, kjennetegnes internaliserende vansker ofte av problemer med å regulere emosjoner, eller et manglende samsvar mellom emosjonell opplevelse og emosjonelt uttrykk (Zahn-Waxler et al., 2000). Internaliserende vansker innebærer ikke kun forlengede og intense uttrykk av tristhet og engstelse, men også ofte et forsøk på å undertrykke og kontrollere negative emosjoner (Kovacs & Devlin, 1998).

Forekomsten av angstlidelser hos barn er estimert å være mellom 2.6 – 41.2 % basert på et litteratursøk gjort av Cartwright-Hatton, McNicol, og Doubleday (2006), mens Kovacs og Devlin (1998) mer spesifikt fant at 12-måneders prevalens i et utvalg 11-åringer var 7.5 %. For depressive lidelser hos barn og unge er det angitt en prevalens på 2 – 8 % (depresjon og dystymi; Zahn-Waxler et al., 2000) med økende prevalens for økende alder. Ifølge Zahn-Waxler et al. (2000) er komorbiditeten for angst og depressive lidelser hos barn på mellom 20-50 %, og noen studier viser en komorbiditet opp mot 70 % (Zahn-Waxler et al., 2000). Den store graden av komorbiditet støttes av atferds-genetisk forskning, som viser et delvis felles genetisk grunnlag for angst og depresjon (e.g. Eley & Stevenson, 1999). Angstlidelser i barne- og ungdomsårene kommer ofte til uttrykk før og predikerer senere depressive lidelser, heller enn omvendt (Zahn-Waxler et al., 2000).

En moderne forståelse av årsakene bak internaliserende vansker, i likhet med andre psykiske lidelser, tar utgangspunkt i en utviklingspsykopatologisk forståelse av etiologi (Rutter & Sroufe, 2000). Denne forståelsen bygger på kunnskap om at det skjer en utvikling over tid, at lidelser er skapt av et samspill mellom gener og miljø, og at psykopatologi eksisterer på et kontinuum mellom normalitet og abnormalitet (Rutter & Sroufe, 2000). Utvikling av angstlidelser blir teoretisk forstått på flere ulike måter (Zahn-Waxler et al., 2000). Psykodynamiske og relasjonelle teorier vektlegger barndomserfaringer og kvaliteten på relasjonen mellom omsorgsgiver og barn (Zahn-Waxler et al., 2000). Atferdsteorier har forstått angstlidelser som å kunne oppstå fra læring gjennom prosesser som betinging og modellæring (Zahn-Waxler et al., 2000). Kognitive teorier har blant annet fokusert på læring av forklaringsstiler ved fare (Zahn-Waxler et al., 2000). Angstlidelser er vist å ha en viss arvbar komponent (Zahn-Waxler et al., 2000). Studier viser at engstelse hos foreldre, et overbeskyttende samspill samt modellæring av fryktatferd nettopp ser ut til å ha en sammenheng med angstlidelser hos barn (Rapee, 2002). På et fysiologisk nivå gjenspeiles angstlidelser i en abnormal regulering av aktivering i det autonome nervesystem og HPA-aksen, noe som gir seg utslag i høyere hjerterate og høyere nivå av kortisol i blodet (Zahn-Waxler et al., 2000). Andre biologiske markører for angstlidelser er endret fungering hos signalstoffer i hjernen, forskjeller i aktivering av frontallappene, samt abnormaliteter i enkelte hjernestrukturer slik som amygdala (Zahn-Waxler et al., 2000).

Rapee (2002) framhever temperament som en betydelig risikofaktor for senere utvikling av angstlidelser. Typen temperament som ofte knyttes til angstlidelser er av ulike forskere kalt tilbaketrekning, beskjedenhet, inhibering, høy-reaktivitet, emosjonalitet, eller manglende «approach» (Kagan & Snidman, 1999; Rapee, 2002; Zahn-Waxler et al., 2000). Et inhibert og reaktivt temperament hos barn kjennetegnes ved redusert tilnæringsatferd til

fremmede, uro i nye situasjoner, færre smil og redusert samspill med andre, samt et behov for å bli ekstra «oppvarmet» i sosiale situasjoner (Rapee, 2002). Flere studier indikerer at et reaktivt temperament i sped- og småbarnsalder i noen grad predikerer senere angstlidelser (Hardee et al., 2013; Kagan, Snidman, Zentner, & Peterson, 1999). Zahn-Waxler et al. (2000) omtaler det inhiberte temperamentet som å være uttrykk for en lavere terskel for fysiologisk aktivering i barnet, sammenliknet med jevnaldrende. Individuelle forskjeller i temperament synes å være formet delvis av genetikk og delvis av miljøfaktorer (Emde et al., 1992). Studier av arvbarheten for et inhibert, reaktivt temperament tyder på at påvirkning fra miljøet er stor (Oosterlaan, 2001; Robinson, Kagan, Reznick, & Corley, 1992), slik at risikoen for at et tidlig observert reaktivt temperament utvikler seg til senere angstlidelser, kan være modifisert av hvilket miljø barnet lever i.

Depressive lidelser hos barn ble tidligere ikke antatt å kunne eksistere, på grunn av at man ikke trodde barn hadde utviklet evnen til å føle skyld og fortvilelse (Zahn-Waxler et al., 2000). Nå vet vi at de eksisterer, og også her synes gener å forklare en del av variansen (Zahn-Waxler et al., 2000). Psykodynamiske og relasjonelle teorier har forklart depresjon som å oppstå i forbindelse med ubearbeidede barndomsopplevelser og opplevelser av tap, skyld og høye standarder for en selv (Zahn-Waxler et al., 2000). Mindre varme og støtte fra foreldre, samt avvising, fiendtlighet og familiekonflikt er vist å ha sammenheng med depresjon hos barn og unge (Zahn-Waxler et al., 2000). Involvering i mobbing, enten som mobber eller mobbeoffer, er også funnet å kunne spille inn (Saluja et al., 2004). Atferdsteorier har forklart depresjon ut fra en lært hjelpeløshet, mens kognitive teorier har vært opptatt av hvordan attribusjonsstil og negative skjema kan henge sammen med depressive symptomer (Zahn-Waxler et al., 2000). Også for depressive lidelser synes hjerteraten å være påvirket, og hjernens signalstoffer fungerer abnormalt (Zahn-Waxler et al., 2000).

Affektbevissthet

Jeg vil her først kort presentere emosjonsreguleringsperspektivet, siden det overlapper med og kan belyse affektintegrering og affektbevissthet.

Emosjonsregulering. «Emosjon»¹ kan defineres som prosessen hvor en hendelses betydning registreres av en person, og hvor den opplevde betydningen av hendelsen avgjør en respons hos personen (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Emosjoner kategoriseres gjerne ut fra adaptive evolusjonære funksjoner og de fysiologiske systemene som er involvert (Ekman, 1992; Panksepp, 2005), og grad av intensitet eller «aktivering» står også sentralt i beskrivelsen av en emosjon (Sroufe, 1995). Emosjoners funksjon knyttes til overlevelse samt kommunikasjon med andre mennesker (Campos, Campos, & Barrett, 1989; Izard, 2009). «Emosjonsregulering» innebærer en modifisering av emosjonsresponsen (Campos et al., 2004), hvor intensitet og/eller varighet av emosjon reguleres (Gross, 2013).

Personer som kommer i terapi viser ofte en form for emosjonell dysregulering, hvor håndteringen av emosjonell aktivering ikke synes å skje på en hensiktsmessig måte (Derryberry & Rothbart, 1997; Jacobsen & Svendsen 2010b; Werner & Gross, 2010). En ugunstig håndtering av emosjon synes å kunne henge sammen med temperament og reaktivitet i nervesystemet, samt med evne til oppmerksomhetsregulering og andre kognitive prosesser (Beauchaine, 2001; Derryberry & Rothbart, 1997; Jacobsen & Svendsen 2010b; Thayer & Lane, 2000).

¹ «Emosjon», «affekt» og «følelse» er begrep som kan brukes forskjellig og om hverandre (Johnsen & Torsteinsson, 2000). Jeg vil i denne oppgaven ikke behandle begrepene som strengt atskilte betydninger, men anerkjenner at «affekt» i stor grad handler om biologiske mønstre, mens «følelse» viser til den subjektive kvaliteten ved opplevelser, slik Johnsen og Torsteinsson (2000) oppsummerer det.

Utvikling av evnen til adekvat emosjonsregulering ser ut til å forutsette en relasjon hvor barnet kan søke trygghet (Greenberg, 1999; Schore, 2014; Sroufe, 1995). En optimal utvikling synes å være at omsorgsgiveren støtter barnet, toner seg inn på de ulike følelsesuttrykkene det kommuniserer, og derigjennom hjelper barnet med regulering av aktiveringstilstander i tidlig alder (Stern, 1998; Tronick, 1989). Etter hvert vil barnet gradvis lære å regulere seg selv (Sameroff & Fiese, 2000). Et spesifikt forhold ved omsorgsgiveren som kan påvirke barnet i retning av mer dysregulerte emosjoner, er den voksnes egne ubearbeidede traumatiske erfaringer (e.g. Hesse & Main, 1999).

Affektintegrering. Integrering av affekt, atferd og kognisjon synes å være et sentralt område for terapeutisk endring i mange terapiformer (Solbakken et al., 2011). «Integrering» kan her forstås som å omfatte regulering av emosjoner (Gross, 1998; Solbakken et al., 2011; Taarvig, Solbakken, Grova, & Monsen, 2014). Jacobsen (2010) beskriver hvordan emosjonsregulering innebærer at kraften i emosjonen integreres med kognisjon og blir forståelig, slik at emosjonell aktivering kan styre atferd på en mer hensiktsmessig måte. Mens emosjonsregulering ofte brukes om prosessene hvor affektene *i seg selv* blir regulert, omhandler affektintegrering i tillegg til dette også hvordan affekter regulerer *andre* funksjonsområder, slik som affekters styring av beslutningstaking og atferd (Taarvig et al., 2014). For at dette skal kunne skje, forutsettes en evne til å erkjenne egne følelser kognitivt (Monsen & Solbakken, 2013), og oppmerksomhet blir derfor en viktig komponent i affektintegrering. Affektintegrering handler derfor i stor grad om regulering av emosjoner samt hvordan personen retter sin oppmerksomhet, to prosesser som synes sentrale i barns utvikling (Jacobsen & Svendsen 2010a; Thayer & Lane, 2000).

Flere sammenlikner affektintegrering med «mentalisering» (Mohaupt, Holgersen, Binder, & Nielsen, 2006; Solbakken et al., 2011). Fonagy og Target (1998) beskriver «mentalisering» som å innebære en evne til å tilskrive og forstå mentale tilstander både hos seg selv og andre. Affektintegrering skiller seg fra mentalisering gjennom et renere fokus på affekter og deres natur, rolle og funksjon (Solbakken et al., 2011). Mentalisering handler mer om attribusjon, hvor affekter kun utgjør én av flere mentale tilstander som kan attribueres (Solbakken et al., 2011). Både affektintegrering og mentalisering omhandler imidlertid hvordan mennesker forstår og forholder seg til affektene sine (Solbakken et al., 2011).

Affektintegreringsbegrepet og den tilhørende behandlingsmodellen affektbevissthetsterapi (Monsen & Solbakken, 2013) bygger på flere teoretiske perspektiver. Sentral litteratur er Carroll Izards differensielle emosjonsteori, Silvan Tomkins affekt- og scriptteori, arbeidene til selvspsykologene Robert Stolorow, Bernard Brandchaft og George Atwood, samt Daniel Stern sin litteratur (Monsen et al., 1996; Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken et al., 2011). Izard peker på at emosjoner synes å være formet av evolusjon og nevrobiologisk utvikling, og at de oftest tjener en adaptiv funksjon (Izard, 2009). Både Izard og Tomkins vektlegger hvordan affekter er det primære motivasjonelle systemet hos mennesket, og Tomkins betoner hvordan affektene forsterker opplevelsene våre (Izard, 2009; Tomkins, 1984). Izard mener emosjonene interesse, glede, tristhet, sinne, avsky og frykt er de grunnleggende emosjonene (Izard, 2009), mens Tomkins mener det finnes hele ni grunnleggende emosjoner, hvor han legger overraskelse, skam/ydmykhet, og forakt til Izards liste (Tomkins, 1984). Stolorow, Brandchaft, og Atwood (1995) samt Stern (1998) fokuserer på hvordan selvet er det som organiserer våre opplevelser, og hvordan affektene er viktige i denne organiseringa. Stolorow et al. (1995) hevder videre at affekter tjener en viktig funksjon som signaler overfor en selv. Monsen (1997) forstår den ovennevnte litteraturen som å til

sammen implisere at en integrering av affektive opplevelser med kognitive prosesser bør være et mål i terapi.

Studier tyder på at grad av affektintegrering har sterk sammenheng med flere mål på psykisk helse (Monsen & Solbakken, 2013; Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland, & Wilberg, 2013), slik som symptomtrykk, relasjonelle vansker og selvbildeproblematikk. Forutsatt at terapi hjelper mennesker til en bedre psykisk helse, er det derfor interessant hvorvidt affektintegrering og affektbevissthet er en faktor som kan forklare en slik utvikling i terapi.

Affektbevissthet. «Affektbevissthet» er en måte å operasjonalisere affektintegrering på (Solbakken et al., 2011; Taarvig et al., 2014). Begrepet ble utviklet som del av en utfallsstudie av klienter med personlighetsforstyrrelser, og begrepet beskriver ulike aspekter av affektintegrering (Solbakken et al., 2011). «Affektbevissthet» er definert som personens kapasitet til å bevisst oppleve og oppfatte, tolerere, reflektere over, samt uttrykke språklig og ikke-språklig, opplevelser av emosjonell aktivering (Solbakken et al., 2011; Taarvig et al., 2014). Disse fire aspektene av affektbevissthet er operasjonalisert som grader av «opplevelse» («awareness»), «toleranse» («tolerance»), «begrepsmessig uttrykk» («conceptual/verbal expressivity») og «emosjonelt uttrykk» («emotional/nonverbal expressivity») (Taarvig et al., 2014). Slik beskriver begrepet både hvordan personen opplever og uttrykker egne affekter. Opplevelsesaspektet («awareness») handler om hvorvidt personens oppmerksomhet og bevissthet er rettet mot kroppslige og mentale affektoplevelser (Monsen et al., 1996; Solbakken et al., 2011). Toleranseaspektet («tolerance») omfatter både hvordan personen opplever at den følelsesmessige aktiveringa virker på seg, hvordan personen håndterer denne

aktiveringa, samt hvorvidt personen evner å dra nytte av signalfunksjonen i aktiveringa slik at affekten blir benyttet som meningsfull informasjon om verden, en selv og andre (Monsen & Solbakken, 2013; Taarvig et al., 2014).

Affektbevissthetsmodellen hevder at endring skjer når de grunnleggende organiserende prinsippene for maladaptive affektprosesser endres, gjennom repetisjon og automatisering av mer adaptive måter å håndtere affekt på, og en økt affektbevissthet (Solbakken et al., 2011). Affektbevissthetsbegrepet har gjennom en rekke studier vist begrepsvaliditet (Solbakken et al., 2011). For eksempel viste Holmqvist (2008) at en gruppe ungdomsforbrytere med høye skårer på psykopati viste lave skårer på affektbevissthet for affekten skam. For å måle affektbevissthet er det utviklet et intervju som undersøker de fire ulike aspektene opplevelse, toleranse, emosjonelt uttrykk og begrepsmessig uttrykk (Monsen, Taarvig, & Solbakken, 2013).

Intersubjektivitet

Menneskebarnet har en medfødt evne til å være interessert i andre mennesker, og behovet for å høre til i relasjoner til andre er en gjennomgripende motivasjon allerede fra helt tidlig av i livet (Baumeister & Leary, 1995; Braarud, 2010; Trevarthen & Aitken, 2001). Det tidlige samspillet mellom spedbarn og omsorgsgivere viser stor grad av gjensidig utveksling – spedbarnet er interessert i den andre og bidrar aktivt i utvekslingen av kommunikasjon gjennom ansiktsmimikk, bevegelser og oppmerksomhet (Braarud, 2010; Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978). Denne aktive kommunikasjonen skjer allerede fra tomånedersalderen av (Braarud, 2010). Samspillet omfatter en dyadisk og gjensidig regulering av oppmerksomhet og aktivering, noe som innebærer at både barnet og omsorgsgiveren sin kommunikasjon påvirker den andres atferd og emosjonelle opplevelse (Tronick, 1989).

«Speilnevroner» i hjernen ser ut til å være en mulig biologisk forklaring på menneskets evne til å sette seg inn i andre menneskers sinn (Gallese, 2003; Rizzolatti & Craighero, 2004). Det å dele oppmerksomhet med en annen om indre tilstander og opplevelser, har av flere blitt betegnet som «intersubjektivitet» (Beebe, Knoblauch, Rustin, & Sorter, 2003; Gallese, 2003; Stern, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001). Trevarthen og Aitken (2001) argumenterer for hvordan spedbarnet synes å ha en medfødt evne til å knytte kontakt med omsorgsgiveren. Stern (1998) sin teori om utvikling av en selvorganisering plasserer intersubjektivitet mellom barn og omsorgsgiver som en viktig drivkraft i barnets tidlige utvikling. Stern (1998) hevder med bakgrunn i utviklingspsykologisk grunnforskning at barnet mot slutten av første leveår blir i stand til å organisere sin opplevelse av seg selv og verden på en ny måte – nemlig ut fra en ny bevissthet om at ulike mennesker kan ha ulike

opplevelser. Det som her står på spill, er hvorvidt barnet vil oppleve at omverdenen forstår og anerkjenner dets ulike indre opplevelser, og om det slik vil lære å kunne dele sin subjektive opplevelsesverden med andre, eller om enkelte følelser og opplevelser blir holdt skjult i ensomhet (Stern, 1998).

Innenfor Sterns modell for selvutvikling ses relasjonelle erfaringer som å henge tett sammen med hvordan selvet organiseres (Stern, 1998). Utviklingen av et subjektivt selv finner sted fra omkring slutten av barnets første leveår (Stern, 1998). Stern viser til kunnskap om at barn i denne perioden begynner å evne å dele et ytre oppmerksomhetsfokus med andre, og senere også en felles oppmerksomhet om barnets ulike indre opplevelser: intensjoner, barnets oppmerksomhetsfokus, samt affekter (se også Trevarthen & Aitken, 2001). På denne måten begynner barnet å forme representasjoner av mentale fenomener i seg selv og andre, som et resultat av den nye samværsformen. Gjennom omsorgsgiverens inntonning til barnets affekter, kan barnet oppleve at indre tilstander kan forstås av andre – denne måten som omsorgsgiveren kommuniserer på, kaller Stern «affektinntoning» (Stern, 1998). Det er nettopp denne resonansen av barnets affektive tilstand i omsorgsgiveren som bekrefter barnets indre verden.

Affektinntoninga må ifølge Stern være kryssmodal, det vil si at den må være noe mer enn ren imitasjon av barnets ytre observerbare atferd (Stern, 1998). Mer spesifikt må aspekter ved omsorgsgiverens inntonede respons matche barnets atferd via ulike sansemodaliteter, slik at barnet kan skjønne at omsorgsgiveren har fanget opp kvaliteter ved barnets indre tilstand som ligger *bak* den ytre atferden. Dette kan for eksempel skje gjennom at barnets omsorgsgiver lager lyder som matcher intensiteten eller rytmen i barnets bevegelser når det

strekker seg etter en leke eller liknende. Ifølge Stern er det både kategoriske følelser slik som glede og tristhet men også «vitalitetsformer» slik som fornemmelser av intensitet, rytme og form, som inntones til (Stern, 1998). Dersom omsorgsgiveren av ulike grunner ikke toner seg inn på og bekrefter barnets affektive opplevelser, kan barnet risikere å utvikle en selvopplevelse hvor enkelte eller flere affektive opplevelser forblir udelt og mindre bevisst i barnets selvopplevelse. For eksempel kan det bli vanskelig for barnet å erkjenne egne følelser av sinne dersom omsorgsgiveren gir barnet lite oppmerksomhet og bekreftelse når det uttrykker denne affekten, og barnet vil lære at å uttrykke sinne ikke vil lede til kontakt og deling av oppmerksomhet på samme måte som andre affekter. Stern (1998) kaller dette «selektiv inntoning» fra omsorgsgiveren, og hevder at det er en av de mest betydningsfulle måtene som omsorgsgiveren er med og former barnets opplevelse av seg selv og andre på.

Over tid hevder Stern at barnet vil forme representasjoner av samspill og intersubjektivitet i spesifikke situasjoner med omsorgsgivere (Stern, 1998). Dette har sammenheng med det Stern kaller en «evoked companion», altså om barnet evner å selv framkalle fornemmelsen av en regulerende omsorgsgiver også når det er alene (Stern, 1998). På denne måten ser Stern selvet og personligheten som å formes gjennom tidlige relasjonelle erfaringer, blant annet gjennom omsorgsgiveres evne til å opprette en delt oppmerksomhet omkring barnets indre opplevelser via affektinntoning (Johnsen, Sundet, & Torsteinsson, 2000; Stern, 1998; Urnes, 1997). Representasjoner av det tidlige samspillet ses som å binde tidlige erfaringer til risiko for senere psykopatologi (Fonagy & Target, 2002; Stern, 1998).

Barn i terapi

Behandling av psykiske lidelser hos barn er funnet å ha effekt (Kazdin, 2007); metaanalyser av strukturerte behandlingsformer viser effektstørrelser på omkring 0.5 – 0.7 (Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995), men samtidig viser enkelte studier av terapiformer slik de tilbys i klinikken svært lave effekter (e.g. Weiss, Catron, Harris, & Phung, 1999). Det er derfor et behov for flere studier som søker å avdekke effekten av ulike terapitilnæringer. Det synes uansett å være ei utvikling i retning av å ønske å integrere utviklingspsykologisk grunnforskning i utformingen av barneterapi (Jacobsen & Svendsen 2010b; Johnsen et al., 2000; Shirk & Russell, 1996; Stern, 1998).

Å skape en arbeidsallianse i terapi med voksne har vært gjenstand for mye forskning, der flere peker på at alliansen og det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient er ei viktig forutsetning for en effekt av terapien (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Barley, 2001; Messer & Wampold, 2002). I terapi med barn hevdes det at det emosjonelle båndet mellom klienten og terapeuten ikke bare predikerer effekten av terapi, men at dette også *er* terapien eller en terapeutisk teknikk (Shirk & Russell, 1996; Shirk & Saiz, 1992; Svendsen, 2007). En arbeidsallianse med barn der det kan oppleve enighet om mål og terapeutiske oppgaver samt et emosjonelt bånd (Bordin, 1979, sin definisjon av arbeidsallianse), skapes gjennom å ta utgangspunkt i barnets uttrykksmåte, formulere et fokus for terapien som barnet og foreldrene kan forstå, samt sørge for at barnet involveres og opplever mening rundt de terapeutiske oppgavene (Svendsen, 2007). For å utvikle et emosjonelt bånd mellom barnet og terapeuten, peker Svendsen (2007) på at terapeuten må delta på barnets premisser, og at utviklingsfremmende prosesser slik som delt oppmerksomhet og en regulering av samspillet ut fra barnets affektive signaler, blir viktige. På denne måten

blir intersubjektivitet og inntoning på barnets indre opplevelsesverden et hovedanliggende i prosessen med å skape en terapeutisk allianse.

Lek i terapien. Lek benyttes ofte som et terapeutisk virkemiddel i barneterapi (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005; Haavind, 1996). Russ (2004) og Johns og Svendsen (2012) peker på at lek er barnets naturlige måte å uttrykke seg på, og en arena hvor barnet lettere kan uttrykke og regulere følelser. Bratton et al. (2005) fant en samlet effektstørrelse på 0.8 for terapiintervensjoner som benytter lek, noe som tyder på at lek er et nyttig virkemiddel for å hjelpe barn. Russ (2004) oppsummerer mulige forklaringer på hvorfor lek synes å hjelpe barn i terapi. Barn kommuniserer lettere med terapeuten via lek enn ord, hevder Russ (2004), og siden barn lettere uttrykker følelser gjennom leken blir dette en mulighet for terapeuten til å hjelpe barnet med å sette ord på, bekrefte og å forstå barnets følelser. Mohaupt et al. (2006) framhever hvordan barn synes å lettere eksternalisere følelsene sine i leken, og at dette gjør det enklere for dem å forme representasjoner av følelser. Siden lek er ustrukturert og innebærer et redusert fokus på den verbale samtalen, trer den affektive kommunikasjonen tydeligere fram, og dette legger forholdene til rette for intersubjektiv relatering mellom barnet og terapeuten (Johns & Svendsen, 2012). Leken blir dessuten en arena for informasjon om barnets opplevelser og uttrykk, som terapeuten både kan benytte i egen forståelse av barnet, men også for å hjelpe foreldrene med å styrke forståelsen av barnet sitt (Wilson & Ryan, 2005).

TIB. Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB; Johns & Svendsen, 2015) er en psykodynamisk orientert terapiform kjennetegnet ved et utviklingspsykologisk forståelsesgrunnlag og et ønske om hjelpe barnet inn på sitt utviklingsspor igjen, framfor

symptomlette alene. Gjennom utgangspunkt i spedbarnsforskning, Sterns selvutviklingsteori, kunnskap om emosjonsregulering samt en utviklingspsykopatologisk forståelse, søker TIB å hjelpe barnet ved å opprette intersubjektiv deling i terapien og stimulere utviklingsprosesser som har stoppet opp hos barnet (Johns & Svendsen, 2012, 2015). TIB er særlig kjennetegnet ved at det formuleres et utviklingsrettet terapifokus ut fra barnets språk, at terapien har en tydelig tidsavgrensning, og at det foregår et parallelt foreldrearbeid. I terapien tegner barnet i en selvlagd kalender på slutten av hver time, for at barnet bedre skal kunne ha oversikt over tidsavgrensningen samt for å understreke betydningen av barnets eget uttrykk i terapien (Johns & Svendsen, 2015). Formuleringen av et terapifokus med barnets ord sikter mot å øke barnets involvering i terapiprosessen, samt å legge vekt på utvikling, muligheter og ressurser hos barnet – eksempler på slike fokusformuleringer kan være «Vi skal bli bedre kjent med kreftene dine» eller «Vi skal bli kjent med hvordan det er å være deg som er akkurat 10 år» (Johns & Svendsen, 2015). Haugvik (2012) intervjuet foreldre etter terapiforløp med TIB, og de rapporterte om positive endringer hos barnet og hos familien som helhet.

Endringsprosesser

Shirk og Russell (1996) viser til både interpersonlige, emosjonelle og kognitive endringsprosesser i barneterapi. Selv om det eksisterer mange teorier som forklarer terapeutisk endring, mangler det tydelig evidens for *hvorfor* psykoterapi med barn har en effekt (Kazdin & Nock, 2003). Et mulig hinder for dette er at effekt av terapi i dag ofte blir evaluert ut fra symptomfokuserede måleinstrumenter, kombinert med administrering av antatt diagnosespesifikke behandlingsmetoder (Jacobsen & Svendsen 2010b; Smerud, 2012). På denne måten risikerer man at alle innen én diagnosekategori forstås som å behøve omtrent lik behandling, og hensynet til barnets individuelle utviklingshistorie kan mistes av syne som en

forklaring på hva som bidro til å hjelpe barnet. TIB (Johns & Svendsen, 2015) baserer seg på kunnskap om barns utvikling og betydningen av grunnfunksjoner som emosjonsregulering og oppmerksomhet, og dette fører til et naturlig fokus på intersubjektivitet i terapien samt en betoning av barnets forhold til og bevissthet om eget indre følelsesliv (Johns & Svendsen, 2012, 2015). Innen denne terapimetoden blir det derfor sentralt å forsøke å forstå endring i lys av intersubjektive prosesser med inntoning til barnets subjektive opplevelser, samt mer verbale prosesser som styrker barnets oppmerksomhet til og bevissthet om egne affekter.

Endring i implisitt og relasjonell viten. At terapi fører til en endring hos klienten har lenge vært forklart gjennom terapeutens bevisstgjøring av klientens ubevisste, og en resulterende innsikt hos klienten (Stern et al., 1998). Likevel har flere beskjeftiget seg med å forklare også andre endringsprosesser som synes å innebære noe *mer* enn bare fortolkning (Stern et al., 1998). Tronick et al. (1998) beskriver hvordan kunnskap om samspill mellom spedbarn og omsorgsgiver har ført til nye ideer om hvordan endring skjer i terapi. Gjennom forståelsen av spedbarn og omsorgsgiver som dyadiske systemer som regulerer og påvirker hverandre, og øyeblikk i samspillet kjennetegnet ved manglende synkronisering og påfølgende reparasjoner eller mangler på reparasjoner, synes spedbarnet å formes av omsorgsgiverens responsivitet i den tidlige førspråklige utviklingsfasen (Tronick et al., 1998). Hvorvidt barnet erfarer reparasjoner eller ikke av brudd i samspillet, har betydning for utviklinga i barnets implisitte, relasjonelle viten (e.g. Lyons-Ruth, 1999), om «måter å være sammen med en annen» på (Stern, 1998), i motsetning til en utvikling i kognitiv, deklarativ kunnskap, slik som gjennom «innsikt» i terapi (Fonagy, 1998). Det synes å være grunnlag for å hevde at en slik utviklingsprosess av «måter å være sammen på» kan være ansvarlig for endring i terapi, akkurat som det forklarer utvikling hos sped- og småbarn (Stern et al., 1998).

På samme måte som at omsorgsgiveren støtter barnet i en sittende stilling når det enda ikke kan gå, og slik frigjør kapasitet i barnet til å bruke hendene til gestikulerende kommunikasjon – på samme måte mener Tronick et al. (1998) at omsorgsgiveren utvider spedbarnets bevissthetstilstand gjennom å hjelpe det med å regulere affekter, såkalt «emosjonell scaffolding». Dette fenomenet overlapper med det tidligere omtalte «intersubjektivitet», men også med «inntoning» og «synkronitet» (Tronick et al., 1998). Et eksempel på en konsekvens av manglende responsivitet til barnets affekter og indre tilstander kan være at et barn av en deprimert mor overtar og preges av mors negative affekt, for å kunne oppleve den synkroniteten og intersubjektiviteten som det er motivert til å søke (Tronick et al., 1998).

Stern (1998) og Fonagy (1998) beskriver terapi som å bestå av affektladete, uplanlagte og annerledes «nå-øyeblikk», som kan bli til intersubjektive «møte-øyeblikk» gjennom at partene erkjenner øyeblikket og at terapeuten går ut over teori og teknikk og heller stoler på sin sensitivitet og erfaring. Fonagy (1998) sammenlikner denne modellen for endring av implisitt relasjonell viten, med studier av hvor viktig det er å håndtere alliansebrudd i terapi (e.g. Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990), og peker på at «nå-øyeblikk» ofte oppstår i terapi med barn. Relasjonen mellom terapeut og barn, og utvidelser av barnets bevissthetstilstand gjennom terapeutens regulering av barnets oppmerksomhet, er nettopp sentralt i terapimetoden TIB (Johns & Svendsen, 2015). Intersubjektivitet får en hovedrolle i terapien, både som forståelse for barnets utviklingshistorie og tidlige samspill med omsorgsgivere, men også som forståelse av hvordan endring kan skje i terapien med barnet (Johns & Svendsen, 2012, 2015). En måte som terapeuten bidrar til denne endringen på, er gjennom en inntoning til de affektene som barnet selv ikke synes å vie særlig oppmerksomhet i sin selvopplevelse (Beebe et al., 2003; Johns & Svendsen, 2012).

Kognitive endringsprosesser og mentalisering. Et tema som stadig er aktuelt i terapi med barn og unge, er forholdet mellom deres emosjonelle og kognitive utvikling, og hvorvidt barnet evner å sette ord på og forstå egne og andres emosjoner (Jacobsen, 2010; Svendsen & Jacobsen, 2013). Hoffart og Svendsen (2013) peker på at når ens emosjonelle aktivering er forvirrende og overveldende, vil det være vanskeligere å regulere oppmerksomhet, atferd og emosjonsuttrykk. Shirk og Russell (1996) beskriver et klinisk fenomen, hvor det at barnet opplever en økt tilgang på sine affekter gjennom terapi, kan hemme barnets *forståelse* for den emosjonelle opplevelsens mening. De viser til en mulig terapeutisk «løsning» på dette dilemmaet, hvor terapeuten først hjelper barnet med å rette oppmerksomhet til følelsen, for deretter å benevne følelsen og til sist reflektere rundt hva den kan bety (Monsen, 1997; Shirk & Russell, 1996). På denne måten hjelper terapeuten barnet med å knytte kognitive prosesser for meningsdannelse og forståelse til den emosjonelle aktiveringen det opplever (Svendsen & Jacobsen, 2013). Slik kan barnet etter hvert bli i stand til å regulere sine egne følelser bedre og å styre oppmerksomheten mer fleksibelt mellom indre signaler og ytre hendelser (Svendsen & Jacobsen, 2013).

Prosessen med å forstå egne følelser synes å være en form for «mentalisering», siden det handler om å tilskrive mentale tilstander til seg selv og andre, og dermed gjøre seg selv og andre mer forståelig (Fonagy & Target, 1998). Mentalisering synes å være så essensielt for mellommenneskelig fungering og psykisk helse at det er utviklet en egen behandlingsform for voksne med personlighetsforstyrrelser hvor styrking av mentalisering er hovedfokus (Bateman & Fonagy, 2004). Det er påvist at behandling med fokus på mentaliseringsevne har bedre effekt på blant annet suicidalitet og global fungering enn enkelte andre typer behandling (Bateman & Fonagy, 2008), og det synes dermed som at endring i terapi kan skje gjennom at en på denne måten blir hjulpet til å bedre forstå egne indre opplevelser.

Foreldrearbeid

Mange hevder at det å jobbe parallelt med foreldre gjør at barnet får et større utbytte av terapi (Johns & Svendsen, 2012; Novick & Novick, 2000; Novick & Novick, 2005; Rosén, 2013; Tsiantis, 2000; Wilson & Ryan, 2001). Dette reflekteres også i studier, som viser at involvering av foreldre i barnets terapiprosess har positive effekter for barnet (Haugvik, 2012; Mendlowitz et al., 1999). Det har lenge manglet tydelige modeller for hvordan parallelle foreldresamtaler best kan hjelpe barnet (Novick & Novick, 2005; Rosén, 2013). Sutton (2002) beskriver hvordan terapeutens økte forståelse av barnet underveis i terapien kan bidra til å hjelpe foreldre med å forstå barnet sitt og å dermed styrke omsorgen for barnet. Novick og Novick (2000) hevder i likhet med dette at foreldrenes nye forståelse av barnet sitt bør være sentralt i foreldrearbeidet.

Haugvik (2012) sin kvalitative studie av tre barneterapiforløp med parallelle foreldresamtaler illustrerer nettopp dette; Haugvik fant at ett av temaene fra foreldresamtalene var hvordan foreldrenes forståelse av barnets uttrykk forandret seg. Gjennom at terapeuten sammen med foreldrene både gav forklaringer og bidro til reflekterende samtaler om barnas subjektive opplevelser, tanker og følelser, formidlet foreldrene at de fikk en økt forståelse av barnas situasjon og hva de forsøkte å uttrykke gjennom atferd (Haugvik, 2012).

Hafstad og Øvreeide (2011) formidler erfaringer av at samtaler hvor både foreldre og barn er til stede samtidig i terapien, bidrar til å styrke foreldrenes forståelse for «det indre barnet», altså en forståelse av barnets tanker, følelser og opplevelser.

Metode

Datamaterialet som er benyttet i denne oppgaven er en beskrivelse av et terapiforløp, målinger av affektbevissthet før og etter terapien, samt ulike former for rapportering fra foreldrene. Kasusbeskrivelsen er laget med bakgrunn i videoopptak, journalnotater og personlige notater fra terapien. Affektbevissthet ble målt ved hjelp av affektbevissthetsintervjuet (Monsen et al., 2013). Foreldrerapporteringen består av symptomrapportering gjennom Child Behavior Check List (CBCL), samt muntlig rapportering om gutten fra foreldrene. Samtykke til videoopptak ble innhentet fra foreldre før oppstart av terapien. Dataene fra terapien ble oppbevart konfidensielt, og beskrivelsen av terapiforløpet som gjengis her er endret noe for å sikre anonymitet. Oppgaven inngår i et større forskningsprosjekt som har blitt godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Metodologi

Siden jeg i denne oppgaven vil undersøke hvilke mekanismer som kan ligge til grunn for den endringa som ble observert hos en gutt og foreldrene hans, har jeg anvendt en kasuistisk metodikk som vitenskapelig metode, for å kunne svare på typen problemstilling jeg har valgt (McLeod, 2001b). Kasusstudier har andre styrker og svakheter enn for eksempel rene kvantitative studier med gruppedesign (Zahn-Waxler et al., 2000), og mange har kritisert kasusstudier for å bidra med begrenset kunnskap sammenliknet med andre forskningsdesign innen psykologi (e.g. Flyvbjerg, 2006). McLeod (2011) argumenterer imidlertid for at kasusstudier innen psykoterapifeltet er nødvendig for å bygge en evidensbank og bygge teori. Flyvbjerg (2006) har også møtt kritikken mot kasusstudier og argumentert for at deres validitet som kunnskap ikke er svekket. Kasusstudienes styrker er deres kompleksitet i

observasjoner, muligheten til å dokumentere endringsprosesser slik de utspiller seg over tid, rom for å inkludere vurderinger av kontekstuelle faktorer, samt deres narrative natur som gjør dem spesielt nyttige for klinikere som bruker kunnskapen i praksis (McLeod, 2011). Det vil imidlertid være en styrke dersom kasusstudier benytter seg av metodetriangulering, gjennom å inkludere flere informasjonskilder som kan belyse tolkningene i den kvalitative analysen (McLeod, 2011). I denne oppgaven vil jeg søke å gjøre nettopp dette for å styrke analysens validitet. Jeg vil inkludere kvantitative mål foretatt før og etter behandling, informasjon fra klientens foreldre, samt informasjon fra andre medarbeidere i forskningsprosjektet.

Kasusstudier blir foretatt på mange ulike måter (McLeod, 2011), og studenters metodevalg er ofte påvirket av veilederens erfaring og preferanser (McLeod, 2001a). Min analyseprosess har blitt ledet av en nysgjerrighet for visse fenomener i terapi, og den har derfor vekslet mellom studier av datagrunnlaget og litteratursøk med bakgrunn i de fenomener jeg har observert i dataene. Som en hovedsakelig kvalitativ metodikk, vil jeg betone styrken i at oppgavebesvarelsen er rikt beskrivende og derfor viser enkelte terapeutintervensjoner i detalj (McLeod, 2011). Særlig relevant for problemstillinga mi er det faktum at den kvalitative metoden gir mulighet til å studere *prosessen* i terapi, og hvordan den forholder seg til målinger av terapiens effekt (Kazdin, 2007).

Datainnsamling

Kasusbeskrivelse

Dataene for den kvalitative analysen ble innhentet gjennom videoopptak, journalnotater samt personlige notater. Behandlingen fant sted på Psykologiske Poliklinikker for barn og unge, NTNU. Terapimetoden som ble benyttet var «Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge» (TIB; Johns & Svendsen, 2015). Terapeuten var student, og mottok

veiledning av en psykolog samt tre medstudenter som alle fulgte terapien. Dataene bestod av innledende anamnesesamtale, tre innledende møter med barnet (en «klinisk psykologisk undersøkelse»), en samtale med deling av terapifokus, ti timer mellom terapeuten og barnet, to foreldresamtaler mellom foreldre og egen foreldreterapeut, samt en avsluttende familiesamtale med begge terapeutene. Behandlingen ble gjennomført med utgangspunkt i terapimanualen for TIB (Johns & Svendsen, 2015).

Affektbevissthetsintervju

Affektbevissthetsintervjuet ble benyttet før og etter terapien, og er en egen versjon av intervjuet tilpasset barn (Monsen et al., 2013). Denne har tidligere blitt utprøvd i en pilotstudie med 10 år gamle ikke-henviste barn, og senere i en klinisk studie av 11 år gamle barn (Monsen et al., 2013; Taarvig et al., 2014). Intervjuet ble da funnet å ha en tilfredsstillende interraterreliabilitet ($ICC = .92$ for den totale affektbevissthets-skåren; Taarvig et al., 2014). I tillegg viste intervjuet god begrepsvaliditet, gjennom korrelasjoner med mål på sosial kompetanse, verbal IQ og depresjon (Taarvig et al., 2014). Intervjuet er semistrukturert og undersøker affektbevissthet for hver av elleve ulike affekter: interesse, glede/behag, frykt/panikk, sinne/raseri, avsky, forakt, skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalousi, skyld/anger og ømhet/hengivenhet. De fire ulike aspektene opplevelse, toleranse, begrepsmessig og emosjonelt uttrykk, undersøkes for hver av de elleve affektene.

Barneversjonen av affektbevissthetsintervjuet ble gjennomført og skåret av en psykolog med god erfaring med intervjuet.

Foreldrerapportering

Child Behavior Check List ble benyttet før og etter terapien (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). CBCL er vist å være et valid mål for å skille mellom barn som har eller ikke har psykiske lidelser, i Norge (Nøvik, 1999). I tillegg ble enkelte muntlige utsagn fra foreldrene inkludert i resultatene og diskusjonen.

Resultater

For å presentere de ulike informasjonskildene på en mest mulig ryddig måte, blir beskrivelsen av terapiforløpet presentert først, og deretter dataene for affektbevissthetsintervju og CBCL/annen foreldrerapportering. Underveis i terapien ble imidlertid informasjon fra affektbevissthetsintervju og foreldrerapportering benyttet i forståelsen av gutten. Leseren bes derfor om å kunne hoppe til avsnittene for affektbevissthetsintervju og foreldrerapportering lengre bak, for utfyllende informasjon om disse under lesningen av kasusbeskrivelsen.

Det anerkjennes at den kvalitative forskningsprosessen innebærer en viss grad av tolkning allerede ved beskrivelsen av terapiforløpet (Langdridge, 2006). Kasusbeskrivelsen kan i så måte betraktes som et «resultat» av forskerens subjektive fortolkningsprosess, og den senere diskusjonen forstås derfor mer som en *videreføring* av tolkningsprosessen påbegynt i kasusbeskrivelsen, enn som en fortolkning helt separat fra beskrivelsen som følger under.

Kasusbeskrivelse

Vidar på ti år ble henvist universitetsklinikken og forskningsprosjektet for internaliserende vansker. I henvisningen fra barne- og familietjenesten ble han beskrevet som en følsom gutt, som var usikker og sårbar og samtidig redd for å vise egen usikkerhet. Han spilte ofte bajas i klassen, noe henvisende instans mente var et forsøk på å skjule at han var nettopp engstelig og opplevde seg sårbar. Vidar kunne havne i konflikter på skolen, hvor han hang seg opp i hva andre hadde sagt eller gjort for lenge siden. Det var opprettet mobbesak på skolen, da Vidar hadde vært utsatt for slag og spark fra enkelte medelever på skolen og i fritida. Ellers var Vidar generelt godt likt av mange jevnaldrende, og drev med idrett på

fritida. Det stod også at han var en svært kunnskapsrik gutt. Han var enebarn, likte godt å tegne, og var særlig opptatt av å tegne krig, våpen og blod.

Anamnese

Foreldrene fortalte i anamnesesamtalen at Vidar alltid hadde vært et følsomt, engstelig og nærtakende barn. De fortalte at han var veldig opptatt av krig hjemme. Far var også interessert i krig og likte å dele denne interessen med sønnen, men uttrykte at han følte seg hjelpeløs overfor Vidars ville krigslek og blodige tegninger. Det kom også fram at far så mye av seg selv i sønnen sin; som barn hadde far selv vært en «grubler» sa han, men han formidlet at han helst ikke ville snakke om fortida si. Han sa imidlertid at han var bekymret for at Vidar skulle bli plaget slik han selv hadde blitt som barn. Far var også bekymret for hvordan Vidars engstelse skulle utvikle seg framover, og nevnte «psykiatrisk pasient» som et fryktet scenario. Mor var også bekymret for sønnen, men ikke i så stor grad som far.

Kasusformulering

Under følger en kasusformulering for Vidars utvikling av vansker, ut fra biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og hvorvidt de forstås som predisponerende, utløsende, opprettholdende eller beskyttende (Shirk & Russell, 1996; Smerud, 2012; Winters, Hanson, & Stoyanova, 2007).

Tabell 1. Forståelse av biopsykososiale faktorer i utviklingen av Vidars vansker.

<i>Individuelle og systemiske faktorer</i>	<i>Biologiske</i>	<i>Psykologiske</i>	<i>Sosiale</i>
<i>Predisponerende (sårbarhet)</i>	Reaktivt/ inhibert temperament som spedbarn Engstelse i familien – far, farfar og oldemor Sen språklig og motorisk utvikling i småbarnsperiode		Far bekymret over å se egne vansker hos sønnen Fars ubearbeidede fortid og egen engstelse
<i>Utløsende (stressorer)</i>	Tidligere somatisk sykdom og pustevansker	Frykt for besvimelse etter somatisk sykdom	Mobbing fra elev i klassen siden skolestart Satte mat i halsen Sett far ha epileptiske anfall
<i>Opprettholdende</i>	Et antatt reaktivt nervesystem, som aktiveres raskere enn andre (observasjoner i terapi og foreldreinfo om at han alltid har vært mer engstelig enn andre)	Lav affektbevissthet Identitetsutvikling – et dilemma at far er rollemodell, når far ikke modellerer håndtering av engstelse på samme måte som han modellerer tøffhet Bajasoppførsel dekker usikkerhet og hindrer bekreftelse	Manglende reguleringsstøtte fra far ved engstelse Engstelig beredskap i kronisk mobbesituasjon skaper lav terskel for dysregulerte emosjoner og atferd Tøff klassekultur hemmer uttrykk for sårbarhet
<i>Beskyttende</i>		God kognitiv funksjon Adekvat sosial fungering	God relasjon mellom foreldre, bor sammen Stabil økonomi i familien

Kasusformuleringen ble laget for å sikre en bred forståelse av Vidars vansker før starten av terapien. Vidars engstelse syntes å være forbundet med flere situasjoner, slik som å besvime, mobbing på skolen, fantasifigurer eller at det skulle bli krig i Norge.

Samspill mellom far og sønn. Vi tenkte at den unnvikende måten far forholdt seg til sin forhistorie på, og det at han var engstelig for sønnens framtid, vitnet om fars egne lave affektbevissthet for engstelse. Dette ble forstått som at han tålte Vidars engstelse dårlig, og at han kunne streve med å regulere Vidar når han behøvde omsorg fra far. I tillegg syntes det som at Vidar forsøkte å skjule sin engstelse og sårbarhet, og så opp til et tøft og krigersk mannsideal. På denne måten kunne samspillet mellom far og sønn opprettholde Vidars symptomer av engstelse, gjennom at Vidar ble alene om å regulere sitt reaktive temperament og utviklet symptomer som slitenhet og økt engstelse.

Implikasjoner for terapien. Vi forstod Vidar som å trenge erfaringer av å dele oppmerksomhet om følelser av engstelse og usikkerhet, for å kunne øke affektbevissthet og skaffe seg reguleringsstøtten han trengte. I tillegg behøvde foreldrene og spesielt far å finne andre måter å møte Vidars engstelse på, og å finne nye måter å forstå Vidars voldsomme lek og tegninger på. For å kunne igangsette positive transaksjonseffekter der foreldrene lettere kunne forstå Vidars behov og tilby bedre reguleringsstøtte, ville det være avgjørende å tilby parallelle foreldresamtaler.

Klinisk psykologisk undersøkelse

De tre første møtene med Vidar innebar å bli kjent og å finne fokus for terapien, og her observerte vi tema i samtale og lek, nonverbalt uttrykk og kontaktetablering.

Tema i samtale og lek. Krig var et dominerende tema. Vidar snakket mye om krigshistorie, og presenterte fakta om våpen og kriger. I sandkassa ville han uten unntak leke

krig - han hentet soldater, fly og andre krigsfigurer og satte opp fronter som kriget mot hverandre. Vidar fortalte på spørsmål fra terapeuten at han var redd for naturkatastrofer eller at det skulle bli krig i Norge. Han snakket om terrorangrep, og om haier som kanskje kom til stranda hvor familien skulle feriere – dette var ting som virkelig engstet ham. Han sa også at han grudde seg til han ble stor, for da måtte han forsvare landet. Det opplevdes sterkt for terapeuten å høre Vidar engste seg sånn for et ansvar han la på seg selv.

Nonverbalt uttrykk. Vidar virket oppmerksom og til stede i aktiviteter og lek, men likevel som noe forsiktig i bevegelser og initiativ. Vi så at han manglet noe kraft og liv i seg; han snakket ofte med monoton stemme, og framstod som trist og sliten gjennom et litt stivnet ansikt og et lite livlig kroppsspråk. I lekekrigen i sandkassa kunne han likevel vise plutselig energi gjennom skyting og slossing, men dette framstod som noe «staccato» og som lite spontant og lekent. Blikkontakten var også noe sjelden. Når terapeuten tematiserte ting han visste Vidar var engstelig for, kunne Vidar reagere med rask avvisning. Da Vidar av og til likevel ble i temaene, ble han opplevd som vanskelig å berolige. Det virket også vanskelig for Vidar å benevne følelsestilstander på en differensiert måte - han brukte ofte ordet «ekkelig», når terapeuten heller ville gjettet på opplevelser som «skremmende», «redd» eller «engstelig». I spillsituasjoner var det tydelig svært viktig for Vidar å vinne over terapeuten. Da han én gang tapte, kommuniserte han med hele seg at han skammet seg over tapet.

Kontaktetablering. Terapeuten opplevde det som vanskelig å få delta samarbeidende i Vidars lek. På tross av dette viste Vidar en tillit til terapeuten, gjennom å kunne sette seg helt inntil ham ved sandkassa. Vidar smilte aldri, men uttrykte med ord og handling at han syntes det var fint å være i rommet med terapeuten.

Til sammen gav Vidar inntrykk av å være svært engstelig, og å bruke mye krefter på å være i beredskap og bekymre seg for det farlige. Han syntes å ville være sterk og mestre det meste. Det at han hadde vansker med å rette oppmerksomhet til engstelse og å differensiere følelsesmessig mellom ulike vonde opplevelser, tydet på en lav affektbevissthet – noe som ble antatt å gjøre det vanskelig for ham å dele følelser med andre og å resultere i en ensom emosjonsregulering og et nonverbalt uttrykk av slitenhet.

Terapifokus

Terapifokuset i TIB skal gi mening for barnet, og det skal gjenspeile de vanskene barnet kommer med (Johns & Svendsen, 2015). Det skal videre formuleres ut fra barnets perspektiv og språk, gjerne som en metafor (Johns & Svendsen, 2015). Vidars terapifokus ble følgende: «Vi skal arbeide sammen for at du kan ta mer kontroll over krigen inni deg, sånn at det som noen ganger er en verdenskrig inni deg kan bli en fredeligere og mindre konflikt.» Vidar bidro selv i formuleringen av fokuset, slik at det gav mening for ham. Fokuset ble ferdig formulert og presentert for foreldrene etter den kliniske psykologiske undersøkelsen. Foreldrene syntes å anerkjenne fokuset som meningsfylt, ut fra deres forståelse av hva Vidar strevde med. Den indre krigen refererte til intense følelser av frykt, og eventuelle andre affekter som Vidar syntes det var vanskelig å forholde seg til. Det ble viktig å formidle til Vidar at det å oppleve seg maktesløs i møte med de intense følelsene måtte være svært vanskelig for ham, og noe vi ønsket å hjelpe ham med.

Tema i terapien

Sentrale tema videre i terapien med Vidar var brutalitet og krig, et fravær av frykt og sårbarhet, samt det å ville vise seg mestrende og utholdende.

Brutalitet og krig. Vidar lekte ofte en krig der nærmest alle ble drept, og til tider på svært brutale måter. Det syntes alltid å være noe å bekymre seg for eller noe som kunne gå galt, og han formidlet en hjelpeløshet og passivitet med lite håp for at ting kunne gå bra – verden var brutal for Vidar. Når terapeuten introduserte elementer av håp i leken eller forsøkte å nyansere bildet av en dommedagskrig, reagerte Vidar ofte med å insistere på sin lek der det fortsatt var lite optimisme, glede eller håp om at noen overlevde. Terapeuten opplevde lite rom for å foreslå andre handlinger i leken enn de Vidar selv introduserte.

Fravær av frykt og sårbarhet. Soldatene i leken var oftest tøffe og modige, og uten redsel. Det var vanskelig for Vidar å godta at terapeuten forsøkte å la figurene be om hjelp fra andre når de var redde eller såret. Det var også vanskelig for ham å forholde seg til figurer som ikke ønsket å være med i krigen, men heller viftet med det hvite flagget og ville skape fred. Vidar kunne overse slike framstøt, si ting som «det skjedde ikke», eller på annet vis overdøve eller avslutte terapeutens innspill. Vidar hadde et mantra for det å være i krigen: «Man må ta eller bli tatt, drepe eller bli drept». Det gjorde nok en gang sterkt inntrykk på terapeuten at den lille gutten opplevde verden som så tvingende brutal; i leken hans fantes bare tøffe typer som skjøt vilt rundt seg og var sterke, modige og uredde.

Å ville mestre og holde ut. Vidar kommuniserte gjennom leken at det var vanskelig for ham å vise noe annet enn ei tøff og utholdende holdning i møte med fare og redsel. Terapeuten forstod dette som å være svært slitsomt for Vidar, det å oppleve at han ikke kunne være ærlig om skremmende opplevelser overfor seg selv og omgivelsene.

Ekte krig

I den ene timen begynte en utvikling i Vidars formidling av krig for terapeuten. Han fortalte om hvordan han var leder for en gjeng på skolen som kriget. Terapeuten tonet seg inn på opplevelsen av å være i disse krigene og å være leder, og at det kanskje var slitsomt for Vidar å ha det ansvaret. Vidar erkjente dette, og terapeuten opplevde en tyngde og slitenhet i Vidar. Han hadde tydelig vansker med å rette delt oppmerksomhet mot affektene som oppstod under krigen og lederskapet på skolen, og også vansker med å uttrykke disse opplevelsene verbalt og nonverbalt overfor terapeuten. I den neste timen sa han med stort alvor at han selv hadde vært i krig. Terapeuten undret seg på hvordan soldaten på tegninga opplevde det å være i krigen, og Vidar sa at han visste hvordan soldaten hadde det – spesielt siden det var skytevåpen i krigen, sa han, og formidlet en redsel uten ord. Vidar hadde med en krigstegning neste time, og han uttrykte at han skammet seg over tegninga og ikke likte den. Han pekte på den og sa at det var spesielt dette han ikke likte, «fordi det likner på blod». Dette var fordi «mamma og pappa liker det ikke». Terapeuten uttrykte aksept for tegninga, og bekreftet Vidars uttrykk og forsøkte å tilby et alternativ til foreldrenes reaksjon.

Disse øyeblikkene med fokus på Vidars opplevelse av ekte krig, var en begynnende delt oppmerksomhet omkring usikkerheten han ellers skjulte. Det at Vidar opplevde at foreldrene ikke tillot ham å tegne blod og voldsom krig, og at han ville vise dette til terapeuten, var noe som styrket en hypotese om at Vidar trengte rom i terapien til å uttrykke følelser og opplevelser som han ikke opplevde å kunne uttrykke hjemme.

Den verste krigen

I de neste timene forsøkte terapeuten å rette oppmerksomhet til lekefigurenes følelsesuttrykk i sandkassa, og å innlemme opplevelser av å være redd samtidig som man vil være tøff. Måten terapeuten gjorde dette på, var at han kunne la figurene i lekekrigen si for eksempel «Nå kommer fienden! Jeg er så REDD!», samtidig som det nonverbale uttrykket slik som stemmebruk gjenspeilet en redsel. Dette opplevdes ei stund som vanskelig; terapeuten opplevde at Vidar avviste alle forslag om en annen lek enn den brutale skyt-og-drep-leken. Terapeuten kjente også på at det var vanskelig å forholde seg til Vidars mantra som stadig dukket opp i leken: «Å drepe eller bli drept». Dette uttrykket virket viktig for Vidar, samtidig som at det bare understreket holdningen hans om å alltid være tøff og ikke vise seg sårbar. Hvordan skulle terapeuten nærme seg dette? Når terapeuten gikk inn i samtaler om dette mantraet, hadde det hele blitt en slags skyttergravskrig hvor Vidar holdt på sitt syn om at krig var brutalt, og hvor terapeuten kom i en posisjon der han talte for at krig kunne være frivillig og noe annet enn det Vidar klamret seg til.

Terapeuten bestemte seg for å forsøke å bare være i Vidars opplevelse da temaet «å drepe eller bli drept» kom opp neste gang. Han tonet seg inn på det slitsomme i krigens brutalitet, og fortsatte også å uttrykke og snakke om hvor redde indianerne i sandkassa var for cowboyene. Da Vidar etterpå satt og tegnet, sa terapeuten: «Så HARDT du tegner! Jeg tror ... jeg tror kanskje jeg hadde tegna hardt hvis jeg hadde kjempa en stor krig.» Vidar sa forsiktig bekræftende «M-m». Litt etter sukket Vidar tungt, og terapeuten kommenterte at Vidar så ganske oppgitt ut. Vidar fortalte så om «den verste krigen i skolens historie». Han snakket om en av krigene på skolen mellom gjenger, hvor noen hadde brukt spisse gjenstander som våpen. Dette ble naturligvis opplevd som skremmende for Vidar, og med forferdet

ansiktsmimikk og oppspilt tale lot han terapeuten få vite hvor redd han hadde vært. Men Vidar hadde ikke fortalt dette med hvor redd han hadde vært til foreldrene sine. Terapeuten bekreftet og tonet seg inn på Vidars følelser mens han delte denne historien. Vidar var mindre urolig, og opplevdes i større grad å anerkjenne sine følelser av at noe var vanskelig, enn tidligere. Terapeuten kjente det som at dette var første gangen Vidar hadde latt seg dele med terapeuten den skamfulle følelsen av å være veldig redd, når han egentlig bare ville være tøff og modig.

«Krig er fælt»

Vidar syntes å øke sin deling om følelsene som lå under det brutale uttrykket i sandkassa, og å tåle denne oppmerksomheten sammen med en inntonet terapeut. Terapeuten refererte senere til «den verste krigen» igjen, og hjalp slik Vidar å fortsette delinga. Vidar fortalte mer om en annen krig de hadde hatt på skolen. I sandkassa tonet terapeuten seg inn på figurenes frykt og spesielt på hvordan frykt kjentes i kroppen. I krigsleken begynte terapeuten å slippe seg mer løs enn tidligere; han lot Vidar skyte og drepe figurene som terapeuten styrte, og han lagde uttrykksfulle og brutale lyder når figurene ble drept. Etter denne sekvensen med mer løssluppen lek fra terapeutens side, kom temaet «drepe eller bli drept» opp igjen. Vidar anerkjente med tyngde at «krig er fælt», og terapeuten sa han husket at Vidar hadde sagt en gang at han hadde tenkt å forsvare Norge når han ble stor. Han lurte på om ikke Vidar også tenkte at han måtte «drepe eller bli drept». Snart sa terapeuten rolig: «Jeg tror jeg hadde vært veldig redd hvis jeg hadde vært deg». Vidar svarte at «Jeg er veldig redd, egentlig», vendt mot terapeuten denne gangen. Dette åpnet en samtale som utforsket akkurat hvor redd Vidar var, og Vidar opplevdes å tåle mer oppmerksomhet til sin egen engstelse enn før.

I leken etterpå holdt Vidar seg i lekehandlingene i lengre perioder enn tidligere, leken hadde mer kraft og energi, og terapeuten forsøkte å speile kraften som nå var oppstått i Vidar. Under tegning i kalenderen etterpå opplevdes Vidar som mer tydelig; stemmeleiet var hevet siden starten av timen, ordene kom lett og fritt, og han hørtes mer optimistisk ut. Han fortalte at mor og far ikke hadde fått vite hvor fæl den verste krigen på skolen opplevdes for ham, for «de liker ikke krig». Det kom også fram at mor hadde sagt en gang at Vidar kunne bli terrorist dersom han spilte for mye krigsspill. Han var tydelig forferdet over det mor hadde sagt. Terapeuten var tydelig på at det å leke krig ikke er farlig, og Vidar virket lettet etter å ha delt dette med terapeuten. Timen hadde til sammen inneholdt mer vitalitet og meddelelse om indre opplevelser enn noen enkelttime tidligere. Det syntes som at terapeutens vilje til å speile mer av Vidars brutalitet i krigsleken, hadde fått Vidar til å oppleve seg forstått og motivert ham til å dele mer om skremmende opplevelser.

Noe nytt

Vidar ble opplevd å hvile mer i leken etter dette – det var som om han hadde en større ro over seg, og han sendte terapeuten flere blikk og smilte mer enn før. Leken var også annerledes - Vidar kunne nå lage store monstre, og virket begeistret framfor resignert overfor brutaliteten han skapte.

Midt i leken lot Vidar to soldatfigurer kysse hverandre, og sa «kanskje de var homo?» med et nervøst smil. Vidar spurte plutselig terapeuten hva kjæresten hans het. Det var tydelig at Vidar lurte på om terapeuten var homofil. Terapeuten kjente seg usikker på hvordan han skulle reagere – hvor mye burde han si om seg selv? Det var nytt at Vidar spurte terapeuten om noe så privat. Da den mannlige terapeuten selv avslørte at kjæresten var en mann, fortsatte

Vidar å være nysgjerrig samtidig som han virket merkbart roligere og mer avslappet enn noen gang tidligere i terapien. Terapeuten satte ord på nysgjerrigheten han kjente fra Vidar, og normaliserte det. Vidar sa plutselig undrende «Hm, hvorfor kan ikke verden bli bedre?» Terapeuten spurte ham hva han tenkte på, og Vidar svarte «å være homo og at alle tillater det og sånn». Det kjentes som at Vidar var nysgjerrig på opplevelsen hos terapeuten av å kanskje ha forbudte følelser som homofil, og muligheten for at terapeuten kanskje delte opplevelsen av å ikke føle seg «tillatt», slik som Vidar selv kanskje opplevde. Vidar syntes å ville være i dette øyeblikket og strekke ut tida. Han kjente seg kanskje mer sikker på å være forstått av terapeuten enn tidligere – det at han stanset opp i leken og uttrykte en ny ro, tydet i alle fall på at noe hadde skjedd. Det virket som at Vidar hvilte i et håp om at det er mulig å være annerledes, og at det er mulig å være seg selv og fortsatt bli akseptert – en erfaring som Vidar ennå ikke hadde latt seg selv erfare, all den tid han ennå skjulte engstelsen og sårbarheten sin blant guttene på skolen. Vidars vitalitet syntes å øke etter dette øyeblikket. Ved tegnebordet etterpå hadde bevegelsene hans mer kraft, han satt rett og rak i ryggen, delte mer blick med terapeuten og opplevdes som mindre ettertenksom, knapp og innesluttet enn før.

Senere samme time tonet terapeuten seg inn på opplevelsen av at mor fryktet at krigspill gjorde Vidar til en terrorist. Terapeuten og Vidar lagde en figur i sandkassa kalt «Ville William». Ville William ønsket å ta fienden helt alene, men kunne av og til miste kontroll og også såre sine egne venner. Ville William uttrykte gjennom terapeuten et stort mot, men kjente på dilemmaet hvor han så sterkt ønsket å være den modige helten, men egentlig ikke turte. Vidar avviste ikke Ville William i leken, men ble sittende og se på og smile. Han lekte også med av og til, og testet Williams mot ved å lage et stort og skremmende monster.

Denne timen hadde vært ny på flere måter. Vidar virket roligere og med mer glede i leken. Han og terapeuten syntes å være sammen på en ny måte da Vidar ble hvilende i temaet «å ikke bli tillatt» sammen med terapeuten. Han evnet også å rette oppmerksomhet mot terapeutens inntoning til den ytre villheten hos ham, som foreldrene så lett ble opptatt av. Slik syntes Vidar nå å tåle mer oppmerksomhet til tidligere avviste tema og følelser.

Avslutningsfasen

I siste time brakte Vidar opp leken med sandmonsteret fra sist time, og viste tydelig at han ville leke den igjen. Gjennom et sandmonster som stadig vokste, skapte Vidar selv en intens følelse av frykt i leken, og han syntes å teste hva terapeutens lekefigurer kunne tåle. Vidar savnet Ville William i leken - figuren hadde tydeligvis blitt viktig for ham. En liten kalv kom også inn i leken på Vidars initiativ, og Vidar lagde selv sårbare kalvelyder som uttrykte ønske om trøst og beskyttelse. Da kalven ble begravd levende, kom kua for å redde den, og det var Vidar selv som nå med økt iver lagde drama i leken - han vekslet mellom tilsynelatende død og fordervelse, og håpefulle handlinger. Krigen endte med en åpen slutt; Vidar så opp på terapeuten da den eneste overlevende lekefiguren skyter et skudd mot det store sandmonsteret, og leken slutter uten at noen av dem vet hva som kommer til å skje.

Vidar sa i familiesamtalen etter terapiens slutt at krigen inni ham var mye mindre. Han sa den hadde vart i fem år, at den var nærmest ferdig nå og forklarte at den handlet om hvordan han hadde det på skolen. Mor sa Vidar hadde fortalt at han hadde fått det bedre inni seg. Vidar framstod i timen med økt vitalitet sammenliknet med starten av terapien; han holdt mer øyekontakt med både terapeuten og med far og mor, og han snakket friere og med iver om hva han hadde gjort i terapien. Kroppsspråket hans var også mindre slapt og

sammensunket, slik han hadde framstått særlig i den første halvdel av terapien – nå satt det en gutt i sofaen som ble opplevd å ha litt mer overskudd, energi og livsglede. Vidar satte seg dessuten nært far i sofaen og søkte fysisk omsorg hos ham flere ganger i timen. Det var særlig to øyeblikk mellom dem som syntes viktige. I det ene øyeblikket spurte far med en inntonet tristhet og samtidig medfølelse omsorg om hvordan krigen inni hadde vært for Vidar. Vidar svarte med å si at «det er sånne kommentarer fra de andre på skolen, og...hvordan jeg reagerer på andre.» Vidar syntes her å være seg bevisst hva det var som har vært opprinnelsen til en del av angstelsen hans, og å kunne formidle dette til foreldrene. I det andre øyeblikket spurte far med den samme inderligheten om hvor vanskelig det måtte ha vært for Vidar å ikke ha villet vise hvor redd han var under krigene på skolen. Vidar svarte med et tungt og bekreftende «mmmm» - en sterk kontrast til de mange gangene i terapien hvor han gjennom brutale lekehandlinger hadde avvist terapeutens forsøk på å tone seg inn på angstelse og sårbarhet. Vidar ble hvilende i erkjennelsen overfor alle i rommet av at han hadde hatt det vanskelig og hvordan det hadde artet seg. I disse øyeblikkene syntes far og sønn å oppnå en sterk kontakt, hvor de så hverandre dypt inn i øynene og Vidar holdt far på skuldra. Vidar syntes å ta imot omsorgen fra far, og ble ei stund i temaene framfor å avvise dem eller skifte samtaletema. Senere i timen brukte Vidar ordet «følelser» når han snakket om hvordan han og faren var like og ulike. Dette tydet kanskje på at han nå hadde en økt bevissthet og et mer utviklet språk om «krigskreftene» inni.

Vidars opplevelse av å ha integrert opplevelsene av å ville være henholdsvis tøff og modig, og å virkelig være sårbar og engstelig, var noe han ville fortelle foreldrene om:

Terapeuten: «Så har vi snakka litt om det når vi har lekt, det å være tøff og redd
SAMTIDIG!»

Vidar: «Ja.» (henvendt til far) «Når man er i krig så skal man liksom vise at man er tøff og sånn, men egentlig er man kjemperedd. De fleste tyske soldater var sånn.» (bestemt og nærmest belærende overfor far)

Det syntes viktig for Vidar å vise far hvordan han nå så det som mulig å være *både* redd og å forsøke å være modig. Vidar fikk til slutt med seg et brev med en fortelling om en stamme indianere som brukte et gråterituale for å kunne være modige. Han fikk også en liten symbolsk figur av en gaupeunge, som ble forklart å både ville være stor og sterk men også trenge masse trøst og omsorg.

Et særlig viktig uttrykk fra Vidar i siste time, var at jakten på hvordan det kunne gå an å forholde seg til sine egne følelser av engstelse, bare hadde *begynt* i terapien. Vidar og terapeuten fortalte mor og far om krigsleken i sandkassa fra den siste timen:

Vidar: «Vi bare slutta.» (Ser på terapeuten) «Fortsettelse følger.»

Vidar syntes å snakke om hvordan utforskinga av følelser som han og terapeuten hadde holdt på med i timene, hadde vært en sammenhengende prosess, og at denne prosessen ennå ikke var over.

Foreldrearbeidet

Foreldrearbeidet hadde syntes viktig for å få informasjon om Vidar samt å bidra til en økt refleksjon hos foreldrene. I første foreldresamtale ble foreldrene presentert for en modell kalt et «aktiveringsbånd» (Jacobsen, 2010) som var ment å skape en felles forståelse for Vidars vansker. Her ble Vidar forstått som å ha en generelt lav terskel for aktivering av

affekten engstelse. Trettheten hans og de tidvise intense emosjonelle reaksjonene kunne dermed forstås som resultat av at han brukte mye energi på å være aktivert og i beredskap, og at han lettere enn andre kunne «tippe over» terskelen og bli dysregulert. Foreldrene uttrykte at modellen gav svært god mening for å forstå Vidars vansker. Vi spurte om skolesituasjonen til Vidar, og foreldrene sa det var iverksatt alle mulige tiltak for å stanse mobbinga. Foreldrene beskrev også en nylig episode hvor Vidar hadde sagt at han ville ta livet sitt, siktet på broren med et lekegevær, og løpt hjemmefra. Mors beskrivelse av å tilby sønnen trøst i denne situasjonen, sa oss at Vidar ofte kunne ha et sted å søke trygghet når ting ble vanskelig.

I andre foreldresamtale ble det fokusert på hvordan Vidar opplevde skolesituasjonen, etter at Vidars opplevelse av å være i en virkelig krig hadde blitt tydeligere i terapien. Foreldrene fortalte at det var en svært tøff kultur blant guttene i klassen, hvor det ikke ble akseptert å vise sårbarhet av noe slag. Vi forstod at Vidar strevde med å ikke kunne vise hele seg i denne tøffe guttekulturen, og at han nok var opptatt av å ikke vise seg redd på noe vis. Vi utforsket hvorfor far hadde et noe mangelfullt håp for sønnens framtid, men det var vanskelig for far å snakke om seg selv og sin fortid. Kona tok ansvar for å fortelle om fars følelser, og hun formidlet også at hun var mer optimistisk for sønnen enn det far var. Far gikk selv i terapi, og de beskrev hvordan far allerede hadde det mye bedre. Vi kom fram til at når far ble fylt av følelser knyttet til sin egen forhistorie med engstelse og mobbing, kunne det være greit at det var mor i stedet for far som var den som hjalp Vidar med hans følelser. Vi spurte videre om krigstegningene til Vidar, som foreldrene virket bekymret for. Da foreldreterapeuten kastet fram en tanke om at tegningene muligens kunne være en måte for Vidar å uttrykke og bearbeide følelser på, sa foreldrene at de hadde ikke tenkt på det på den måten før. Far kom med eksempler på at «tegning har vært et veldig uttrykk for Vidar», og innrømte at «ja, det har jeg ikke tenkt på. Jeg har vært inne på det, men ikke liksom kobla alle

delene». Foreldrene syntes å ha blitt satt på nye tankebaner, og var mindre bekymret for tegningene til Vidar etter dette.

Forståelse av Vidars affektbevissthet

Her presenterer jeg en samlet forståelse av Vidars vansker med utgangspunkt i affektbevissthetsbegrepet. Før terapien viste Vidar et mønster av hemmet uttrykk for negative affekter sammenliknet med positive, ifølge affektbevissthetsintervjuet. Foreldrene gav informasjon om en gutt som hadde vært mer engstelig og sensitiv enn sine jevnaldrende helt fra fødselen av. Vi forstod Vidar som å ha et reaktivt temperament hvor terskelen for å bli emosjonelt aktivert var lav, samtidig som han syntes å bruke mye krefter på å skjule egen engstelse for omgivelsene. Med andre ord syntes han ikke å tillate affektene sine å spille ut sin kommunikative funksjon overfor miljøet (Svendsen & Jacobsen, 2013). Dette handler innen affektbevissthetsforståelsen om toleranse og uttrykk for affekter (Monsen et al., 1996). Vi så i terapien hvordan Vidar viste et litt stivt og overkontrollert kroppsspråk, og mindre spontanitet enn en skulle forvente for en tiåring. Tidlige tematiseringer av ting som Vidar var engstelig for avdekket en rask regulering av oppmerksomhet bort fra ubehag – det syntes som at Vidars affektbevissthets-toleranse var lav, og at den innebar unngåelse av angstvekkende tanker. Også i krigsleken unngikk Vidar å ta imot oppmerksomhet til følelser av frykt og sårbarhet; han ble heller værende i et uttrykk av brutalitet og tvingende tøffhet. Vidar syntes systematisk å dele oppmerksomhet om opplevelser av mestring og mot i leken, slik at opplevelser av usikkerhet, nederlag og sårbarhet ble gjemt bort for terapeuten. Vi forstod Vidars lekeuttrykk som å formidle en indre frykt og usikkerhet, og ønsket å hjelpe ham med å bedre integrere engstelig affekt i hans bevisste opplevelse, slik at han kunne oppleve økt evne til affekthåndtering (Taarvig et al., 2014), emosjonsregulering (Campos et al., 2004) og

«kontroll over den indre krigen» som han selv sa. Vi tenkte også tidlig at relasjonen til far var viktig i forståelsen av Vidars affektbevissthet, spesielt hvordan det virket å være vanskelig for Vidar at far selv strevde med affektbevissthet for egen engstelse. Vidars utviklingsoppgave om å begynne å skape seg en identitet og bli mer selvstendig, ble utfordret av at tilknytningspersonen far både viste mange «tøffe» kvaliteter slik som krigsinteresse, men at far samtidig hadde vansker med å være trygg og tolerere engstelse hos seg selv og kanskje også hos Vidar. Det kunne se ut som at Vidar spilte ut dette dilemmaet i leken slik barn ofte gjør (Russ, 2004), hvor han løste det hele ved å klamre seg til ønsket om å ta ansvar og være voksen, sterk og modig, og at han forsøkte å gjemme bort frykt og behovet for støtte og omsorg. Slik opprettholdt Vidar en svekket affektbevissthet for følelser som han forbandt med sårbarhet og et uønsket selvbilde, og det ble vanskelig for ham å romme alle sine subjektive selvopplevelser (Stern, 1998), noe som trolig var årsaken til ubehag og symptomer hos ham.

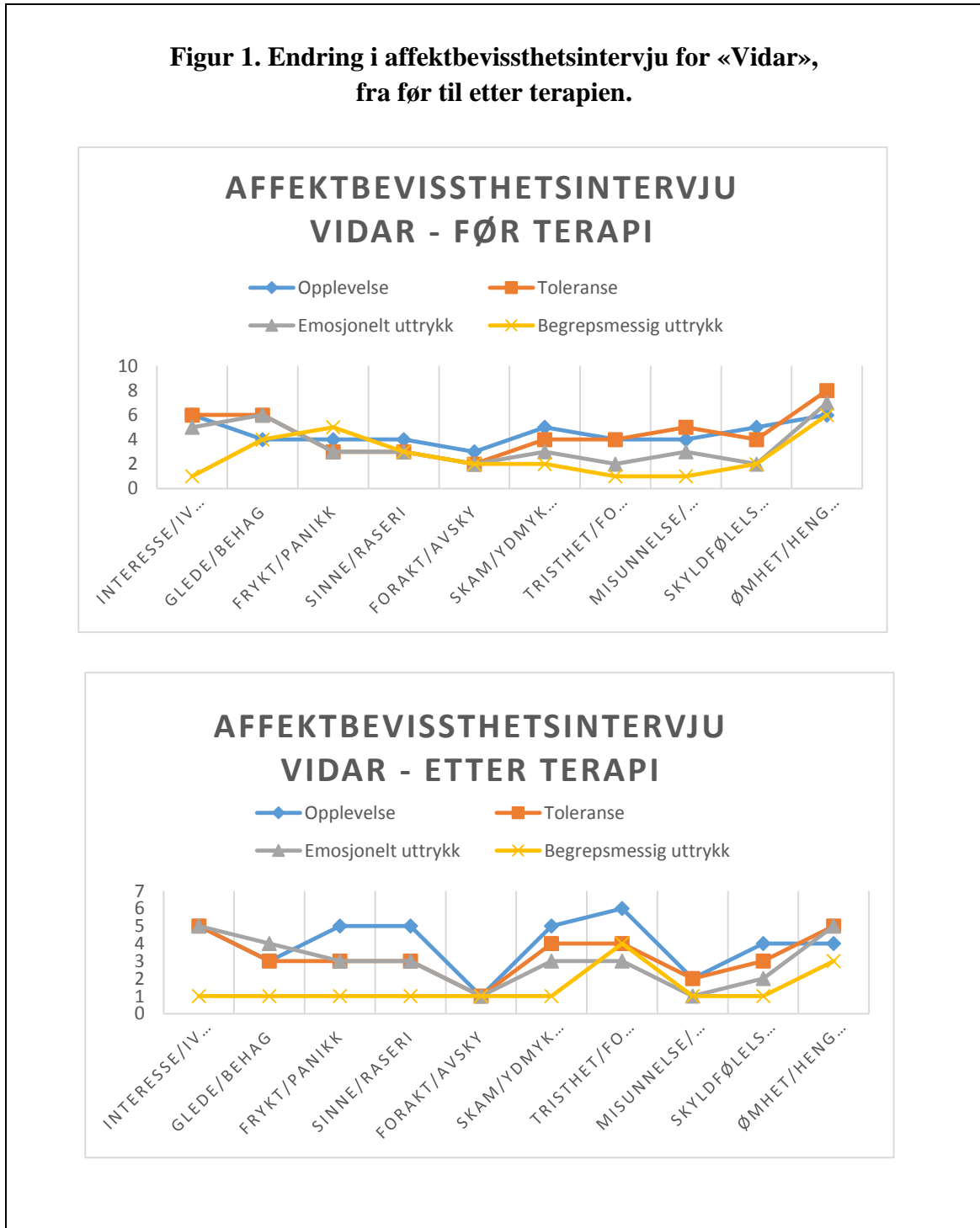
Affektbevissthetsintervju

Resultatene på affektbevissthetsintervjuet er vist i Figur 1. Vidars resultater på affektbevissthetsintervjuet *før* terapiens oppstart viser et mønster av at «negative» affekter syntes å oppleves i større grad enn de ble uttrykt, sammenliknet med de «positive» affektene, som hadde større samsvar mellom opplevelse og uttrykk. Et slikt mønster av hemmet uttrykk for negativ affekt er ikke utypisk for barn med internaliserende vansker, da de ofte holder tilbake affekter fra å bli uttrykt (Zahn-Waxler et al., 2000).

Etter terapien viste affektbevissthetsintervjuet flere endringer. Én endring var en økning i opplevelse av affektene frykt, sinne og tristhet. En annen endring var en økning i uttrykk av tristhet. I tillegg til disse økte skårene, var det påfallende hvordan skårene for

begrepsmessig uttrykk var *reduisert*, og til laveste skåre for mange av affektene. Mange av de resterende skårene var også noe redusert.

Figur 1. Endring i affektbevissthetsintervju for «Vidar», fra før til etter terapien.



Foreldrerapportering

CBCL. I Child Behavior Check List skåret både mor og far Vidar i klinisk område for internaliserende vansker, før terapien. Begge skåret klinisk nivå av angstproblematikk, men kun far skåret klinisk nivå av affektive og somatiske vansker. Mors skårer på angstproblematikk var også noe lavere enn fars, slik at mor syntes enten å ikke være like oppmerksom på eller ikke være like bekymret for sønnens vansker, som det far var. Etter terapien rapporterte både mor og far en nedgang i internaliserte vansker. Selv om Vidar fortsatt viste et klinisk nivå på totalskalaen for internaliserte vansker hos begge foreldrene, skåret ingen av dem Vidar som å ha et klinisk nivå av vansker innen noen av underskalaene. Vanskene som var rapportert før terapien innen angst, affektive problemer og somatiske problemer, var altså ikke lenger rapporterte som behandlingstrengende. Far rapporterte imidlertid om at Vidar oppførte seg dårligere overfor foreldrene enn det sine jevnaldrende gjør, og skrev på «Bekymringer for barnet» at Vidar viste «sinne og sårhet».

Annen informasjon. En forskningsmedarbeider beskrev hvordan far hadde henvendt seg om sønnen, da far og Vidar møtte opp til målinger etter terapislutt. Far sa han syntes Vidar var blitt mer «frekk, trassig og vanskeligere å ha med å gjøre» sammenliknet med før terapien.

Diskusjon

Affektbevissthet er vist å korrelere med flere ulike mål på psykisk helse (Monsen & Solbakken, 2013; Normann-Eide et al., 2013), og handler om grunnfenomener i barns utvikling slik som emosjonsregulering, retting av oppmerksomhet, selvorganisering og mentalisering (se Jacobsen & Svendsen 2010a; Solbakken et al., 2011; Stern, 1998). Affektbevissthet var en indikator på hvorvidt Vidar hadde fått hjelp i terapien. Inngangsporten vår til å hjelpe Vidar med å få det bedre, var en utviklingspsykologisk informert og intersubjektivt fokusert terapi. På hvilke måter kan prosesser i Vidars terapi forklare endringen hans i affektbevissthet?

Etter terapiens slutt viste Vidar en tilsynelatende paradoksal tilbakegang i mange av skårene på affektbevissthetsintervjuet. Vidar hadde et redusert begrepsmessig uttrykk (Monsen et al., 1996) for hele sju av de ti emosjonene det ble spurt om i affektbevissthetsintervjuet etter terapien. Skårene for opplevelse, toleranse og emosjonelt uttrykk (Monsen et al., 1996) var også redusert for flere av affektene. Det kan her tenkes at Vidars økte oppmerksomhet til enkelte negative emosjoner gjennom terapien, det vil si de økte skårene på affektoplevelse for frykt/panikk, sinne/raseri samt tristhet/fortvilelse, hadde en sammenheng med en redusert kognitiv forståelse for affektoplevelser generelt. Terapiprosessen var preget av at terapeuten fokuserte på inntoning til følelser av frykt, hos Vidar og hos lekefigurene. Dette kan ha bidratt til at Vidar nå opplevde bl.a. frykt litt sterkere enn før terapien, gjennom en økt oppmerksomhet til dette. Flere argumenterer for at en overveldende emosjonell opplevelse kan hemme kognitive prosesser som meningsskaping og oppmerksomhetsregulering (Hoffart & Svendsen, 2013; Shirk & Russell, 1996). Det er usikkert hvorvidt Vidars evne til å begrepssette affektoplevelser i intervjusituasjonen kunne

være hemmet av en økning i affektoplevelser – intervjusituasjonen innebar jo en strukturert utspørring, og det er vanskelig å vite i hvilken grad Vidar lot intervjuerens spørsmål aktivere ham emosjonelt i øyeblikket. En hemming av kognitive prosesser forutsetter jo, slik Hoffart og Svendsen (2013) og Shirk og Russell (1996) beskriver det, at det skjer en sterk emosjonell aktivering. Dersom Vidar lot seg aktivere emosjonelt under affektbevissthetsintervjuet, kan en slik økt aktivering sammenliknet med før terapien være årsaken til de lave skårene for begrepsmessig affektbevissthet. Ut fra affektbevissthetsintervjuet kan det uansett se ut til at Vidar ved slutten av terapien hadde påbegynt en prosess, hvor han hadde fått en økt oppmerksomhet til affektene frykt, sinne og tristhet. Den lave begrepsmessige uttrykksevnen for mange affekter i affektbevissthetsintervjuet kan imidlertid tyde på at han fortsatt ikke forstod mange av sine affektoplevelser; på en slik måte at han ikke kunne benevne dem og vedstå seg dem overfor andre i noen særlig grad (Taarvig et al., 2014).

Det er imidlertid grunn til å tro at en prosess med økt affektbevissthet var godt i gang, og at den ville fortsette etter terapien. Flere typer informasjon etter terapiens slutt peker på dette. For det første fortalte både foreldrene og Vidar selv at han hadde fått det bedre gjennom terapien – «krigen er nærmest over», ifølge Vidar. Det at Vidar kunne sette ord på overfor foreldrene og terapeutene hva det var som skapte krig inni ham, og hvordan han kunne erkjenne egen engstelse på en mer nyansert måte, var en utvikling siden starten av terapien. Selv om skårene på intervjuet sa det motsatte, var inntrykket hos terapeutene at Vidar nå likevel var *bedre* i stand til å sette ord på følelser og tåle oppmerksomhet til egen engstelse. Kanskje var denne ferdigheten ennå forbeholdt omsorgspersoner og terapeuten som hadde fulgt ham over tid, og mindre tilgjengelig for ham i den uvante intervjusituasjonen. I terapiprosessen hadde terapeuten ofte benevnt lekefigurenes følelser, slik som «jeg er redd!» eller «nå vil jeg være modig, men huff, jeg blir så skremt av de skumle indianerne!». Følelser

ble også satt ord på i samtale, for eksempel da terapeuten etter å ha snakket om krig i Norge gjettest på at Vidar var «veldig redd», og Vidar bekreftet dette. I tillegg både modellerte og utfordret terapeuten Vidar til å beskrive hvordan lekefigurene kjente affektive opplevelser kroppslig. Slik jobbet terapeuten med å utvide hans affektbevissthet og begrepsmessige uttrykk, gjennom retting av oppmerksomhet og benevning (Shirk & Russell, 1996). Kanskje hadde Vidar likevel behov for enda mer støtte i begrepssetting av følelser i terapien, ut fra skårene på affektbevissthetsintervjuet.

Det at terapien hadde forsøkt å sette i gang nye transaksjonelle prosesser mellom Vidar og foreldrene (Sameroff & Fiese, 2000; Smith, 2010), tydet også på at Vidars affektbevissthet kunne fortsette å utvikle seg etter terapien. I familiesamtalene var Vidar vitne til at foreldrene og terapeutene diskuterte hvordan de best kunne hjelpe ham med engstelsen, for eksempel ved å forsøke å skjerme ham noe fra nyheter og andre inntrykk som kunne gjøre ham veldig redd. Vidar syntes jo å bli særlig lett engstelig sammenliknet med andre barn, og slik hadde det vært hele tida – noe som kan forstås som at han var født med en sårbarhet gjennom et inhibert temperament (Kagan & Snidman, 1999; Rapee, 2002), og en lavere terskel for å utløse engstelig aktivering i kroppen (Zahn-Waxler et al., 2000). Terapeutene fokuserte i samtalene på foreldrenes egne refleksjoner framfor å være for rådgivende, slik at Vidar kunne oppleve en økt tillit til at mor og far ville forstå ham på nye måter. En slik økt tillit til foreldrenes evner til å forstå og hjelpe ham, sammen med foreldrenes nyvunne bevissthet om krigslek som et mulig uttrykk for andre følelser enn brutalitet, kan ha vært et bidrag til en transaksjonell utvikling. Slik kunne Vidars affektbevissthet bli styrket ytterligere selv etter terapiens slutt. Arbeidet i terapien med å øke opplevelse og uttrykk av affekter, gjennom terapeutenes retting av oppmerksomhet til og inntoning på visse affektoplevelser, forstås som en viktig forutsetning for en slik transaksjonell utviklingsprosess, hvor det at

Vidar kunne bli tydeligere for seg selv og de rundt ham kunne bidra til at foreldrene forstod og støttet hans emosjonelle utvikling enda bedre.

En sentral utvikling i terapien var terapeutens økte forståelse for at Vidar opplevde seg som å være i en ekte og skremmende krig på skolen. Denne delte forståelsen syntes å gi Vidar en opplevelse av å bli møtt og sett, slik at han våget å dele enda mer og terapeuten kunne hjelpe ham å utvide affektbevissthet om det han delte. Tidlig i terapien ble Vidars vansker på skolen forstått som å utelukkende handle om mobbing fra én gutt. Ved at Vidar gjentatte ganger brakte fram temaet «krig på skolen» gjennom tegning og samtale, forstod terapeuten at dette var et viktigere tema for Vidar. Gjennom terapeutens konsekvente retting av oppmerksomhet og inntoning til slike initiativ fra Vidar, kunne Vidar erfare at det var trygt å dele mer om egne opplevelser. Stern (1998) beskriver hvordan inntoning til affekter og vitalitetsformer er en nøkkelprosess i barnets utvikling av et subjektivt selv, hvor det at barnet opplever seg sett og forstått bidrar til erfaringen om at indre opplevelser kan deles med andre. Intersubjektiv deling oppnådd gjennom affektinntoning kan slik gjøre barnet mer bevisst på egne opplevelser, da det at en annen deler oppmerksomhet og tilbyr reguleringsstøtte gjør at barnet blir tryggere i å tolerere sine opplevelser – det trenger ikke lenger å håndtere affekten helt alene. Vidar syntes å ha håndtert følelser av frykt i krigen på skolen ved å unngå å kjenne på dem, noe som trolig gjorde at han ikke fikk rettet kraften i emosjonen og ble utydelig for seg selv og omgivelsene (Jacobsen, 2010). Terapeuten hjalp Vidar med å rette oppmerksomheten mot disse opplevelsene som hadde skremt ham så mye. Slik kunne en dyadisk utvidelse av bevissthetstilstander (Tronick et al., 1998) skje, da det at terapeuten tilbød Vidar «emosjonell scaffolding» (Tronick et al., 1998) og viste at han tålte og kunne hjelpe Vidar med regulering av affekt, støttet Vidar til å tolerere og uttrykke mer av affektene han hadde holdt for seg selv, og til å integrere dem med mening. Gjennom relasjonen til en

terapeut som kommuniserte ubetinget aksept og bekreftelse, kunne Vidar hjelpes til å uttrykke affekter som han tidligere forsøkte å holde ut alene. Han kunne dermed erfare nye måter å være sammen på (Stern, 1998), når terapeuten oppmuntret til affektuttrykk snarere enn å bli forferdet eller fylles av egen engstelse, slik Vidar hadde opplevd at mor og far hadde gjort. «Nå-øyeblikket» (Fonagy, 1998) hvor Vidar var interessert i terapeutens mulige opplevelse av å ikke «være tillatt» som homofil, synes å ha kunne vært et vendepunkt for Vidar i å tro på at han kunne vise mer av seg selv til andre. Terapeuten opplevde seg imidlertid svært usikker på hvordan han burde møte Vidar i denne situasjonen, men ved å bekrefte og ta imot det Vidar kom med, syntes Vidar å falle mer til ro – det syntes som et «nå-øyeblikk» som var blitt til et slags «møte-øyeblikk» (Fonagy, 1998). Vidars økte bevissthet for affektene frykt, sinne og tristhet som rapportert i affektbevissthetsintervjuet, kan derfor forstås som å være et resultat av erfaringen med en inntonet terapeut som var opptatt av å forstå og legge til rette for deling av Vidars indre opplevelser. Ifølge affektbevissthetsmodellen kan endring i affektintegrering skje gjennom at mer adaptive måter å håndtere affekt på repeteres og automatiseres (Solbakken et al., 2011). Fokuset på intersubjektiv deling i terapien kan forstås som en mer adaptiv måte å håndtere tidligere unngåtte affektoplevelser hos Vidar på. Slik kunne grunnfunksjoner hos Vidar styrkes - evne til regulering av emosjoner og oppmerksomhet, som begge kan ses som komponenter i affektbevissthet. Symptomlettet som ble observert i foreldrenes skåring av CBCL, kan også forstås som et resultat av en styrking av disse grunnleggende, indre funksjonene og en økt affektbevissthet.

Et annet aspekt ved terapiprosessen som synes å ha bidratt til endringen i affektbevissthet, var lekens fasiliterende virkning. Leken syntes å legge til rette for affektiv deling mellom Vidar og terapeuten, i tillegg til at den var en viktig informasjonskanal for terapeuten om Vidars måte å håndtere affekter på. Siden barn uttrykker seg mer naturlig

gjennom lek (Russ, 2004), var leken en viktig del av kommunikasjonen med Vidar. En utvikling i terapien var at terapeuten skjønnte Vidars brutale uttrykk i sandkassekrigen som å være av betydning, etter at Vidar gjentatte ganger møtte terapeutens inntoning til hans engstelse med avvisning og regulering av oppmerksomhet til brutal lek i stedet. Terapeuten begynte etter hvert å tone seg mer inn på Vidars brutalitet i stedet for engstelsen, veiledet av lekuttrykket og informasjon fra foreldrene om at Vidar ønsket å være sterk og tøff, ikke redd og «svak». Vidar syntes etter dette å vise mer vitalitet, være tydeligere og å ha en større ro over seg. Gjennom å uttrykke ønsket om å være tøff sammen med en terapeut som han opplevde forstod dette, syntes Vidar å falle mer på plass og bli mer åpen for å dele oppmerksomhet om underliggende følelser av frykt og tristhet. At terapeuten i leken ble med inn i Vidars brutale opplevelse og tonet seg inn på den, framfor å tvinge sin forforståelse av at det var engstelsen under som burde inntones til, er en nøkkelprosess i terapiformen TIB (Johns & Svendsen, 2012). Vidar var nok ikke så klar for å kjenne på engstelse som terapeuten først trodde, og det syntes dermed som at det å møte ham ved å speile tilbake brutaliteten i lekuttrykket ble opplevd av Vidar som bekreftende. Det kan virke som at den terapeutiske relasjonen ble styrket og at Vidar opplevde seg sett gjennom terapeutens inntoning til vitalitetsformer i leken (Stern, 1998) – lyder og brutale handlinger som reflekterte intensiteten i «krigen» inni Vidar. Det syntes viktig hvordan terapeuten kunne benytte lekefigurer som muligheter for inntoning til Vidars opplevelser – for eksempel med Ville William. Lekens brutale elementer samt de etter hvert engstelige elementene som Vidar kunne godta å leke med, ble en måte terapeuten og Vidar eksternaliserte og representerte affekter på (Mohaupt et al., 2006), og sammen utforsket de hvordan man kunne håndtere disse affektene. Mot slutten kunne Vidar la ei ku redde kalven sin, og viste slik at han rommet opplevelsen av å være sårbar og ha behov for hjelp, noe han ikke gjorde tidlig i terapien. Leken ble en arena for uttrykk og benevnelse av affektive opplevelser, nettopp slik Russ

(2004) hevder leken kan ha en terapeutisk virkning. Slik syntes leken å være en arena som la til rette for en styrket affektbevissthet hos Vidar.

På hvilken måte bidro foreldrene til en endring i Vidars affektbevissthet? Wilson og Ryan (2001) beskriver hvordan foreldre rapporterte en endring i måten de forholdt seg til barnet sitt på etter terapi. Andre har beskrevet hvordan foreldre synes å kunne få en ny forståelse av barnet sitt, eller bli mer opptatt av å forstå barnets uttrykk (Hafstad & Øvreide, 2011; Haugvik, 2012; Novick & Novick, 2000). I Vidars tilfelle stod særlig to tema fra foreldresamtalene fram, for å forstå hvordan foreldrene kunne styrke Vidars utvikling av affektbevissthet. For det første syntes foreldrene å bli introdusert for en helt ny måte å forstå Vidar på, da foreldreterapeuten lanserte ideen om at voldsomme tegninger og lek kunne være en måte han uttrykte seg på om hvordan han hadde det inni seg. Det var særlig far som uttrykte en ettertenksomhet i samtalen med terapeuten om dette. Etter dette syntes ikke far å uttrykke bekymring for Vidars tegninger og lek lenger, og sa til og med i siste familiesamtale at han husket terapiens fokus som «å uttrykke tanker og følelser, gjennom lek og tegning». Det var tydelig at den ene samtalen hadde gjort far mer bevisst på hvordan Vidar uttrykte seg, og at dette var blitt det viktigste utbyttet av terapien for far sin del. Ut fra kunnskap om barns utvikling og betydningen av delt oppmerksomhet om barnets indre tilstander (e.g. Stern, 1998; Tronick et al., 1978), er det rimelig å spekulere på om ikke den nyvunne bevisstheten i foreldrene og særlig i far kunne bidra til at de responderte annerledes på Vidars voldsomme lekuttrykk, at de slik tilbød ham en økt intersubjektiv relatering omkring vanskelige affekter. På denne måten kunne Vidar bli hjulpet til å rette oppmerksomhet og håndtere affekter i større grad enn før. Gjennom at foreldrene ble introdusert for nye måter å forstå sønnens atferd på, kunne de relatere seg annerledes til ham og ikke lenger reagere med forferdelse, sinne og grensesetting – noe som syntes å ha skremt Vidar, og fått ham til å føle seg alene og ikke

forstått. Det syntes som at familien og særlig far og sønn hadde funnet «nye måter å være sammen på» (Stern, 1998) omkring Vidars opplevelse av engstelse. Foreldrene rapporterte en reduksjon i symptomer og at Vidar hadde det bedre nå, og far uttrykte ikke lenger forvirring og krevde svar på hvordan de skulle møte Vidars atferd men var nå rolig og opptatt av hvordan Vidar hadde opplevd krigen på skolen. En slik antatt økning i intersubjektiv relatering mellom foreldrene og Vidar, kan ha vært avgjørende for å hjelpe Vidar tilbake i et utviklingsspor for økende selvregulering (Sameroff & Fiese, 2000) av egen engstelig aktivering. Vidars kapasitet for oppmerksomhet til og håndtering av tidligere unngått affekt, syntes altså å utvikle seg noe etter terapien, og foreldrenes nye forståelse av Vidars uttrykk var ett mulig bidrag til denne utviklingen.

En annen faktor som syntes viktig i foreldrearbeidet, var foreldreterapeutens betoning av hvor viktig det er å kunne tåle sine egne følelser før man skal hjelpe barnet med barnets følelser. Terapeuten var tydelig på at det kunne virke som at far hadde vansker med å håndtere sin egen engstelse, og at hun derfor kunne se for seg at far kunne oppleve det utfordrende å skulle sette seg inn i og forholde seg til Vidars opplevelser av angst, når far selv strevde med det samme. Far syntes å forstå hva terapeuten mente. Dersom far lot denne forståelsen styre ham i situasjoner hvor Vidar var redd, kunne far overlate ansvar til mor og la Vidar slippe å rette sin oppmerksomhet til fars egen frykt for at sønnen skulle oppleve det samme som ham – å bli mobbet, ha få venner, og en lav selvfølelse. Slik kunne Vidar få frigjort kapasitet til å regulere egen aktivering fremfor fars, og til å rette oppmerksomhet til egne affektoplevelser i stedet for til far sine. Samtalene om fars egen følelshåndtering kunne slik ha satt i gang en samspillprosess som kunne bidra til å øke Vidars affektbevissthet.

Det var påfallende hvordan far etter terapien rapporterte å oppleve Vidar på en annen måte enn mor. Far beskrev Vidar som å vise mer «sinne og sårhet» i CBCL-skjemaet, og etter terapien beskrev far til en medarbeider at han syntes Vidar var blitt mer «frekk, trassig og vanskeligere å ha med å gjøre». Ut fra observasjoner i familiesamtalene syntes Vidar å ha et sterkere bånd til far enn til mor, og far og sønn syntes å bruke mye tid sammen gjennom felles interesser slik som krigspill. I tillegg visste vi at far og sønn liknet hverandre i det å lett bli engstelig. En mulig forståelse er derfor at arbeidet med å tone seg inn på Vidars affektoplevelser i terapien påvirket atferden hans i relasjon til far mer enn i relasjon til mor. Det var jo også en hovedhypotese underveis, at Vidar manglet et forbilde i far for hvordan det gikk an å kunne forholde seg til egen engstelse og samtidig identifisere seg med det som for Vidar fortonte seg som mandige kvaliteter, nemlig krigsinteresse, mot og tøffhet. Far virket ikke å ha bearbeidet egen historie og oppnådd en affektbevissthet som var tilstrekkelig for å kunne regulere først egen engstelse og deretter Vidars. Hvorvidt omsorgsgiveres traumatiske erfaringer er bearbeidet, er vist å påvirke barnets psykiske helse (e.g. Hesse & Main, 1999). Det er mulig at Vidars økte uttrykk av tristhet var noe som Vidar viste særlig overfor far som en primær omsorgsgiver. I siste time hadde far og Vidar sittet tett, og Vidar ble opplevd som å dele mer med far enn før om sine opplevelser av engstelse på skolen. Det virket som at Vidar ønsket at far skulle forstå ham bedre, og at han skulle tolerere engstelsen hans i større grad. Med fortellingen om den ensomme engstelsen som Vidar åpnet seg om for foreldrene mot slutten, fulgte nok også en tristhet over å føle seg alene og måtte håndtere disse affektene helt selv. Fars rapportering om Vidars økte tristhet, trass og sårhet tydet på at Vidar gjennom terapien hadde begynt å våge å vise mer av seg selv overfor far, og på denne måten at han kunne gi bedre uttrykk for egne opplevelser og skaffe seg hjelp til regulering av affekter. Wilson og Ryan (2001) hevder at det ikke er uvanlig at barn kan oppleves som mer «vanskelige» av foreldrene etter terapi, slik Vidars far opplevde det. Hvordan far konkret

responderte på Vidars økte affektuttrykk etter terapien vites ikke, men det at far selv gikk i terapi og var i en prosess der han kanskje fikk det bedre med seg selv, samt at foreldrene hadde funnet en ny måte å forstå det voldsomme lekeuttrykket til Vidar på, taler for at far var bedre rustet enn før til å kunne være en sensitiv, inntonet og regulerende omsorgsgiver for sønnen.

Til sammen synes ulike aspekter ved både terapien med Vidar og foreldrearbeidet å kunne ha bidratt til endringen hans i affektbevissthet – en endring som tydet på at Vidar begynte å tillate seg affektive opplevelser i større grad, og slik kunne bli tydeligere for seg selv og de rundt ham.

Begrensninger og implikasjoner

Konklusjonene fra oppgaven begrenses av den kasuistiske metodens manglende generaliserbarhet – drøftingene som er gjort her, gjelder «Vidar» og hans terapiprosess alene. Den kvalitative metodens subjektive fortolkning i utvalg og anvendelse av litteratur, kan også ses som en begrensning, da andre forskere ville vektlagt andre forståelsesmodeller og annen litteratur. Like fullt representerer diskusjonen fullverdig kunnskap som én mulig fortolkning av den presenterte terapiprosessen, og tekstens subjektivitet er tilstrebet å være beriket gjennom metodetriangulering, relevant litteratur og en dybde og gjennomsiktighet som lar leseren bedømme konklusjonene.

En hovedimplikasjon av besvarelsen er at «affektbevissthet» synes å gi mening som et begrep for å forstå sentrale terapiprosesser, særlig når det sammenholdes med tilgrensende litteratur om emosjonsregulering, oppmerksomhetsregulering, selvorganisering og mentalisering. På denne måten framstår «affektbevissthet» som et samlebegrep for en rekke grunnfunksjoner i barns utvikling. Det trengs imidlertid flere studier som kan etablere enda tydeligere hvordan dette begrepet og aspektene i det forholder seg til mål for psykisk helse, for å oppnå en sterkere begrepsvaliditet.

En annen implikasjon er hvordan denne terapiprosessen synes å bekrefte viktigheten av at barnet opplever seg forstått av en sensitiv og inntonet terapeut, for at det skal kunne la seg dele sine indre opplevelser. Dette ble demonstrert både gjennom samtale og gjennom inntoning til lek og nonverbale kommunikasjonsformer. Relasjonelle prosesser og intersubjektivitet i terapien syntes å være knyttet til økt affektiv utveksling og bevissthet hos Vidar – han kunne tåle mer oppmerksomhet til det ubehagelige. På denne måten synes

kasusanalysen å bidra til å bekrefte sammenhengen mellom barns samspill med omgivelsene, og deres emosjonelle utvikling, slik det beskrives i den teoretiske litteraturen.

En siste implikasjon er hvordan det ville vært spennende å vite mer om hva som lå til grunn for Vidars *reduerte* skårer på affektbevissthetsintervuet etter terapien. En hypotese som ved senere målinger av Vidar kan bli avklart, var at den økte opplevelsen av affekter gjennom terapien skapte en overveldende reorganisering av affekt (Solbakken et al., 2011), og dermed førte til at det ble vanskeligere for Vidar å sette ord på følelser. For bedre å forstå hvordan utvikling i affektbevissthet arter seg, bør framtidige studier søke å avdekke slike endringsmekanismer mer i detalj. Det ville særlig vært spennende å benytte seg av fysiologiske målemetoder under gjennomføringen av affektbevissthetsintervjuet, for å undersøke hvorvidt emosjonell aktivering i intervjusituasjonen kan henge sammen med en redusert begrepsmessig forståelse av egne emosjonelle opplevelser.

Referanser

- Achenbach, T. S., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral Problems and Competencies Reported by Parents of Normal and Disturbed Children Aged Four Through Sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1), 1-82.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Beauchaine, T. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: Toward an integrated model of autonomic nervous system functioning in psychopathology. *Development and Psychopathology*, 13, 183-214.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2003). An Expanded View of Intersubjectivity in Infancy and its Application to Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(6), 837-873.
- Binder, P.-E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Braarud, H. C. (2010). Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. Er spedbarnet en aktiv samspillspartner? I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 137-156). Oslo: Gyldendal.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376

- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent Themes in the Study of Emotional Development and Emotion Regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On The Nature of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 377-394.
- Cartwright- Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence og anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Derryberry, D., & Rothbart, M. R. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3/4), 169-200.
- Eley, T. C., & Stevenson, J. (1999). Exploring the Covariation between Anxiety and Depression Symptoms: A Genetic Analysis of the Effects of Age and Sex. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 40(8), 1273-1282.
- Emde, R. N., Plomin, R., Robinson, J., Corley, R., DeFries, J., Fulker, D. W., . . . Zahn-Waxler, C. (1992). Temperament, Emotion, and Cognition at Fourteen Months: The MacArthur Longitudinal Twin Study. *Child Development*, 63, 1437-1455.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. doi: 10.1177/1077800405284363
- Folkehelseinstituttet. (2014). Psykisk helse hos barn og unge - Folkehelserapporten 2014. Hentet 17.12.14, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110703::0:7243:12:::0:0
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 346-353.

- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 8(1), 87-114. doi: 10.1080/10481889809539235
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. doi: 10.1080/07351692209348990
- Gallese, V. (2003). The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180. doi: 10.1159/000072786
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications*. (s. 469-496). New York & London: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 1089-2680/98/\$3.00
- Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. doi: 10.1037/a0032135
- Haavind, H. (1996). Leken som virkemiddel i psykoterapi med barn. I S. Reichelt & H. Haavind (red.), *Aktiv psykoterapi* (s. 245-280). Oslo: Gyldendal.
- Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Hardee, J. E., Benson, B. E., Bar-Haim, A., Mogg, K., Bradley, B. P., Chen, G., . . . Pérez-Edgar, K. (2013). Patterns of Neural Connectivity During an Attention Bias Task Moderate Associations Between Early Childhood Temperament and Internalizing Symptoms in Young Adulthood. *Biological Psychiatry*, 74, 273-279. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.036
- Hart, S. (2011). Indledning. I S. Hart (red.), *Neuroaffektiv psykoterapi med barn* (s. 11-29). Danmark: Hans Reitzels Forlag.

- Haugvik, M. (2012). Structured parallel therapy with parents in time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 504-518. doi: 10.1177/1359104512460859
- Hesse, E., & Main, M. (1999). Second-Generation Effects of Unresolved Trauma in Nonmaltreating Parents: Dissociated, Frightened, and Threatening Parental Behavior. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 19(4), 481-540. doi: 10.1080/07351699909534265
- Hoffart, M., & Svendsen, B. (2013). Uhåndterlige følelser. Oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet forstått i et emosjonsreguleringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 802-808.
- Holmqvist, R. (2008). Psychopathy and Affect Consciousness in Young Criminal Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(2), 209-224. doi: 10.1177/0886260507309341
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.60110707.163539
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 25-40). Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010a). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge*
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010b). Innledning. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 15-24). Bergen: Vigmostad & Bjørke.

- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 35-73). Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2015). *Manual for Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB) - Et utviklings- og samspillsperspektiv (under utgivelse)*.
- Johnsen, A., Sundet, R., & Torsteinsson, V. W. (2000). Daniel Sterns selvutviklingsmodell. I A. Johnsen, R. Sundet, & V. W. Torsteinsson (red.), *Samspill og selvopplevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2000). Å forstå hverandre - hva er det? I A. Johnsen, R. Sundet, & V. W. Torsteinsson (red.), *Samspill og selvopplevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier* (s. 75-92). Oslo: Unversitetsforlaget.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early Childhood Predictors of Adult Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1536-1541.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology, 11*, 209-224.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 44*(8), 1116-1129.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 39*(1), 47-63.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357-361.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 19(4), 576-617. doi: 10.1080/07351699909534267
- Martinsen, K., & Hagen, R. (2013). Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen & R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 15-47). Oslo: Gyldendal.
- McLeod, J. (2001a). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications Ltd.
- McLeod, J. (2001b). 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(1), 3-11.
- McLeod, J. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. doi: 10.1080/14733145.2011.548954
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-Behavioral Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 237-244. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x

- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J. T. Monsen (red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s. 90-136): Ad Notam Gyldendal
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and Affect Consciousness: Initial Experiences With the Assessment of Affect Integration. *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(8), 740-751.
- Monsen, J. T., Taarvig, E., & Solbakken, O. A. (2013). *Kartlegging av affektbevissthet hos barn: Intervjuguide*. Universitetet i Oslo.
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 149-157.
doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.003
- Novick, J., & Novick, K. (2000). Parent Work in Analysis: Children, Adolescents, and Adults. Part One: The Evaluation Phase. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 1(4), 55-77.
doi: 10.1080/15289168.2000.10486376
- Novick, K. K., & Novick, J. (2005). *Working with parents makes therapy work*. Plymouth: Jason Aronson.
- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 247-254.
- Oosterlaan, J. (2001). Behavioural inhibition and the development of childhood anxiety disorders. I W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (red.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, assessment and intervention* (s. 45-71). Cambridge: Cambridge University Press.

- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. Hentet 17.12.14, fra <http://cursa.ihmc.us/rid=1GQXCR08F-1VH0C1J-GB5/affective%20consciousness.pdf>
- Rapee, R. M. (2002). The Development and Modification of Temperamental Risk for Anxiety Disorders: Prevention of a Lifetime of Anxiety? *Biological Psychiatry*, *52*, 947-957.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, *27*, 169-192. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230
- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The Heritability of Inhibited and Uninhibited Behavior: A Twin Study. *Developmental Psychology*, *28*(6), 1030-1037.
- Rosén, A. (2013). *Föräldraarbete parallellt med korttidsterapi för barn. Föräldrars upplevelser och terapeuters processbeskrivningar*. (Psykologexamensuppsats), Stockholms Universitet, Stockholm.
- Russ, S. W. (2004). *Play in Child Development and Psychotherapy: Toward Empirically Supported Practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, *12*, 265-296.
- Safran, J., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance ruptures as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, *27*(2), 154-165.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *158*, 760-765.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. I J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (red.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2. red.). Cambridge: Cambridge University Press.

- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15. doi: 10.1017.S0954579403000312
- Schore, A. N. (2014). The Right Brain is Dominant in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388-397. doi: 10.1037/a0037083
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change Processes in Child Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728. doi: 10.1017/S0954579400004946
- Smerud, H. S. (2012). Kasusformulering og behandlingskvalitet. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 22-32). Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496. doi: 10.1080/10503307.2011.583696
- Sroufe, L. A. (1995). Meaning, evaluation and emotion. I L. A. Sroufe (red.), *Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years*. (s. 131-147). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stern, D. N. (1998). *The Interpersonal World of The Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: H. Karnac (Books) Ltd.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., . . . Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The "Something More" Than Interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.

- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1995). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach* (2nd red.). New Jersey: The Analytic Press.
- Sutton, A. (2002). Psychoanalytic psychotherapy in paediatric liaison: a diagnostic and therapeutic tool. *Journal of Child Psychotherapy*, 28(2), 181-200. doi: 10.1080/00754170210143807
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og forståelse*. (s. 69-96). Oslo: Gyldendal.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 41- 61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen , B., & Jacobsen, K. (2013). Emosjoners kommunikative funksjon i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 809-813.
- 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: 10.1177/1359104514538434
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201-216.
- Tomkins, S. S. (1984). Affect Theory. I K. R. Scherer & P. Ekman (red.), *Approaches to Emotion* (s. 163-177). New York: Psychology Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 42(1), 3-48.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1-13.

- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., . . . Stern, D. N. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal, 19*(3), 290-299.
- Tsiantis, J. (2000). Introduction. I J. Tsiantis, B. Boëthius, B. Hallerfors, A. Horne, & L. Tischler (red.), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (s. xvii-xxix). London: Karnac Books.
- Urnes, Ø. (1997). Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I S. Karterud & J. T. Monsen (red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (s. 64-89). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 82-94.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies. *Psychological Bulletin, 117*(3), 450-468.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and psychopathology. A conceptual framework. I A. M. Kring & D. Sloan (red.), *Emotion Regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (s. 13-37). New York: Guilford Press.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2001). Helping parents by working with their children in individual child therapy. *Child and Family Social Work, 6*, 209-217.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2005). *Play Therapy: A non-directive approach for children and adolescents* (2. red. Vol. 2.). Oxford: Elsevier Limited.
- Winters, N. C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*, 111-132. doi: 10.1016/j.chc.2006.07.010
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Doughan, 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.

