

”GUTTEN SOM MÅTTE ØVE PÅ Å TA PÅ SYNLIGHETSKAPPEN”

En kasuistisk studie av hvordan psykoterapi kan bidra til økt affektbevissthet hos barnet og økt forståelse av barnets behov hos foreldrene.

Ingrid Størset Johansen

Vår 2015

Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Psykologisk Institutt

NTNU, Trondheim

Veileder: Birgit Svendsen

Sammendrag

Studien viser hvordan psykoterapi med et barn kan bidra til å øke affektbevissthet hos barnet, samt øke forståelsen av barnets behov hos foreldrene. Terapiforløpet er med en gutt med vansker med å forstå egne følelser og regulere seg selv. Terapiformen som er brukt er tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge, der hovedmålet er å opprette eller gjenopprette intersubjektiv deling mellom foreldre og barn. I terapien ble det lagt vekt på å bedre affektbevissthet og emosjonsregulering hos barnet og økt forståelse av barnet hos foreldre. Barnet oppleves etter endt terapi som å være i utvikling mot å få en integrering av det emosjonelle uttrykket, toleransen, opplevelsen og den begrepsmessige forståelsen av følelsene. Foreldrene ser i større grad etter forklaringer på hvorfor barnet viser den spesifikke atferden og ser ut til å møte barnets behov på en bedre måte. Og de jobber for å ligge i forkant og identifisere stressorer i miljøet til barnet for å bedre forstå hva som skaper vansker hos barnet. Dette fører forhåpentligvis til at aktivering ikke blir overveldende, men en kilde til å bli tydeligere for seg selv og andre.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Forord..... | 2 |
| Innledning..... | 3 |
| Internaliserende vansker..... | 5 |
| Emosjonsregulering..... | 5 |
| Affektbevissthet..... | 10 |
| Somatiske plager..... | 11 |
| Intersubjektivitet..... | 12 |
| Foreldrenes forståelse av barnet..... | 13 |
| Metode..... | 15 |
| Kasus..... | 15 |
| Datainnsamling..... | 15 |
| Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge..... | 16 |
| Affektbevissthetintervju..... | 17 |
| Resultater..... | 17 |
| Kasuspresentasjon..... | 17 |
| Henvisning..... | 17 |
| Anamnese..... | 18 |
| Klinisk psykologisk undersøkelse og valg av terapifokus..... | 18 |
| Kasusformulering..... | 20 |
| Terapiens startfase..... | 22 |
| Terapiens midtfase..... | 23 |
| Terapiens slutfase..... | 24 |
| Foreldresamarbeidet..... | 25 |
| Avslutningen..... | 28 |
| Affektbevissthetsintervju..... | 29 |
| Premåling..... | 29 |
| Postmåling..... | 30 |
| Foreldrerapportering..... | 31 |
| Psykologfaglig forståelse..... | 32 |
| Diskusjon..... | 33 |
| Begrensinger og implikasjoner..... | 37 |
| Referanseliste..... | 39 |

Forord

Jeg har gjennom studiet fått økt kunnskap både om terapi for voksne og terapi for barn. Etter mine første erfaringer med barneterapi på klinikken økte spesielt interessant for barns utvikling og terapi med barn. Jeg synes barns utvikling og muligheten til å gjøre betydelige endringer gjennom terapi ved å få barnet inn på riktig utviklingsspor slik at barnet opplever en positiv endring er et motiverende mål for terapien. Etter klinikken på studiet fikk jeg mulighet til å være studentterapeut på et forskningsprosjekt kalt ”Objektive endringsmål i terapi med barn”. Dette styrket interessen min for å jobbe med barn og deres foreldre og den intersubjektive tilnærmingen til å jobbe med barn har siden appellert sterkt til meg. Det ble veldig naturlig for meg å benytte muligheten til å skrive om tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og bruke kasus fra forskningsprosjektet for å illustrere hvordan man jobber gjennom et terapiforløp, dette ga meg også muligheten til å kunne bli nærmere kjent med teorien rundt behandlingsmetoden. For meg har kasus alltid vært tydelige eksempler på hvordan teori og klinisk praksis kan knyttes sammen, og har gitt meg økt forståelse av terapi og teoretisk kunnskap. Jeg håper denne oppgaven kan gjøre det samme for andre.

Stor takk til alle som har vært med på å gjøre arbeidet med denne oppgaven mulig, og en spesielt stor takk til min veileder Birgit Svendsen for gode tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Takk til Kristina og Thea for deres innspill. Og all takknemmelighet til Petter for hans støtte, oppmuntring og tålmodighet. En helt spesiell takk til min klient Svein, for våre mange møter og at jeg fikk dele dine opplevelser.

Svein er en 11 år gammel gutt som er henvist for hodepine, svimmelhet, vansker med å forholde seg til tid. Han har problemer med innsovning på kvelden og hjemme har han hatt store sinneutbrudd. Han snakker ikke om følelser før de blir for overveldende og da kommer alt på en gang. Svein føler seg mye misforstått av venner og familie. Når Svein kommer til klinikken er han stille, lite vital og har avflatede emosjonsuttrykk. Han er utydelig i sine signaler og det er vanskelig å tolke hvordan han har det og hva hans ønsker og behov er. Foreldrene forteller at de er uenige om hvordan de skal oppdra Svein

Barn i terapi kommer til terapi fordi foreldrene ønsker at barnet skal få hjelp, det er ikke alltid foreldrene og barnet har samme oppfatning av hva som er barnets utfordringer. Barnet er ikke nødvendigvis selv klar over hvorfor det skal i terapi og hva terapi går ut på. For å kunne møte barnets behov på en best mulig måte er kunnskap om barn nødvendig. Slik kan man forstå barns verden og være i stand til å kommunisere med barn. Intersubjektivitet er en viktig del av denne prosessen, for å skape kontakt med barnet og skape et trygt rom for barnet hvor det kan dele tanker, følelser og fornemmelser (Hansen, 2012). Barn er avhengige av sine omsorgsgivere gjennom oppveksten. Adekvat støtte fra omsorgsgiverne gjennom de første leveårene er en viktig forutsetning for å kunne mestre de ulike utfordringene livet gir. Barn krever riktig omsorg fra første stund for en adekvat utvikling. Dette gir gode argumenter for tidlig intervensjon for å sikre barnet tilstrekkelig støtte gjennom utviklingen (Fonagy & Target, 2002).

Tidsavgrenset intersubjektiv terapi fokuserer på å gi en forståelse av barnets symptomer og vansker, og målet er å få barnet tilbake i riktig utviklingsløp fremfor å kun behandle symptomer (Johns & Svendsen, under trykk). Dette er i tråd med forskning rundt emosjonsregulering, psykopatologi og terapi som understreker at et økt fokus på emosjoner i terapi kan være fordelaktig. Og peker med det på at mye av terapien fokuserer på eksterne hendelser eller å endre dysfunksjonell tenkning, mens mange har problemer med emosjoner som angst, sinne og tristhet (Southam-Gerow & Kendall, 2002).

Det stilles stadig strengere krav til evidensbaserte metoder i klinisk praksis. En metaanalyse av korttids psykodynamisk terapi fant at behandlingen kan være effektiv for flere ulike lidelser hos barn og unge (Abbass, Rabung, Leichsering, Refseth & Midgley, 2013). Psykodynamisk terapi kan begrense risiko for tilbakefall og ser ut til å være en god metode for behandling av komorbide lidelser for barn med internaliserende vansker (Muratori, Picchi, Bruni, Patarnello & Romagnoli, 2003). Denne oppgaven ser på hvordan tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge kan brukes til å øke affektbevissthet og bedre

emosjonsregulering hos et barn med internaliserende vansker. Terapimetoden har vist positive endringer etter endt behandling (Haugvik & Johns, 2008). Tidsavgrenset intersubjektiv terapi vektlegger betydningen av å formulere et metaforisk fokus med en ordlyd som barnet kan kjenne seg igjen i og relatere seg til (Johns & Svendsen, under trykk). Dette er i overensstemmelse med Bordins (1979) vektlegging av enighet rundt terapiens mål som en viktig del av alliansen mellom terapeut og pasient. Han mener tre trekk i terapien er viktige for utviklingen av allianse, enighet rundt terapiens behandlingsmål, et emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient, samt enighet om terapeutiske oppgaver. Han vektlegger betydningen av allianse i terapi som en mulig nøkkelmekanisme for endring hos pasienten (Bordin, 1979). Det terapeutiske forholdet til barnet er viktig for utfallet av behandlingen (Shirk & Karver, 2003).

Det er gjort lite forskning på effektivitet av psykoterapeutisk behandling av barn sammenlignet med forskning gjort på voksne (Shirk & Karver, 2003). Denne oppgaven er del av en større studie som ser på objektive endringsmål i terapi med barn mellom 9 og 13 år. Prosjektet benytter tidsavgrenset intersubjektiv terapi som behandlingsmetode for barn med internaliserende vansker, og er godkjent av Regional etisk komite. Denne oppgaven beskriver et bestemt terapiforløp fra dette prosjektet og diskuterer hvordan terapien kan ha bidratt til positiv endring hos barnet og endring i foreldrenes forståelse for barnet sitt.

Problemstilling:

”Hvordan kan prosesser ved tidsavgrenset intersubjektiv terapi forklare økt affektbevissthet hos et barn og bedre foreldrenes forståelse av gutten og forståelse av hvordan de påvirker hverandre?”

For å gi en best mulig forståelse av Sveins terapiforløp vil jeg først gi en presentasjon av teori relevant for å forstå Sveins utvikling. Oppgaven fokuserer på emosjonsregulering og affektbevissthet hos Svein og foreldrenes forståelse av Svein. I kaspresentasjonen fremheves delene av terapien som anses som relevant for Sveins endringer og utvikling, hvordan tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn har bidratt til å øke affektbevissthet og emosjonsregulering hos Svein. Oppgaven avsluttes med diskusjon rundt Sveins utvikling med utgangspunkt i oppgavens problemstilling.

Internaliserende vansker

Barn- og ungdoms psykopatologi kan deles i to grupper, eksternaliserende vansker og internaliserende vansker. Disse to fenomenene kan opptre samtidig, men hvert fenomen har distinkte kjennetegn. Fenomenene karakteriseres av ulike atferdsferdsuttrykk, bestemte emosjoner og evne til regulering (Eisenberg, et al., 2001). Eksternaliserende vansker kjennetegnes av forstyrrende og skadelig atferd som ofte er tydelig for miljøet rundt barnet eller ungdommen (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000) og kan typisk karakteriseres med sinne, impulsivitet og lav emosjonsregulering (Eisenberg et al. 2001). Internaliserende vansker kjennetegnes av forstyrrelser i emosjoner og humør. Vanskene er ofte er knyttet opp mot følelser som tristhet, skyldfølelse, bekymring, frykt (Zahn-Waxler, et al., 2000) og sosial tilbaketrekning (Eisenberg et al., 2001). Å kartlegge om barnets vansker er internaliserende og eksternaliserende kan være nyttig blant annet for å predikere barnets problematferd og tilpasningsevne. Eisenberg et al. (2001) fant at barn med internaliserende vansker har større tilbøyelighet for tristhet, lavere impulsivitet og lavere egenkontrollert regulering av emosjoner samt skårer høyere på frykt sammenlignet med barn uten vansker. Barn med internaliserende vansker ser også ut til å skåre forskjellig på sinne avhengig av om det er barnets mor, far eller lærer som rapporterer dataene. Barn med internaliserende vansker er oftere overkontrollerte og uttrykker ikke nødvendigvis sitt sinne på samme måte som de med eksternaliserende vansker. Det er også sannsynlig at de i mindre grad uttrykker negative emosjoner. Dette gjør at det er vanskeligere å observere sinne hos internaliserende barn og det kan tenkes å være en årsak til hvorfor resultatene varierer ut fra hvem det er som rapporterer dataene. Barn med internaliserende vansker er dårligere til å regulere oppmerksomhet, dette stemmer overens med at de har vansker for å regulere indre emosjoner som tristhet og angst, som kan gjøre det vanskelig å holde fokus på ytre aktiviteter. De har lavere egenstyrt kontroll og høyere ufrivillig kontroll som kan vises i form av en mer anspent fremtreden. Dette kan føre til at barna har vansker for fleksibel tilpasning som en følge av at de blir mer rigide og viser en manglende spontanitet og fleksibilitet (Eisenberg et al., 2001).

Emosjonsregulering

Allerede som nyfødte kan barn beskrives av foreldre som å ha egenskaper som oppleves som typiske og som karakteriserer barnet. Noen barn oppleves som veldig lette å trøste, regulere og med en god søvnrytme, mens andre kan være utfordrende å roe ned og krever mye arbeid fra foreldrenes side for å finne en jevn søvnrytme. Dette er barnets temperament. Gjennom barnets utvikling skal barnet lære seg å regulere seg selv og gradvis gå over fra en ytre styrt regulering, hvor omsorgspersoner støtter og hjelper barnet til å

regulere seg selv, til en indre styrt regulering, hvor barnet selv blir i stand til å regulere sine emosjoner og tilpasse dem til situasjoner. Denne utviklingen av emosjonsregulering skjer med barnets temperament som et utgangspunkt foreldrene bygger videre på (Southam-Gerow & Kendall, 2002).

Ulike tanker og situasjoner vekker ulike emosjoner. Emosjonene bestemmer ikke individets reaksjon, men gjør det mer sannsynlig å reagere på gitte måter. En situasjon som vekker sinne, gjør individet sint og mer tilbøyelig til å vise sinne. Dette kan allikevel påvirkes gjennom hvordan vi reagerer og regulerer våre reaksjoner på emosjoner (Gross, 2002).

Utvikling av emosjonsregulering er en viktig oppgave for barn. Et nyfødt spedbarn er ikke i stand til å regulere seg selv. Små barn har i liten grad utviklet en egen evne til emosjonsregulering. Denne utviklingen skjer gjennom interaksjon og samhandling med barnets omsorgspersoner. Barnet må få hjelp til å tolerere sine egne følelser, skille mellom ulike former for aktiveringer og kunne tolerere aktivering uten å overveldes. Et eksempel er når barnet søker trøst hos omsorgsgiver, og dermed får ytre hjelp til å regulere ned aktivering (Torsteinson, Brantzæg & Øiestad, 2013). Et barn skal mestre mange emosjonsbaserte utviklingsoppgaver i løpet av livet. Alle disse oppgavene krever emosjonsregulering i større eller mindre grad. Oppgavene innebærer toleranse for emosjoner og frustrasjon, mestring av frykt og angst, å involvere seg i og glede seg over andre, gjenkjenne fare, å beskytte seg selv og sitt innenfor de grensene som er ansett som akseptabel atferd. Barnet må mestre å være alene, utvikle en interesse og motivasjon til å tilegne seg ny kunnskap og å opprettholde vennskap (Cole, Michel & Teti, 1994). Kravene til barnets emosjonsregulering stiger i takt med barnets utvikling og blir over tid mer komplekse og krevende (Tronick, 1989).

Emosjonsregulering representerer en kritisk utfordring som er viktig både for interpersonlig og intrapersonlig fungering (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Det er viktig å kunne regulere egne emosjoner for å kunne omgås andre. Et barn som ikke klarer å regulere sinne og som utagerer vil kunne få problemer med å holde på venner, mens et barn som ikke klarer å regulere engstelse og tristhet vil oppleve følelsene som overveldende og kan få emosjonelle vansker. Emosjonsregulering kan defineres som emosjoner som reguleres og er regulert (Cole et al., 2004). Emosjonsregulering er et omfattende begrep og innebærer flere prosesser.

Eisenberg og Spinrad (2004) forklarer emosjonsregulering mer detaljert som en prosess som må skyldes en form for intensjonell atferd. De inkluderer derfor ikke automatiserte reaksjoner eller reflekser som følge av emosjoner. Heller ikke ansiktsuttrykk som ikke har noe mål utover det å være en reaksjon på en emosjon eller stressreaksjoner blir inkludert i deres definisjon av emosjonsregulering fordi det ikke er intensjonelt. Begrepet brukes intensjonell i

en noe utvidet form og inkluderer atferd som ikke er direkte bevisst, et eksempel på dette er et lite barn som begynner å leke med en leke for å distrahere seg fra ubehaget over at mor har forlatt rommet. Dette barnet vil ikke bevisst tenke at det nå skal ta i bruk en emosjonsreguleringsstrategi, men distraksjonen kan sees som en måte for barnet å regulere bort ubehag. Eisenberg og Spinrad (2004) har følgende definisjon:

Emosjonsrelatert selvregulering som en prosess av initiering, unngåelse, inhibering, opprettholdelse av eller modulasjon av, forekomst, form, intensitet eller varighet av indre følelsetilstander, emosjonsrelaterte fysiologiske prosesser, oppmerksomhetsprosesser, motivasjonelle tilstander og/eller den medfølgende atferden av emosjoner med å oppnå affektrelaterte biologiske eller sosiale tilpasninger eller oppnå individuelle mål (Eisenberg & Spinrad, 2004, s.338, egen oversettelse).

Emosjonsregulering utvikles i interaksjon med omsorgsgivere, og samspillet mellom barnet og omsorgsgiverne er derfor en sentral del av utviklingen av emosjonsregulering. Tronick (1989) viser til at normalt samspill mellom foreldre og barn består av positive affektive, gjensidig koordinerte samspill fra omsorgsgivere med gjentagende sekvenser av negative affektive, ukoordinerte samspill som repareres med nye positive koordinerte samspill over tid. Et normalt samspill veksler mellom interaktive brudd og reparasjoner. Dette er en verdifull læringsprosess for barnet, hvor det lærer at det interaktive stresset som oppstår når omsorgsgiver og barn ikke er koordinerte er midlertidig. Barnet får erfaringer med at ubehaget knyttet til disse bruddene i koordinert samspill ikke er vedvarende. Tronick (1989) mener at når barn viser internaliserende eller eksternaliserende vansker, kan dette relateres til balansen i barnets opplevelse av mestring og feiling i sosioemosjonelle interaksjoner og fungeringen av det affektive kommunikasjonssystemet som barnet deltar i. Barnets oppfatning av samspillet som positivt eller negativt er knyttet til hvorvidt barnet opplever mestring i sine sosioemosjonelle interaksjoner. Hans tolkninger er at om mor er deprimert og ikke fasiliterer barnets målrettede atferd på en tilfredsstillende måte, og har en dårlig koordinering av affekter og møter barnet på en negativ måte, så vil barnet oppfatte dette som et signal på at atferden det viser er feil og som en konsekvens av dette slutte med atferden. Dermed har barnet endret positiv målrettet atferd på grunn av mors samspill og samspillet har et negativt utfall for barnet i form av at barnet slutter med positiv målrettet atferd. Tronick (1989) understreker at mange faktorer spiller inn, og at påvirkningen fra mors samspill kan være både negativt og positivt. Under et normalt samspill vil periodene med interaktive brudd være kortvarige, og store deler av samspillet vil oppleves positivt for barnet. Faktorer som kan påvirke samspillet er sosial støtte, stress og selvtillit. Han understreker at

samspeillet er gjensidig og at barnet også er en aktiv deltager i samspeillet hvor egenskaper hos barnet, som for eksempel barnets temperament, kan være med å påvirke. Eldre barn har andre og større krav til hva de skal mestre med mer komplekse utfordringer som stiger ut fra barns erfaringer med gjensidig regulering og evne til å selvregulere (Tronick, 1989). Barnets medfødte temperament er grunnsteinen som emosjonsreguleringen skal bygge videre på, men emosjonsutviklingen skjer gjennom samhandling og interaksjon med omsorgsgivere.

Det er spesielt tre familievariasjonsvariabler som påvirker emosjonsutviklingen. Den første er foreldrenes affektive stillasbygging hvor foreldrene hjelper barnet med å øke forståelsen for, og reguleringen av emosjoner gjennom positiv emosjonell støtte og en passende balanse av autonomi. Foreldrene hjelper barnet til å mestre oppgaver det ikke enda klarer alene, slik at barnet utvikler seg og gradvis kan mestre oppgavene selvstendig. Den andre er hvilke foreldremetoder foreldrene benytter. Foreldre som støtter barna og setter fokus på å hjelpe barnet gjennom emosjonelle hendelser øker emosjonsregulering og forståelse hos barnet, mens foreldre som selv uttrykker mange negative emosjoner ser ut til å ha barn som er dårligere på emosjonsregulering. I hvilken grad foreldrene evner å møte barnet og se barnets behov, hvordan de håndterer ulike situasjoner og hvor konsekvente de er i sine reaksjoner på barnets atferd er foreldremetoder som er med å påvirke emosjonsutviklingen. Den tredje familievariasjonsvariabelen er hvordan mors psykopatologi kan øke barnets risiko for emosjonell ubalanse gjennom interaksjoner over tid som kan påvirke barnets utvikling i en negativ retning (Southam-Gerow & Kendall, 2002).

God emosjonsregulering innebærer en rettet oppmerksomhet, en integrering av det reaktive i emosjonen og de kognitive prosessene som tolker og regulerer. Det reaktive i emosjonen er autonom aktivering av hjerterytme, pust, muskelspenninger og stresshormoner. Denne integreringen er det omsorgsgivere som hjelper barnet med. Dersom barnet ikke får hjelp til å integrere dette av de i miljøet rundt seg, vil barnet oppfatte det reaktive i emosjonen som kroppslig uro fordi det kognitivt ikke klarer å sette den kroppslige aktivering i sammenheng med situasjonen. Barnet må kunne knytte sammen det kognitive, emosjonen og den kroppslige aktiveringen for å forstå emosjonen og aktiveringen den gir. Barnet må forstå hvorfor kroppen blir aktivert og hva det kommer av for å kunne rette kraften og oppmerksomheten i riktig retning (Jacobsen, 2010). I en terapisisituasjon vil det være terapeuten som hjelper barnet til bedret emosjonsregulering gjennom felles oppmerksomhet, intersubjektivitet, affektinntoning og affektiv stillasbygging (Svendsen, 2010).

Gross (2002) sammenlignet i sin litteraturgjennomgang to emosjonsreguleringsstrategier for å undersøke om en emosjonsreguleringsstrategi er mer

hensiktsmessig enn en annen. To strategier ble sammenlignet; revurdering (reappraisal) hvor man endrer hvordan man tenker om en hendelse for å minske den emosjonelle påvirkningen, og ekspressiv undertrykkelse hvor man hemmer pågående emosjonelt uttrykt atferd. Gross (2002) konkluderer med at undertrykkelse er kognitivt kostnadsfullt sammenlignet med revurdering. Undertrykkelse krever overvåking og korrigerende av seg selv gjennom hele den emosjonelle hendelsen, mens revurdering skjer tidligere under den emosjonelle hendelsen og dermed ikke tar opp like mange ressurser. Det er mer krevende å overvåke seg selv for å passe på å ikke vise emosjonelle reaksjoner, og det tar ressurser bort fra blant annet emosjonelle signaler (cues) fra andre. De som brukte revurdering ble funnet å være bedre likt av andre sammenlignet med de som brukte undertrykkelse. Dette tyder på at strategiene som brukes kan ha betydning for sosial kompetanse. Studien viser videre til at undertrykkelse i liten grad demper opplevelsen av negative emosjoner. Strategien er assosiert med en økning i sympatisk aktivering av det kardiovaskulære systemet og individet må bruke kognitive ressurser for å opprettholde strategien. En annen bakside ved undertrykkelse er at det i tillegg demper det positive uttrykket av emosjonen. Revurdering ble funnet å dempe både uttrykket og opplevelsen av den negative emosjonen, og er ikke assosiert med økt sympatisk aktivering. Revurdering har ingen negative kognitive konsekvenser, og ser ut til å ha mange fordeler over undertrykkelse. Undertrykkelse vil i enkelte situasjoner allikevel være beste alternativ for emosjonsregulering dersom man ikke kan bruke revurdering. Det kan være aktuelt dersom revurdering av situasjonen vil innebære å endre viktige personlige mål (Gross, 2002). Denne gjennomgangen er basert på voksne og er ikke nødvendigvis direkte overførbart til barn. I en terapisisituasjon vil det være viktig å være oppmerksom på dårlig emosjonsregulering og å se barnet i sammenheng med miljøet det oppholder seg i over tid (Svendsen, 2010). Gjennom å skape trygghet gjennom å anerkjenne, bekrefte og møte barnet, skaper terapeuten rom for at barnet kan dele følelsesmessige tilstander og blir forstått. Dette bidrar til økt differensiering av følelser som er en viktig del av utvikling av emosjonsregulering (Svendsen, 2010). Terapeuten må i terapi hjelpe barnet med å få til en funksjonell kognitiv regulering av emosjonell reaktivitet, dette vil innebære en god forståelse av sammenhengen mellom hva man opplever og føler, og hvordan kroppen aktiveres. Dette skjer ved at barnet klarer å få det reaktive i emosjonen til å møte kognitive prosesser som differensierer, regulerer og retter kraft og oppmerksomhet, hvilket igjen medfører at barnet klarer å regulere spenninger og aktivering som oppstår fra kognitive prosesser (Jacobsen & Svendsen, 2010). Jacobsen (2010) argumenterer for behandling av grunnfungering og fokus på å få barnet tilbake på riktig utviklingsspor fremfor symptomfokuset behandling. Han

mener et ensidig fokus på symptomer vil kunne endre symptomenes uttrykk og få barnet til å fremstå mer velregulert, mens det egentlig benytter nye strategier og verktøy for å unngå kroppslig aktivering. Barnet kan da fremstå mer funksjonelt, men samtidig ha like store vansker.

Forståelsen av andres mentale tilstander er en nøkkelegenskap i selvreguleringen og utviklingen av selvregulering er linket sammen med utviklingen av mentalisering. Ettersom mentalisering har en stor og viktig plass i menneskets sosiale fungering er det naturlig å tenke at det gjennom evolusjonen har vært viktig å kunne tolke hverandres handlinger i en interpersonlig kontekst. Forståelsen av indre tilstander er viktig for kommunikasjon og tolkning av andre rundt oss i jobb, kjærlighet og lek (Fonagy & Target, 2002). Et individs evne til å oppfatte og reflektere rundt affekt er knyttet til affektbevissthet og er en sentral del av begrepet (Monsen, Eilertsen, Melgård og Ødegård, 1995).

Affektbevissthet

Utviklingen av affektbevissthet og affektregulering starter allerede så tidlig som de første månedene av livet og er avhengig av omsorgsgivers adekvate og tilpassede responser til barnets affekter for en best mulig utvikling og integrering av ulike aspekter av selvet. Utviklingen av affektbevissthet er erfaringsavhengig og utvikles gjennom samhandling med omsorgsgivere. Fra ung alder er lek en viktig del av den begynnende forståelsen av egne følelser og andres følelser (Mohaupt, Holgersen, Binder & Nielsen, 2006).

Affektbevissthet referer til en persons evne til å oppfatte, reflektere og uttrykke affekt (Monsen et al., 1995). Affektbevissthet måles med et affektbevissthetsintervju ut fra grad av bevissthet og toleranse til affekter, og grad av ikke verbal og ekspressivt uttrykk av affekter gjengitt i fire begreper. Disse er bevissthet og toleranse for følelser, emosjonell ekspressivitet og begrepsmessig ekspressivitet av følelser. Begrepene omfatter ni affekter; 1. interesse/begeistring 2. fornøyelse/glede 3. frykt/panikk 4. sinne/raseri 5. ydmykelse/skam 6. tristhet/fortvilelse 7. sjalusi/misunnelse 8. skyldfølelse/anger 9. ømhet/hengivenhet. Hvordan affektene tolkes avhenger av kognitive tolkninger av tidligere situasjoner som igjen er avhengig av tidligere erfaringer. Affektbevissthet er en viktig del av individets fungering som utgjør en betydelig del av selvstrukturen og er blant annet med på å avgjøre om affekter skal ha en organiserende eller ødeleggende effekt på individet (Monsen et al., 1995).

Taarvig, Solbakken, Grova og Monsen (2014) undersøkte sammenhenger mellom affektbevissthet og mental helse. De fant en sterk negativ korrelasjon mellom en global skåre på affektbevissthet og både depresjon og angst hos barn basert på informasjon om mental helse gitt fra barn, mødre og lærere, men ikke når sammenligningen baserte seg på fedrenes

rapporteringer. Studien peker på viktigheten av affektintegrering for utviklingen av gode sosiale ferdigheter. Deres funn støtter antagelsen om at affektbevissthet er sterkt assosiert med mental helse og fungering hos barn med psykiske lidelser og da spesielt angst og depresjon. Affektive opplevelser kan være en viktig del av utviklingen av sosial kompetanse og forebygging av psykopatologi hos barn. Vurdering av barnets affektbevissthet kan være et nyttig verktøy i forskning og planlegging av behandling hos barn med internaliserende vansker. Taarvig et al. (2014) fremhever i tillegg barns evne til å reflektere og håndtere egne affektive opplevelser som en viktig del av utviklingen av sosial kompetanse og viser til signifikante korrelasjoner mellom empati og barnas rapporteringer, samt korrelasjon mellom ansvar og mødrenes rapporteringer. Konklusjonen er at funnene støtter antagelsen om at barns evne til å reflektere og regulere affektive opplevelser kan være med å forebygge psykopatologi hos barn (Taarvig et al., 2014). Affektbevissthet har i tillegg vært knyttet opp mot somatiske plager hos barn (van der Veek, Nobel & Derkx, 2012).

Somatiske plager

Mange barn har somatiseringsproblemer i tillegg til vansker med emosjonsregulering. Det har lenge vært antatt at somatiseringsplager hos barn har sammenheng med affektbevissthet og dårlig emosjonell bevissthet, eller alexitymia. Alexitymia er et personlighetstrekk hvor personen har vansker med å beskrive og identifisere egne følelser. De klarer ikke å se hvordan kroppslige plager kan være et uttrykk for emosjoner (Van der Veek et al., 2012). Van der Veek et al. (2012) undersøkte sammenhengen mellom affektbevissthet og somatiske plager og fant en direkte assosiasjon mellom differensiering av emosjoner og somatiske plager, samt kroppslig bevissthet og somatiske plager hos barn. Når de korrigerer for angst og depresjon fant de at denne linken var perfekt mediert av angst og depresjon, og at det ikke var noen direkte link mellom affektbevissthet og somatiske plager. Van der Veek et al. (2012) argumenterer videre for at dette tyder på at noe av forklaringen for assosiasjonen mellom affektbevissthet og somatiske plager kan forklares ut fra negative internaliserende emosjoner. De fant at større bevissthet for kroppslig aktivering og emosjoner hos barna ga større symptomtrykk på angst og depresjon. De vektlegger to mulige forklaringer på resultatene. Den ene er at høyere bevissthet rundt koblingen mellom emosjoner og kroppslig aktivering hos barna gjør at barna blir mer angstfylte av den kroppslige bevisstheten og dermed rapporterer somatiske plager i større grad enn andre barn. Den andre er at disse barna generelt har forhøyet kroppslig aktivering sammenlignet med andre. De konkluderer med at forholdet mellom affektbevissthet og somatiske plager er forenklet, men understreker at dette kan tyde på at dårlig affektbevissthet har en indirekte sammenheng med symptomer på angst

og depresjon og dermed en indirekte sammenheng med somatiske plager (van der Veek et al., 2012). Det er også funnet at somatiske plager minsker med alder hos barn, mens bekymringstanker øker (Rieffe et al., 2010). Last (1991) fant derimot at andelen med somatiske plager øker med alderen i et utvalg av engstelige barn. Hun finner at somatiske plager har en sammenheng med angst. Last (1991) konkluderer med at det ikke er noen kjønnsforskjeller i rapporteringen av somatiske plager. Egger, Costello, Erkanli og Angold (1991) fant kjønnsforskjeller knyttet til korrelasjonene til somatiske plager hos barn. Hos jenter var somatiske plager assosiert med emosjonelle plager og spesielt angst og depresjon, hos guttene var det kun smerter i muskel og skjelett som var assosiert med emosjonelle lidelser. Somatiske plager hos guttene var i større grad assosiert med utagerende (disruptive) atferd (Egger et al., 1991). Rieffe, Terwogt og Bosch (2004) har sett på sammenhengen mellom emosjoner og somatiske plager hos barn og funnet at disse barna oppgir flere negative emosjoner og lavere grad av tilfredshet. Det er uklart hvordan det kausale forholdet mellom emosjoner og somatiske plager hos barn henger sammen. Det kan tenkes at mange somatiske plager kan føre til mer negativt humør, samtidig som at det også kan tyde på at variasjoner i emosjonelle reaksjoner kan gi somatiske plager. En gjennomgang av studier av voksne med somatiseringslidelser fant at de har større vansker med å fortelle utdypende om egne emosjoner, og er dårligere til å linke kroppslig aktivering til følelser. Dette kan tyde på at kroppslig aktivering mistolkes som symptomer på sykdom. Pasienter med somatoforme lidelser har emosjonsreguleringsvansker i form av mangler i den kognitive prosesseringen av emosjoner samt et hemmet eller forsterket uttrykk av emosjonen. Denne studien er imidlertid en studie av voksne med somatoforme lidelser og er ikke direkte overførbar til barn med somatiske plager, men illustrerer en mulig kobling mellom emosjonsregulering og somatisering (Waller & Scheidt, 2006).

Intersubjektivitet

Intersubjektivitet handler om det som skjer her og nå, et opplevelsesfelleskap mellom to mennesker hvor man deler blant annet tanker, følelser og fornemmelser, og skaper en mental kontakt med andre (Hansen, 2012).

For barnet innebærer intersubjektivitet muligheten til å skape opplevelser med en mentalt tilstedeværende annen (Stern, 2010). Stern (2010) mener at barnet viser tegn til intersubjektiv relatering, et ønske om å dele og en forventning om at andre vil dele subjektive opplevelser, allerede i syv til ni måneders alder. På dette punktet er barnet preverbalt og de mentale tilstandene som gir grunnlaget for denne konklusjonen er felles oppmerksomhetsfokus, dette vises gjennom å følge en annens synsretning og felles

intensjoner som kommer til syne gjennom gester, stillinger, handlinger og ikke-verbale vokaliseringer, og felles affektive tilstander. Sistnevnte anses som mest relevant. For at både barnet og foreldrene skal føle at en intersubjektiv utveksling rundt affekt har funnet sted, må foreldrene først lese barnets følelsetilstand. Deretter vise dette i sin egen atferd på en måte som er lik, men ikke tilsvarende barnets atferd. I tillegg må barnet selv være i stand til å lese foreldrereaksjonen som noe som har med sin opprinnelige følelsesmessige opplevelse å gjøre uten at det tolkes som ren imitasjon. Dette er affektinntoning. Stern (2010) beskriver ”Affektinntoning er derfor utførelse av atferd som uttrykker følelseskvaliteten ved en delt affektiv tilstand uten å imitere det nøyaktige atferdsmessige uttrykk for den indre tilstand” (p.209). Han legger den følelsesmessig betydningen i uttrykket på intonasjon, og mener imitasjon gjengir form, mens inntoning gjengir følelsen og er kjernen i affektinntoning.

En begynnende forståelse av intersubjektivitet skjer mot slutten av første leveår og innebærer at barn begynner å forstå at de kan påvirke andre gjennom intensjonelle handlinger og at en kan dele oppfatninger av verden og følelser med disse. Denne begynnende preverbale forståelsen av intersubjektivitet er allikevel på et annet nivå enn hva en verbal forståelse av intersubjektivitet innebærer (Bretherton & Fritz, 1986).

Foreldre har en enorm implisitt kommunikativ kompetanse, de tilpasser intuitivt kommunikasjonen til spedbarnets kompetansenivå for å forstå og attribuere mening til sitt barn. Foreldrenes måte å respondere og speile barnet, og barnets evne til å koble det en ser i foreldrene til ens egen atferd spiller en viktig rolle. Gjennom denne prosessen vokser en forståelse av affekter, intensjoner, behov og motiver, felles oppmerksomhet, og delt opplevelse med omgivelsene (Papousek, 2007). Intersubjektivitet er en viktig del av det å utvikle et subjekt, de forutsetter hverandre og påvirker hverandre gjennom barnets utvikling (Hansen, 2012). Intersubjektivitet er viktig for å fremme individualisering og autonomi hos barnet og det å lykkes med intersubjektivitet kan gi følelse av økt trygghet (Stern, 2010).

Foreldrenes forståelse av barnet

Barn er komplekse og deres vansker kan være sammensatte. De påvirker og blir påvirket av miljøet og konteksten de lever i, og foreldrenes rolle og påvirkning på barnets liv er stor. Barnets omsorgskontekst bør av denne grunn være en integrert del av behandlingsopplegget rundt barnet (Hansen, 2012). Foreldrene har mye kunnskap om barnet, og en terapeuts jobb vil være å skape et godt samspill og en god dialog mellom barnet og foreldrene. Hvordan man skal inkludere foreldrene i barnets behandling må vurderes ut fra hver enkelt sak. Men et godt samarbeid med foreldrene er en viktig del av barneterapeutisk arbeid. Mange foreldre trenger hjelp til å forstå barnet sitt. Terapeuten kan hjelpe foreldrene

til å se hva barnet formidler, og øke forståelsen for hvordan barn bruker lek til å uttrykke seg (Svendsen, 2010). Emosjonsregulering hos barn utvikles gjennom samspillet med foreldre. Mentalisering omhandler evnen til å tolke andres atferd intensjonelt, altså å forstå andre innenfra og seg selv utenfra. Evnen til å ta den andres perspektiv på hvordan vedkommende ser og forstår seg selv. Sentralt med mentalisering er det å tolke andres intensjoner og følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). En god forståelse av eget sinn er forbundet med god regulering av følelser, misforståelser rundt eget og andres sinn er forbundet med enkelte former for psykopatologi. Mentalisering er en viktig evne i den sosiale verdenen mennesker lever i, og innebærer også det å forstå uskrevne regler. Mentalisering skjer implisitt og foregår kontinuerlig, men dersom en møter utfordringer i dialog med andre så kan individet benytte mer eksplisitt mentalisering og tenke over hva den andre mener eller spørre den andre personen direkte. Mentaliseringsevnen er også avhengig av våre affektive tilstander, under sterk frykt, sinne og angst vil mentalisering svekkes (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Overført til foreldre kan dette innebære at foreldrenes evne til å tolke barnets intensjoner og forstå barnets perspektiv kan svekkes ved sterke affektive tilstander. Det kan tenkes at mange konflikter som vekker sinne hos foreldre, også er med og svekke deres evne til å se barnets behov. Dette kan være med på å opprettholde uønskede negative mønstre i samhandlingen.

Fonagy og Target (1997) argumenterer for at det viktigste for at et barn skal utvikle en god mentaliseringsevne er at foreldrene klarer å gi barnet en opplevelse av å bli representert i foreldrenes sinn som en person med ønsker, følelser og intensjoner, slik at barnet oppdager sitt intensjonelle selv. Dermed er mentalisering hos foreldrene helt sentralt i møte med barnet. Dersom foreldrene har uhensiktsmessige måter å møte barnet på, kan det gi begrensinger i barnets reflekterende fungering. Biologiske sårbarheter hos barnet kan også spille inn i foreldre-barn relasjonen. I en transaksjonell modell vil man se begge parter som en handlende agent som gjensidig påvirker hverandre, for eksempel kan biologiske sårbarheter som hyperaktivitet hos barnet påvirke relasjonen mellom foreldre og barn på en negativ måte. Dersom foreldrene ikke ser barnets behov, men heller reagerer med sinne og frustrasjon, vil foreldre og barn påvirke hverandre negativt over tid (Fonagy & Target, 1997). Sharp og Fonagy (2008) konkluderer med at manglende eller forvridd mentaliseringsevne hos foreldre er korrelert med, og muligens også kan være en predikator for psykososialt utfall hos barnet, uavhengig av om den utilstrekkelige mentaliseringen skyldes karakteristikk hos barnet, foreldres psykopatologi eller begge deler. De understreker at psykopatologi hos foreldre ikke er den eneste måten barn kan utvikle vansker og beskriver en mengde faktorer som kan virke forstyrrende på mentaliseringen, blant annet barnets temperament, familiestruktur,

livshendelser og predisponerende genetiske faktorer. De vektlegger at når foreldre ikke er tilstrekkelig i sin behandling av barnet som en psykologisk agent og å møte barnets sinn, så vil barnet være i høyere risiko for å utvikle psykopatologi (Sharp & Fonagy, 2008).

Foreldrenes mentaliseringsevne vil ha betydning for deres evne til å tolke og forstå barnets intensjoner og ta barnets perspektiv. Foreldrenes forståelse av eget barn har stor betydning for barnets utvikling (Sharp & Fonagy, 2008). Foreldreinvolvering er trukket fram som en faktor som har positivt utfall for effektiviteten til terapien (Bratton et al., 2005; Ray, Bratton, Rhine, & Jones, 2001).

Metode

Kasus

Kasusstudier er blitt kritisert for å være uvitenskapelige med begrunnelse i at de er subjektive tolkninger med manglende datamateriale og analyse. I den senere tid har kasusstudier blitt mer anerkjent som et nyttig verktøy for å gi rik dybdeinformasjon og opptak og måleverktøy har bedret mulighetene for tolkning og analyse av andre enn terapeuten selv. Som alle metoder har kasusstudier både styrker og svakheter. Kasusstudier er nyttige i form av at de gir rikelig med informasjon med mulighet for å identifisere mange ulike faktorer og prosesser som pågår under terapien. Denne dybdeinformasjonen er vanskelig å fange opp ved studier med mange deltagere og få observasjoner. Kasusstudier blir presentert i en relevant kontekst med høy relevans for klinikere og har høy validitet (McLeod & Elliot, 2011). De kan gi nyttige eksempler på god og dårlig klinisk praksis og er nyttige i veiledning og undervisning. Enkelttilfeller og kasusstudier er blitt kritisert for å ikke å være generaliserbare, og det er viktig å ta høyde for dette (McLeod & Elliot, 2011). Flyvbjerg (2006) argumenterer for at kasusstudier kan brukes til generalisering dersom de benyttes til falsifisering eller for å undersøke ”kritiske tilfeller” (critical cases), dette er da tilfeller hvor det legges til grunn at dersom det er gyldig for et spesifikt tilfelle, så vil det være gyldig for alle/mange tilfeller. Han mener videre at det ikke er mulig å lage generelle predikeringer som gjelder på tvers av ulike kontekster for samfunnsvitenskapelige temaer og mener på bakgrunn av dette at generaliserbarhet er overvurdert.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført som en del av et større forskningsprosjekt kalt ”Objektive endringsmål i psykoterapi med barn”. Inklusjonskriterier for barna i studien er internaliserende vansker samt at barnet er mellom 9-13 år gammel. Foreldrene fylte ut CBCL før terapioppstart samt etter endt behandling, og barnet gjennomførte et affektbevissthetsintervju før oppstart og etter avslutning. Barnet og foreldre ble fulgt opp av

hver sin terapeut. Terapiforløpet består av tre klinisk psykologiske undersøkelsestimer, fire foreldresamtaler, ti individuelle samtaler med barnet og tre fellessamtaler med foreldre, barn og begge terapeuter til stede. Teamet bestod også av to andre terapeuter samt en psykologspesialist som fungerte som veileder med overordnet ansvar og som observerte hver time bak speil. Etter hver time ble refleksjoner og tanker drøftet med gruppen i et veiledningsmøte. Terapimanual for tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi ble fulgt i det terapeutiske arbeidet (Johns & Svendsen, under trykk).

Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn og unge

Metoden har som mål å tilby barn en trygg, forutsigbar ramme innen terapien for å uttrykke og dele følelser, tanker og opplevelser samt å gi nye relasjonserfaringer som kan føre til endring og utvikling. Tidsavgrenset terapi er beregnet på barn i alderen 5-13 år. Det er tre spesifikke kjennetegn for metoden. Det første er formulering av et utviklingsrettet terapifokus i form av en metafor. Det andre er en tydelig tidsavgrensning og det siste kjennetegnet er parallelt foreldrearbeid. Det skal være kontinuitet og regelmessighet i møtene med barnet. Det er ikke varigheten på terapien totalt sett, men selve tidsavgrensningen som er poenget. Dette for å gi rammer, oversiktighet og forutsigbarhet. Ved behov kan terapisekvensen repeteres. Foreldrearbeidet underveis er en nødvendig del for å skape endring og utvikling. Samspillet mellom terapeut og barn brukes som en aktiv mekanisme for å bedre barnets utvikling av grunnfunksjoner, og relasjonen i terapien blir dermed en teknikk i seg selv. Man kan ta i bruk tilnærminger og teknikker tilpasset det enkelte barns behov under terapiprosessen, men det terapeutiske samspillet er en grunnleggende del av behandlingen (Johns & Svendsen, under trykk). Dette er i overensstemmelse med at allianse i terapi er en del av essensen i endringsprosessene i terapi (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2003).

Metoden fokuserer på å øke den intersubjektive delingen mellom foreldre og barn. Den vektlegger intersubjektiv utveksling for å understreke at ny relasjonell erfaring med intersubjektivitet ses som grunnleggende for at utviklings- og endringsprosesser kan skje i terapi. Her legges til grunn at intersubjektivitet både er et relasjons- og et utviklingsbegrep som omhandler det samspillet som skjer mellom to individer som møtes, hvor den nonverbale affektive dialogen er i sentrum med muligheter for utveksling og deling av subjektive opplevelser her og nå. Dette er grunnlaget for selvutvikling (Johns & Svendsen, under trykk). En viktig del av alliansen med barnet er å finne et terapifokus. Terapifokuset formuleres som en metafor og tar utgangspunkt i noe barnet kan relatere seg til (Johns & Svendsen, under trykk). Dette tydeliggjør et felles mål for terapien hvilket er i overensstemmelse med Bordins (1979) vektlegging av enighet om terapiens mål som en viktig del av allianse i terapi.

Terapifokus er knyttet til barnets utfordringer og skal formidle håp om endring og utvikling. Eksempler på terapifokus kan være ”Her kan vi gå på jakt for å finne skattene dine”. Fokuset referer til at barn og terapeut sammen skal fokusere på å bli bedre kjent med barnets indre opplevelsesverden gjennom terapiprosessen. Et annet eksempel på et terapifokus er ”Her kan vi bli bedre kjent med barnedialekten” som innebærer anerkjennelse og forståelse av barnets følelser, reaksjoner og tidligere opplevelser og at barn og terapeut sammen jobber for å kunne uttrykke og skape ny mening til disse (Johns & Svendsen, under trykk).

Tidsavgrenset terapi for barn og unge bruker en på forhånd bestemt avgrensning i tid og tydeliggjør dette ved hjelp av en kalender i terapien. Kalenderen er ment som et visuelt hjelpemiddel hvor barnet tegner i rutene etter hver time, en rute tilsvarer en time. Den er ment som en oversikt over tiden for å bidra til sammenheng, kontinuitet, hjelpe hukommelsen og gi barnet et mulighet for deling av følelsesuttrykk (Gyldal, 1998;2002, omtalt i Johns & Svendsen, under trykk). På denne måten kan en gi unge en opplevelse av kontroll over egen terapitid, hvilket er viktig for allianse og autonomiutvikling (Johns & Svendsen, under trykk).

Affektbevissthetsintervju

Affektbevissthetsintervjuet er et semistrukturert intervju som måler affektbevissthet over ni kategorier 1. interesse/begeistring 2. fornøyelse/glede 3. frykt/panikk 4. sinne/raseri 5. ydmykelse/skam 6. tristhet/fortvilelse 7. sjalusi/misunnelse 8. skyldfølelse/anger 9. ømhet/hengivenhet. Hver kategori vurderes ut fra fire kriterier for følelsesbevissthet, disse er 1. Oppmerksomhet, som måler personens evne til å gjenkjenne og observere egne følelsesreaksjoner. 2. Toleranse, som måler personens evne til å la følelsene virke inn på seg og hva personen bruker følelsen til. 3. Emosjonell ekspressivitet som omhandler følelsens uttrykk rent atferdsmessig gjennom ansiktuttrykk, mimikk, stemmebruk, pust osv. 4. Begrepsmessig ekspressivitet, som omhandler personens evne til å sortere opplevelser/erfaringer etter bestemte regler og hvor kompleks og nyansert, mettede og innholdsrike beskrivelsene av egne følelser er (Monsen, Taarvig & Solbakken, 2013). Affektbevissthetsintervjuet er funnet å være reliabelt, både i form av intertaterreliabilitet, indre konsistens og generaliserbarhet (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011).

Resultater

Kasuspresentasjon

Henvising. Svein er en 11 år gammel gutt som ble henvist for hodepine, svimmelhet, smerter i skuldre og vansker med å sovne om kvelden. Det opplyses videre om at Svein har vansker med å beregne tid. Dette fører til at han ofte er for sent ute til ulike aktiviteter, og

dette har blitt en kilde til konflikt mellom Svein og foreldrene. Svein har vanskelig for å snakke om følelser, og kan bli veldig sint og ha store sinneutbrudd hjemme.

Anamnese. Sveins foreldre bekrefter vanskene oppgitt i anamnesen. De forteller at Svein iblant kan bli veldig sint. Da kommer ”alt” av tanker frem. De forteller videre at det er vanskelig å få ham til å snakke om vanskelige følelser før det ”renner over” i et sinneutbrudd. Sveins foreldre er uenige om hvordan de skal respondere ovenfor Svein når han blir sint. Dette viser seg i situasjoner hvor Svein blir sint, da reagerer mor og far ulikt. Mor forteller at hun blir veldig medfølelse med Svein og forstår at han har det vanskelig, mens far blir sint og kjefter på Svein. Dette kan resultere i diskusjoner om oppdragelse samtidig som de forsøker å roe ned Svein. Foreldrene forteller at Svein krangler med venner og føler seg ofte misforstått. Vennene trår over grenser til tross for at han selv mener han setter tydelige grenser. Hjemme beskriver foreldrene problemer med innsovning og problemer med å prate om vanskelige følelser og opplevelser. Svein er skoleflink, aktiv i fotball og kor på fritiden. Sveins mor har tidligere blitt diagnostisert med en angstlidelse. Svein bor med mor og far, samt en søster på 13 år og en bror på ni år.

I den første timen med foreldre og Svein sier Svein lite, er stille og sjenert. Han sier ingenting om det han synes er vanskelig eller er redd for. Han har lite mimikk og det er vanskelig å tolke hvordan han har det. På direkte spørsmål unngår Svein å svare, eller kommer med korte svar.

Klinisk psykologisk undersøkelse og valg av terapifokus. Svein er stille og sjenert i vår første time. Han er vanskelig å lese, viser lite ansiktsmimikk og vitalitet. Når vi prater om ufarlige ting som skole og fritidsaktiviteter, svarer han greit. Men på direkte spørsmål om vanskelige tema, skifter han tema eller lar vær å svare. Når vi spiller spill blir han svært oppslukt av spillet og fokuserer mest på å vinne og viser lite interesse for reglene. Svein ser ut til å mestre aktiviteter som har mye struktur. Under lek i sandkassen viser han lite eget initiativ og om jeg ikke tar initiativ tar det lang tid før leken får innhold av figurer og fantasi. Den første timen er det kun oppstilling i sandkassen og ingen lek. Svein forholder seg for det meste rolig i timene og han er tydelig lite vital.

Den andre kliniskpsykologiske undersøkelsestimen starter likt som den første, Svein er veldig forsiktig og rolig. Men i denne timen er han mer tilstede i interaksjonen mellom oss. Han smiler med et diskre smil og gir blikkontakt. Disse små øyeblikkene med blikkontakt gir en opplevelse av utvidelse av kontakt. Svein forteller og prater mer i denne timen, men unngår å svare på spørsmål som rører ved det han synes er vanskelig. Vi spiller spill og leker i sandkassen. Jeg trekker inn aktuell tematikk og prøver å tematisere følelsene til Svein og

hva som er vanskelig for han, men spørsmålene blir for direkte og fører kun til unnvikelse. Svein ser ut til å respondere bedre på at jeg bekrefter han og møter han med blikkontakt heller enn at jeg stiller spørsmål. Vi leker i sandkassen, setter opp trær og leker med hester og helikopter. Denne timen er det mer lek enn oppstilling, og Svein velter ved et uhell helikopteret over hestene, mens jeg gir hestene stemmer og lager lyd. Svein liker denne responsen og velter helikopteret enda en gang, i denne situasjonen viser Svein et tydelig smil, og jeg smiler tydelig tilbake til han. Litt utover i leken tar Svein den ene figuren ut av sandkassen og kaster den hardt i hyllen, og viser med dette en litt annen side av seg selv med mye kraft. Samtidig virker denne kraften litt malplassert og uregulert da den dukker opp uten at det er noen tydelig grunn til å kaste figuren hardt i veggen annet enn at den figuren ikke skulle være med videre i leken. Vi snakker sammen gjennom timen både indirekte gjennom lek og direkte gjennom samtale om hva Svein liker å holde på med. I leken er figurene i to leire. Hvor mammafiguren er i den ene leiren, og pappafiguren er i den andre leiren og leirene er i krig med hverandre. Dette kan være et uttrykk for hvordan Svein opplever foreldrenes konflikter rundt oppdragelse hjemme og det gjenstår å se om dette blir et gjentakende tema i leken.

I den siste klinisk psykologiske undersøkelsestimen tar jeg opp smertene som var nevnt i henvisningen og spør om han har mye vondt nå. Svein forteller at han ikke har vært så mye svimmel, hatt vondt i hodet og skuldrene den siste tiden. Jeg snakker om hvordan vanskelige følelser og stress kan gi slike smerter, og forsøker å øke Sveins forståelse av hvordan emosjoner kan påvirke kroppen. Svein lytter, men sier lite. I denne timen er jeg mer tilbakeholden og lar Svein styre leken i sandkassen, han bruker et kvarter med klapping i sanden før han tar med leker i sandkassen, og bruker dermed veldig lang tid på å komme i gang med leken på egen hånd. Svein forteller spontant at han har hatt bursdag og at han kun fikk myke pakker, hvilket han er veldig skuffet over. Her viser Svein skuffelse både verbalt og nonverbalt. Videre hadde vi fokus på hvordan en kan føle to ting samtidig, som både skuffet og glad og hvordan dette kan være vanskelig og forvirrende, Svein lytter her, men sier ingenting.

Etter disse tre timene ble fokuset drøftet i veiledningsgruppen og vi kom fram til at misforståelser og følelsen av at andre ikke forstår bør være sentralt i fokuset. Henvisningen beskrev en del somatiske plager, men han forteller at de kommer sjeldnere nå, han forteller at det ikke er så ofte at han er svimmel, har vondt i hodet og skuldrene. Det kan tenkes at Svein har en dårlig forståelse av egne følelser og behov, og at det blir vanskelig for han å være tydelig ovenfor andre fordi han ikke selv vet hva han vil. Svein er interessert i Harry Potter

bøkene og for å knytte fokuset opp mot noe som Svein kan relatere seg til, formulerte vi fokuset til ”Å ta på synlighetskappen”. Synlighetskappen er en metafor for å være tydelig overfor andre. Dette er en metafor som Svein kan relatere seg til, slik at han også føler eierskap til sin egen terapiprosess. Fokuset ble forklart som at synlighetskappen kan være svak eller helt av i enkelte situasjoner, mens den i andre situasjoner kan være veldig sterk og tydelig. Mor har tidligere hatt angstanfall noe som har ført til at hun ikke har vært i stand til å være oppmerksom på Svein og hans behov. Svein kan tenkes å ha erfaringer med skuffelse over å ikke få behovene sine møtt når han henvender seg til mor. Svein snakker om faren i timene, men sier ikke så mye om mor.

I timen hvor begge terapeuter, foreldre og Svein var samlet og fokus ble presentert, ble Svein svært stille og vag. Under en sekvens i timen la mor veldig mye ansvar på Svein og uttrykte at Svein måtte si ifra til dem når ting var vanskelig. Svein blir da veldig ”liten” og viser regressiv atferd hvor han krymper ned i sofaen og stemmen hans nærmest forsvinner når han prater. Vi ser da en veldig liten og umoden gutt. Når temaet senere skifter over til lesing og ting han mestrer godt, vokser han igjen fram, får en sterkere stemme og snakker mer. Det virker som at Svein i denne situasjonen viser ubehag på en umoden måte. Han klarer ikke vise ubehaget på en aldersadekvat måte og viser det nonverbalt med regressiv atferd.

Videre snakker vi om at foreldrene også kan jobbe med å gjenkjenne situasjoner hvor Svein har på synlighetskappen sin og at de må anerkjenne dette eksplisitt, men at dette allikevel ikke betyr at Svein må få viljen sin hver gang han er synlig. Årsaken til at foreldrene skal anerkjenne hva Svein ønsker eksplisitt er for at Svein selv skal bli mer klar over hva han signaliserer til andre, og på den måten også selv bli mer bevisst sine emosjoner og behov. På den måten kan man tenke at Svein over tid også vil bli mer tydelig overfor seg selv, og at foreldrene slik kan hjelpe Svein med å øke affektbevissthet og bedre emosjonsregulering.

Både Svein og foreldrene likte fokuset. En viktig del av TIB innebærer at foreldrene eksplisitt anerkjenner terapifokuset foran barnet, slik at barnet klart vet at foreldrene godkjenner fokuset. For meg som terapeut innebærer dette fokuset å tydeliggjøre eksplisitt når Svein uttrykker seg og viser emosjoner gjennom benevning. Dette har tre formål; sjekke om min oppfatning av hva han ønsker/viser i situasjonen er riktig; eksplisitt tydeliggjøre overfor Svein hvordan jeg forstår han og hvilken påvirkning han har på meg og å vise tilbake til Svein hva han formidler slik at han kan forstå seg selv bedre.

Kasusformulering. Sveins vansker ved oppstart ble beskrevet som sinneutbrudd og vanskeligheter med å uttrykke følelser. Svein snakker ikke om det han synes er vanskelig og foreldrene beskriver store sinneutbrudd hvor alle vanskene kommer fram. Svein var svimmel,

hadde smerter i skuldre og hodepine ved henvisning. Han sliter med å sovne på kveldene og kan fremstå veldig aktivert og våken ved leggetid. Han klarer ikke regulere ned aktiveringen. Svein føler seg misforstått av venner og foreldre. Sveins foreldre beskriver at Svein ofte føler at vennene hans trår over grensene hans til tross for at han selv mener at han sier tydelig ifra. Han har vanskeligheter med å vurdere hvor lang tid ulike aktiviteter tar som igjen gjør at Svein ofte er sent ute.

Tabell 1

Biopsykososiale faktorer i utviklingen av Sveins vansker

| Individuelle og systemiske faktorer | Biologiske | Psykologiske | Sosiale |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Predisponerende | Mor har panikkangst. Psykiske lidelser hos oldeforeldre. Dårlig søvn fram til 18 mnd. | Mor panikkangst. Snakker ikke om vansker og følelser. Dårlig emosjonsregulering. Sinneutbrudd. Søvnvansker. | Lite, forsinket og flat ansiktsmimikk. Dårlig kommunikasjon av egne ønsker og behov. Føler seg misforstått. Foreldre er uenige om oppdragelse. |
| Utløsende-stressorer | | Identitetsutvikling. | Foreldre har to ulike oppdragelsesstiler. Mors panikkangst under oppveksten. Konflikter med venner. |
| Opprettholdende | Innsøvningsvansker | Sinneutbrudd. Vanskelig å roe ned. Vansker med overganger mellom aktiviteter. Vansker med å forholde seg til tid. Somatiseringsplager. | Foreldrene er uenige om reaksjoner på sinneutbrudd. Lite ansiktsmimikk. Utydelig kommunikasjon. Føler seg misforstått. |
| Beskyttende | Skoleflink. Gode kognitive ressurser. Normal motorisk utvikling. | Kontaktsøkende. Gode kognitive ressurser. Ingen psykisk lidelse. | Har venner. Stabil familieøkonomi. Fritidsaktiviteter. God refleksjonsevne og endringsvillighet hos foreldre. Godt forhold til søsken. |

Terapiens startfase. Når vi snakker sammen i terapien kan Svein fortelle masse om det han mestrer godt, som fritidsaktiviteter og å lese. Han liker godt å fortelle om bøker, hva de handler om og hvor raskt han leser. Han blir stolt og prater ivrig rundt dette. Han spiller fotball og synger i kor og kan fortelle om forestillinger i koret og at han ikke blir nervøs av å synges foran mange tilskuere. I flere av timene spiller vi ”Hei –Et spill om tanker, følelser og situasjoner” (Olsen & Winsnes, 2014). Her ser det ut til å være lettere for Svein å svare på spørsmålene når de kommer som en del av spillet, og han svarer i litt større grad på spørsmålene i spillet. På de fleste spørsmålene snur Svein svarene over på temaer som han er komfortabel å snakke om. Vi svarer annenhver gang og jeg bruker spillet til å trekke inn tematikk som er aktuell for Svein. Jeg forteller historier om at jeg ble utestengt fra lek med mine venner og passer på å snakke om følelsene hendelsen vekket i meg. Jeg nevner skuffelse, tristhet, sinne og hvordan disse er motstridende på den måten at jeg ønsker å være med vennene, men samtidig ble lei meg og sint på vennene mine. Svein forteller spontant om et tilfelle hvor han ble utestengt når to av vennene hans hadde overnatting uten at han ble fortalt om det. Vi snakker om hendelsen og hva som skjedde og hvordan det føltes og utforsker dette sammen. Svein forteller at han da ble lei seg og trist, og jeg toner meg inn på hans stemningsleie og bekrefter ham på disse følelsene.

Jeg er i tillegg bevisst på at Sveins foreldre har en del uenigheter rundt hvordan de skal møtes Sveins sinne og trekker inn situasjoner rundt kranling i familien. Svein trekker ved et tilfelle et kort som spør hva han er redd for. Svein klarer ikke å svare på spørsmålet, men når jeg omformulerer spørsmålet og sier: ”Hva tror du andre barn på din alder er redde for?”, svarer han raskt at han tror de er redd for at foreldrene skal skilles. Svein klarer ikke å si noe om dette når fokuset er direkte rettet mot han selv. Han snakker om en kompis som nettopp har opplevd at foreldrene flyttet fra hverandre. Vi snakker om hva Svein tenker at kompisen tenkte og følte når dette skjedde, da klarer Svein å snakke om tristhet og bekymringer, og vi utforsker disse følelsene sammen gjennom å snakke om Sveins venn og hvordan Svein tror det var for denne vennen når foreldrene flyttet fra hverandre.

Jeg trekker et kort hvor jeg skal forklare en gang jeg ble sint. Jeg trekker inn Sveins utfordringer i min historie og forteller om å bli misforstått og urettferdig behandlet. Svein lytter godt og følger med på min fortelling om sinne, kanskje fordi dette også var veldig aktuelt for han. Svein forteller at han er mørkredd. Han har problemer med å sovne på kveldene, og han forteller at det er fordi han tenker mye, men han klarer ikke å svare på hva han tenker på. Dette kan knyttes opp mot Sveins vansker med affektbevissthet og

emosjonsdifferensiering. Han klarer ikke si om han er redd eller om det er bekymringer som dukker opp når han skal legge seg, bare at han tenker på mye som gjør at han ikke får sove.

Terapiens midtfase. Time fem startet med at jeg leste opp en terapeutisk historie. Svein tar av seg skoene og setter seg godt til rette i sofaen. Historien omhandler affektbevissthet representert metaforisk gjennom en sky som ikke klarer å kjenne når den trenger å slippe ut regn. Emosjonsregulering i form av at den ikke klarer å porsjonere ut regn og vind. For skyen innebærer dette at andre blir sinte på den og at de ikke forstår at skyen ikke gjør dette med vilje. Skyens problematikk ligger nært opp til Sveins vansker. Selve fortellingen er om tre små skyer som kontrollerer været. To av de tre skyene mestrer oppgaven sin veldig godt, mens den tredje har vansker med å kjenne når han er regntung og derfor pøser regnet ut i store mengder over menneskene og han klarte ikke å slippe ut vinden sin i passe store porsjoner, så den kommer som stormer i stedet. Når skyen gjør dette, blir menneskene sinte på ham og de andre skyene irriterte. Denne skyen føler seg misforstått og lei seg, og har ingen støtte fra de rundt seg. Historien ender med at skyen forteller om vanskene sine til de andre skyene, de forstår at han ikke gjør dette med vilje, og de forsøker å hjelpe han. Litt etter litt blir skyen bedre til å styre været sitt. Når den terapeutiske historien leses opp, sitter Svein helt stille, puster rolig og lytter godt etter. Også nå er ansiktsmimikken til Svein flat og det er vanskelig å tolke hvordan Svein reagerer på historien. Når historien er lest opp sier jeg ”Da er den ferdig, jeg synes det var en fin historie”, Svein nikker forsiktig. Vi snakker ikke mer om historien i denne timen.

Svein blir unnvikende ved direkte spørsmål, men ser ut til å respondere bedre dersom fokuset ligger utenfor han selv som for eksempel når vi spiller ”Hei!”. På bakgrunn av dette tar jeg i bruk å tegne tegneserie som et virkemiddel for å gjøre fokuset på Svein mindre direkte, slik at det vil være lettere for ham å gjennomgå konkrete hendelser i detalj. Jeg tenker at det vil være lettere for Svein å holde ut den emosjonelle aktiveringen en gjennomgang av en konkret hendelse kan gi ham, dersom vi holder fokuset på en tegneserie om en gang Svein og foreldrene kranglet. Svein er i denne situasjonen veldig unnvikende og klarer ikke å huske noen gang hvor han har kranglet med foreldrene, til tross for at foreldrene forteller om nylige krangler. Vi kommer ingen vei med tegneserien, og avslutter etter hvert forsøket på å lage en tegneserie. Det er vanskelig for Svein å prate om kranglene med foreldrene, og tanken bak å lage en tegneserie var at det kanskje ville bli lettere for Svein om oppmerksomheten er rettet mot tegneserien, men han vil likevel ikke å gå inn på temaet. Han klarer ikke å komme på en bestemt hendelse og klarer heller ikke å ordlegge hvordan det føles eller kjennes ut når de krangler. Å fokusere på affekter og emosjoner er utfordrende for Svein, og det er vanskelig å

vite om dette er fordi han ikke ønsker å snakke om det eller om det skyldes at han ikke klarer å differensiere ut de ulike følelsene og ”tåle” den emosjonelle aktiveringen en utforskning av disse situasjonene ville gitt han.

Vi går over til å spille ”Hei!” og det er utfordrende å holde fokus på spillet. Svein begynner å sortere blyantene, pennene og tusjene fra tegningen i stedet for å spille. Han svarer og spiller når det er hans tur, men har hele tiden fokuset rettet mot tusjene og blyantene. Når vi spiller holder han seg til ufarlige tema som at han er redd for at huskatten skal bite. Han sier at han kan bli sint om han ikke får til ting, for eksempel hvis han ikke får til å tegne det han ønsker. Jeg trekker inn emosjonsdifferensiering og affektbevissthet gjennom kommentarer som ”det er merkelig at når en blir kjempesint så kan man begynne å gråte, og at sinne og gråt henger tett sammen om man blir kjempefrustrert”, Svein gir ingen synlig respons på dette. Jeg forbereder Svein på avslutningen og sier ifra når det er ti minutter igjen av timen. Han tegner i kalenderen, og bruker mye tid på å tegne figurer rundt rutene i kalenderen. Jeg sier ifra om at tiden er ute når han er ferdig med å tegne på kalenderen, da går Svein og henter mer å tegne på. Under avslutningen av timen trekker jeg inn fokuset, og påpeker at Svein har på seg synlighetskappen sin og viser at han ikke ønsker å avslutte timen, deretter henviser jeg til fokussamtalen og sier at selv om han har på synlighetskappen, så blir det ikke alltid slik han ønsker. Svein ser ut til å godta dette og avslutter timen.

Terapiens slutfase. Time åtte er en konstruktiv time. Timen starter med at jeg leser opp den terapeutiske historien for andre gang, Svein setter seg godt til rette i sofaen med tekoppen i hånda, lener seg tilbake og lytter mens han gir mye blikkontakt. Etter historien går vi bort til sandkassen. Svein begynner å lage en vulkan. Dette har han ikke bygd tidligere, og vi snakker om hvordan vulkaner kan ha utbrudd og om hvordan tegnene til utbruddet kan vises på forhånd og hvilke tegn dette kan være, vi undrer oss sammen. Utbruddene er metaforer for sinne og overveldende følelser, og Svein forteller at det går an å bruke katter, da de har en sjette sans som gjør at de vil stikke av før et eventuelt utbrudd. Vi snakker om at det er merkelig at når katten har på sin synlighetskappe for å vise at nå blir det utbrudd, så gjør den det ved å bli usynlig. Terapitimen har et fint tempo og det er en god rytme mellom meg og Svein og vi undrer oss sammen over enkelte ting. Svein svarer på direkte spørsmål et par ganger i løpet av timen, noe han ikke har gjort tidligere. Jeg spør hvordan det går an å se hva andre føler, Svein forteller at mamma snakker mye raskere og med pipestemme når hun er stresset. Vi knytter dette opp mot terapifokuset ved å snakke om at dette er mammas måte å ha på sin synlighetskappe og vise at hun er stresset. Vi går tilbake til sofaen for å tegne på kalenderen. Jeg spør Svein om hvorfor han tror vulkaner har utbrudd, Svein svarer at det er

fordi det bygger seg opp og man bare må. Spontant sukker han og legger til ”Det er ikke alle som forstår dette”. Når jeg spør om mamma og pappa forstår dette, så svarer han: ”De har så mye annet å tenke på”. I denne timen snakker vi mye i metaforer, og jeg begynner et øyeblikk å lure på om vi virkelig er i kontakt og forstår hverandre så godt som jeg tror, eller om Svein snakker om faktiske vulkaner og vulkanutbrudd, men når han knytter vulkanutbruddet til sine sinneutbrudd og foreldrenes reaksjon til disse, så får jeg bekreftet at han forstår metaforbruken. Dialogen mellom oss har vært veldig god gjennom hele timen, og det kan se ut til at ved å snakke indirekte om følelser gjennom å bruke metaforer, så klarer Svein å holde ut den kroppslige aktiveringen disse samtalene trolig gir han. Det kan tenkes at å prate om følelser direkte knyttet til han og hendelser han har opplevd blir for direkte og gir for mye aktivering for Svein. Fordi Sveins emosjonsregulering er mangelfull kan følelsene oppleves for overveldende, og dette kan være en mulig forklaring på hvorfor Svein er veldig unnvikende på spørsmål som er knyttet til han. Å prate i metaforer kan være med å skape en avstand til tema som gjør aktiveringen håndterlig, samtidig som han kan utforske og undre seg over ulike følelser og situasjoner.

I kalenderen etter time åtte tegner Svein vulkanen fra sandkassen.

I time ni starter vi i sandkassen og Svein lager på ny en vulkan, og igjen svarer Svein på spørsmål i større grad enn tidligere, men det er fortsatt mange spørsmål som ikke besvares. Svein unngår å svare på spørsmål som omhandler kranling med foreldrene. Han har mye moro med å la vulkanen ha utbrudd hvor han kaster sand opp i lufta fra vulkanen, og viser masse vitalitet. Utover timen blir vulkanen til et kjøpesenter. Mot slutten av terapien ser vi på kalenderen og jeg kommenterer at det kun er en time igjen etter i dag hvor det skal være bare meg og Svein, og en time igjen etter det med foreldre. Svein tegner inn en liten rute på kalenderen etter den siste kalenderruten for å markere det siste møtet hvor også foreldrene skal være med. Jeg forteller Svein at jeg liker å være med ham. Tidligere i terapien har jeg gjentatte ganger bekreftet han. Når Svein får bekreftelse gir han ingen respons, verken verbal eller i form av ansiktsuttrykk. Det kan tenkes at Svein har vansker med å håndtere positiv aktivering i tillegg til negativ aktivering.

Foreldresamarbeidet. Sveins foreldre er ulike. Far er ganske stille, mens mor er den som prater mest. Far er også mer direkte i måten han snakker med Svein på. Mor er mer emosjonell og forteller at hun kan bli veldig medfølelse med Svein i situasjoner som hun ser er vanskelige for han.

I den første foreldretimen kommer det fram at mor har misforstått terapifokuset. Hun har forstått ”å ta på synlighetskappen” som at Svein selv er nødt til å eksplisitt fortelle

foreldrene når han synes noe er vanskelig. Mor legger med dette mye ansvar for Sveins bedring over på Svein. Det forklares her at terapifokuset innebærer mye gjetting og undring fra foreldrenes side, men at det kan tenkes på sikt at Svein vil være i stand til å uttrykke seg verbalt om sine problemer, men at nå i starten innebærer dette at foreldrene må forsøke å forstå og eksplisitt uttrykke situasjoner hvor Svein er urolig, unnvikende, snakker mer eller mindre enn normalt og aktivt spørre om sine tolkninger. Dette vil over tid føre til at Svein vil forstå seg selv bedre, og dette vil gjøre det enklere for ham å være tydelig overfor foreldrene også. Mor legger mye ansvar på at Svein selv skal ordne opp og ta ansvar for sine vansker, det kan virke som mor har en manglende forståelse rundt hvor vanskelig dette er for Svein. Hun ser nå ut til å ha forstått bedre hva som menes med fokuset.

Foreldrene forteller om problemer med sene kvelder, da Svein har så mye glede seg til at han ikke klarer å roe seg. Far forteller at han finner ro ved å holde på med iPaden på kvelden eller å låne en mindfulness-CD som mor har. Denne har han spurt etter noen ganger. For Svein kan både mindfulness-CDen og det å sitte med iPaden være en måte å samle seg før kvelden, og roe ned. Foreldrene forteller at de også blir utålmodige på kvelden når Svein ikke får sove både fordi de selv er slitne, men også fordi de vet hvor trøtt han blir dagen etter. Dette blir fremhevet som noe som kan knyttes opp mot fokus og at det igjen er fint å kunne eksplisitt benevne at dette er en måte å være synlig på. Det kan være vanskelig for foreldrene å se at Svein trenger hjelp til å regulere seg før leggetid fordi de selv er slitne og ikke har overskudd til å sette seg inn i Sveins behov. Dette kan være en uheldig transaksjon mellom Svein og foreldrene hvor Svein trenger deres hjelp. Mens de blir irriterte over at han ikke går å legger seg, fremfor å hjelpe han med reguleringen slik at han senere kanskje blir i stand til å gjøre denne reguleringen på egen hånd.

De forteller i tillegg om en nylig krangel rundt det å være klar til de skal dra og å følge klokken. Foreldrene er uenige om hvordan de skal håndtere kranglene. Far blir sint og sier at Svein ikke får dra på trening og at om han ikke klarer å holde tiden, så må han slutte med fotball. Mor blir medfølende og ønsker ikke å være så streng. Mor forteller at hun blir lei seg når hun ser at Svein blir trist. De forteller om at Svein trenger hjelp til organiseringen når han skal gjøre seg klar. Han klarer ikke å avslutte en aktivitet før han er helt ferdig og rekker derfor ikke neste aktivitet. Foreldrene begynner å krangle foran Svein. Dette kan være vanskelig og gjøre et barn sårt, redd og trist, samtidig som det blir vanskelig for Svein å forholde seg til flere, motstridende beskjeder. Det blir også snakket om at Svein i en time nevnte at han er redd for at foreldrene skal skille seg. Foreldrene forteller at de noen ganger

har kranglet etter at barna har lagt seg og at Svein allikevel har vært våken og muligens fått med seg dette. Foreldrene ser ut til å bli tankefulle rundt dette temaet.

Foreldrene forteller videre at Svein gleder seg til å komme til terapitimene og at det virker som han har funnet tonen med terapeuten. De forteller at Svein forsto fokuset veldig godt og de synes det var fint og godt å se at han virkelig kunne relatere seg til fokuset.

I andre foreldretime forteller foreldrene at det fortsatt er vanskelig for Svein å roe seg ned før leggetid. Foreldrene forteller at det er enklere å forstå at Svein ikke klarer å roe seg ned fordi de vet hva det skyldes. Foreldrene utdyper dette med å si at uroen ofte øker før korforestillinger eller fremføringer på skolen, samt generelt tiden før en ferie. Dette gjør at han blir mer aktivert og urolig og får vansker med å sovne på kveldene. Dette tyder også på at foreldrene har økt forståelsen av barnet sitt. I stedet for å tenke at han er vanskelig, ser de nå etter årsakene som ligger bak atferden hvilket gir et mye bedre grunnlag for å møte og forstå barnet. De forteller også at de har brukt en mindfulness-CD som Svein liker godt og som han selv etterspør for å få sove. CDen gir Svein den emosjonsreguleringshjelpen han trenger for å få sove. De beskriver mindre sinneutbrudd og mindre krangler i hverdagen, og at Svein trenger oppfordringer før han følger beskjeder. Dette har medført at det er mindre stress i familien. Til tross for at det er opplagt hva han ønsker og at han er tydelig i enkelte situasjoner, så legges det vekt på at foreldrene må sette ord på ønskene og behovene og gjøre de eksplisitt. Det har vært mye konflikter med vennene, men dette har ikke vært mye tema i det siste.

I foreldresamtale på skolen ga også læreren uttrykk for at det gikk bedre. Foreldrene beskriver at Svein har et kontrollbehov rundt klokkeslett og hva de andre i familien foretar seg, samt å passe på lillebror.

Foreldrene synes det er vanskeligere å forstå frustrasjon og irritasjon når de ikke vet hva det skyldes og ikke klarer å forstå hva som ligger bak. Det er et fremskritt at de søker forklaringer på atferden hans. Det blir her lagt fokus på at foreldrene må jobbe med å ligge i forkant og bruke tid på å undersøke med Svein og sjekke med skolen hva som foregår slik at de kan identifisere spesielle hendelser som kan utløse dette. Foreldrene forteller at det er enklere for dem å tolerere denne atferden når de vet hva som ligger bak. Foreldrene snakker også om tid og at dette fortsatt er vanskelig, men at de har endret noen rutiner for å få det til å gå litt lettere. Far forteller at han synes det virker som at Svein ikke bryr seg om at han kommer for sent til aktiviteter. Mor mener at fars måte å tolke Sveins atferd bare gjør far ekstra sint og påpeker at dette er bare en tolkning av atferden. Mor mener fars atferd med å sitte i sofaen og se på tv fram til rett før de skal dra, gir signaler til Svein om at det fortsatt er

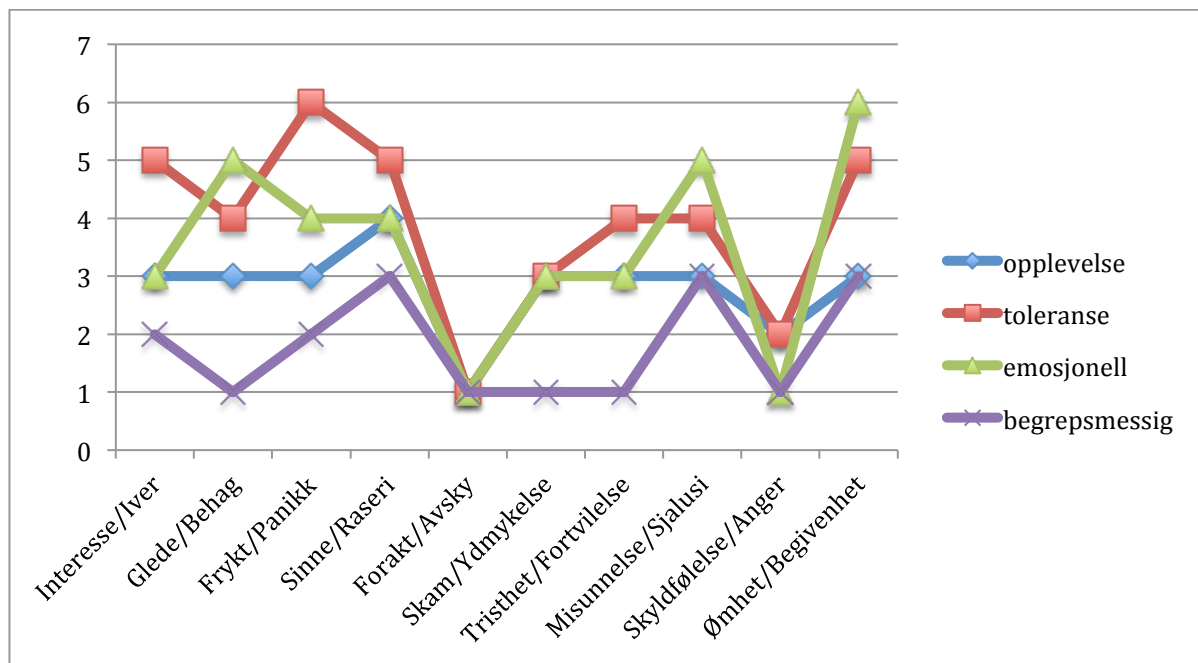
god tid, og at han heller bør begynne å ordne seg selv for å gi tydelig inntrykk av at nå skal vi dra. Mor viser her en god forståelse av sitt barn og de tydelige signalene som Svein har behov for. Svein har også snakket hjemme om at han gruer seg til avslutningen på terapien og at det nå bare er tre timer igjen. Mor spurte hva han likte med terapien og Svein hadde svart at han likte alt.

Avslutningen. Siste time med foreldre og barn brukes til å oppsummere terapien. Svein blir mer tilbaketrukket, virker ubekvem og ligger i fanget på far. Foreldrene stiller spørsmål til Svein. Han svarer ”vet ikke”, og unngår temaene ved å snakke om noe annet eller unnlater å svare. Vi er innom temaene rundt synlighetskappe, søvn og tid. Vi snakker om barnespråket og med det menes Sveins typiske måte å uttrykke seg på, som kan være å dra ut tiden, skifte aktivitet eller å tulle og tøyse. Vi snakker om hvordan Svein kan være synlig med barnespråket hvilket ikke nødvendigvis innebærer å si verbalt hvordan han har det, og at foreldrene derfor må lære seg et nytt språk og at dette tar tid. Men at de blir bedre litt etter litt. Vi forteller at når foreldrene ser at Svein bruker barnespråket, så kan de oversette til voksenspråk fordi dette kan hjelpe Svein på veien mot selv å bruke voksenspråk til å være en synlig en dag. Familien ser ut til å være enige i dette. Foreldrene forteller at de synes det har gått bedre. De forteller at til tross for at Svein har hatt mye å glede seg til med koret og opptredener nå før jul, så har det gått bedre enn tidligere. Det har ikke vært like mye kaos som tidligere, men Svein har fortsatt vansker med å sovne på kveldene når han gleder seg til mye. Svein er flinkere til å sette i gang med leksene, og boka er ikke i gulvet syv ganger før han kommer i gang. De har inntrykk av at det går bedre på skolen og med vennene på skolen. Mor sier at det er lettere å forstå hva som ligger bak Sveins atferd nå enn tidligere, da Svein er blitt flinkere til å sette ord på hva han tenker nå sammenlignet med tidligere. De spør Svein direkte om hvordan han synes det er med vennene på skolen og om de fortsatt krangler mye, Svein begynner å snakke om foreldrenes pulsklokke og skritteller og skifter helt tema. Svein har på seg synlighetskappen sin og sier med sitt språk at dette ikke er noe han ønsker å prate om. Svein bekrefter at det er rart å være i rommet som gjennom flere terapitimer har vært ”vårt rom” med både mamma, pappa og foreldreterapeuten. Når timen er ferdig legger Svein seg lengre ned i fars fang og legger beina i fanget på far. Det er veldig tydelig at han ikke ønsker å avslutte timen. Han ønsker ikke å ta på skoene, foreldrene sier gjentatte ganger at han skal gjøre seg klar. Svein har mye motstand mot å avslutte, men viser dette kun gjennom atferd som kan virke provoserende og uoppdragent, han ligger i sofaen og nekter å reise seg. Han begynner å prikke både far og mor på nesen og snakke om andre ting for å unngå avslutningen. Jeg bemerker at Svein synes avslutninger er vanskelige og far bekrefter også

dette. Svein synes det er dumt at dette er siste gangen. Vi snakker om at Svein viser med ”Sveinspråket”(barnspråket) at han ikke liker avslutninger. Svein får med seg kalenderen sin, den terapeutiske historien og et brev fra meg.

Affektbevissthetsintervju

Premåling affektbevissthetsintervju

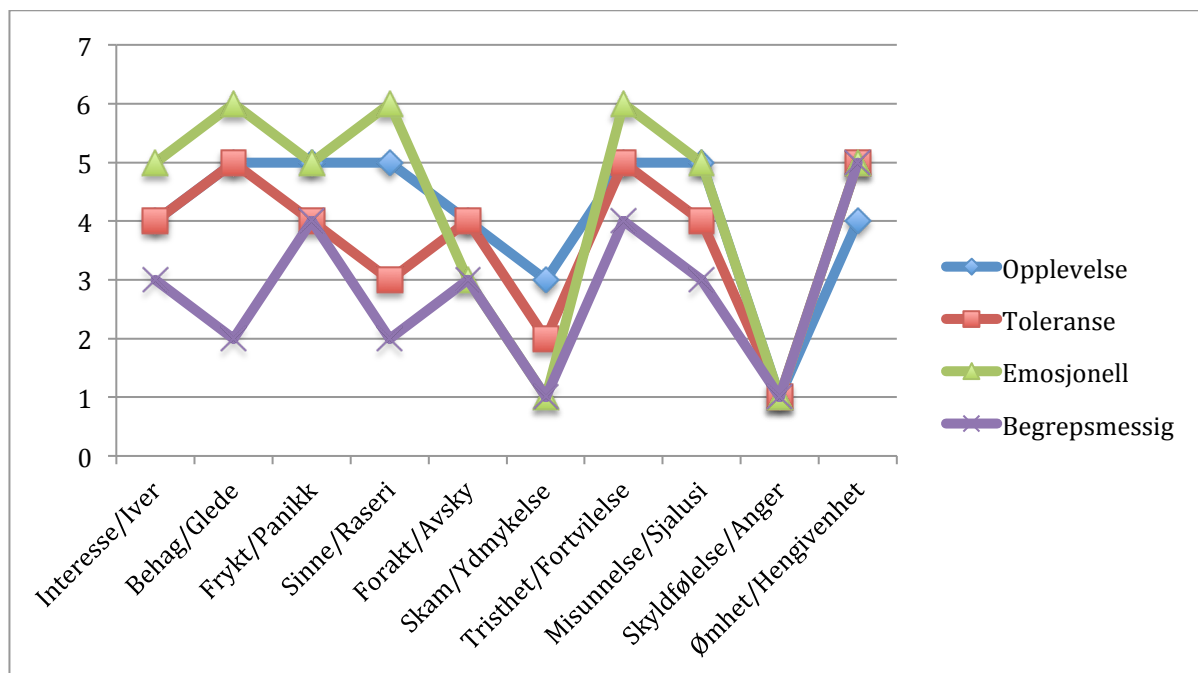


Figur 1 Diagram over premåling av affektbevissthetsintervju

Premålingen på affektbevissthetsintervjuet tyder på at dette er en gutt med et intellektuelt forhold til følelser og som kan ha vansker knyttet til uttrykket av disse følelsene og den kroppslige aktiveringen de gir. Dette kan sees ut fra at Sveins linje for toleranse (rød) for følelsene ligger over den emosjonelle linjen (grønn) som representerer hvordan Svein rapporterer at han uttrykker de ulike følelsene, og over opplevelsen (blå) av følelsene. Dette tyder på at Svein holder igjen både opplevelse og uttrykk av emosjonene og ikke har kontakt med, eller forstår den kroppslige aktiveringen de gir. Svein kan se ut til å være hodestyrkt og ha et intellektuelt forhold til følelser, men dette kan gi vansker med å forstå sine egne reaksjoner, fremstå tydelig og bli forstått av andre. Dette tyder på at han ikke klarer å tolke hva de ulike følelsene betyr hvilket kan gi et utydelig uttrykk overfor andre både med tanke på følelser hvilket igjen kan gjøre det vanskelig å få støtte fra omgivelsene som da kan gjøre dette selvforsterkende. Med dette mønsteret kan Svein bli fanget i en negativ spiral hvor han ikke selv forstår sine følelser, uttrykker de feil og ikke får de bekreftelsene og korrigeringsene han trenger for å komme inn på riktig utviklingsspor. Premålingen av

affektbevissthetsintervjuet stemmer godt overens med inntrykket av barnet etter den klinisk psykologiske undersøkelsen.

Postmåling affektbevissthetsintervju



Figur 2 Diagram over postmåling av affektbevissthetsintervju

I postmålingen av affektbevissthetsintervjuet ser det ut til at måten han uttrykker følelsene på blir tydeligere (emosjonell) og opplevelsen kommer mer til uttrykk. Toleransen av følelsene har ved postmålingen gått ned. En tolkning av nedgangen i toleranse av følelser er at fordi postmålingen er gjennomført rett etter endt terapi, og Svein nå opplever og uttrykker emosjonene sine i større grad enn tidligere, så kan dette virke overveldende på ham, og det kan ha resultert i at toleransen for emosjonene har gått ned. Det kan tyde på at opplevelsen av følelsene, toleransen av følelsene, uttrykket av følelsene (emosjonell) og den begrepsmessige forståelsen av følelsene er på vei til å bli mer integrert, men at dette ikke er fullt konsolidert enda. Det kan tenkes at når dette får tid til å bli fullt konsolidert, så vil også toleransen for følelsene øke. Affektbevissthetsintervjuene kan tolkes i en retning hvor premålingen viste en gutt som trolig ville gå å være langsint, og ikke uttrykke følelsene sine før de ble for overveldende, mens postmålingen viser en gutt som heller kjenner på følelsene sine og uttrykker de, og dermed klarer å regulere seg selv i større grad. Svein har kommet inn i et nytt mønster hvor han nå er i god utvikling; han både opplever og uttrykker følelsene sine i større grad enn tidligere, og hvor det tenkes at når dette ikke lengre virker overveldende og uvant, så vil også toleransen for disse følelsene øke.

Foreldrerapportering

På pretesten med CBCL rapportert av far, skårer Svein innen normalområdet på de tre kompetanseskalaene ”aktiviteter”, ”sosialt” og ”skole”. Han har ingen kategorier fra syndromskalaskårene innen klinisk område, men skårer i grenseområdet mellom klinisk og normalområdet på de internaliserende målene angst/deprimert og somatiske plager. På angst/deprimert er temaene som går igjen frykt og frykt for å gjøre feil samt det å føle seg uelsket og verdiløs. Også bekymringer og nervøsitet er nevnt. Under somatiske plager er tematikken vondter, hodepine og forstoppelse. Svein ligger også i grenseområdet mellom normalt og klinisk område på tankeproblemer hvor det spesielt er søvnproblemer som nevnes samt ”bygger opp” (stores up). Totalt sett ligger Svein i det kliniske området på internaliserende vansker. Han er i normalområdet for eksternaliserende vansker, men havner i grenseområdet totalt. For de DSM-orienterte skalaene ligger Svein i grenseområdet på affektive problemer og angstproblemer.

På pretesten rapportert av mor skårer Svein innen normalområdet på de tre kompetanseskalaene ”aktiviteter”, ”sosialt” og ”skole”. Mor skårer Svein innen klinisk område på symptomskalaene på angst/deprimert og somatiske plager. På angst/deprimert skårer Svein på frykt, frykt for å gjøre feil, perfeksjon, uelsket, nervøs, skyldfølelse, selvbevissthet og bekymringer. Innen somatiske plager har Svein utfall på forstoppelse, svimmel, trøtt, vondter, hodepine, kvalme og mage. Hos mor havner Svein i klinisk område på internaliserende vansker. Svein er også i klinisk område for totale problemer. For de DSM-orienterte skalaene ligger Svein i klinisk område for angstproblemer og somatiske problemer, og i grenseområdet for affektive problemer.

På posttesten gjennomført etter avsluttet terapi skårer Svein innen normalområdet på de tre kompetanseskalaene ”aktiviteter”, ”sosialt” og ”skole”. Svein ligger ikke innen klinisk område på noen av syndromskalaene, men ligger i grenseområdet mellom normalt og klinisk område på angst/deprimert, somatiske plager og sosiale problemer. Under angst/deprimert skårer mor han på frykt, frykt for å gjøre feil, perfeksjon, uelsket, nervøs, fryktfull, skyld, selvbevissthet og bekymringer. På somatiske plager skårer mor han på forstoppelse, svimmel, trøtt, hodepine, kvalme og mage. På sosiale problemer skårer mor han på avhengig, sjalu, ute etter å ta, ulykker og foretrekker yngre. Totalt sett skårer mor Svein innen klinisk område på internaliserende vansker, i grenseområdet på eksternaliserende vansker og i klinisk område totalt sett. Mor kommenterer at Svein har blitt bedre til å ta i mot beskjeder. Far har ikke svart på posttesten.

Psykologfaglig forståelse

Under den klinisk psykologiske undersøkelsen viste Svein manglende respons, han er vag og noen ganger forsinket i sine ansiktsuttrykk, og vi begynte på dette punktet å lure på om det også kan være vanskelig for Svein å tolke andres ansiktsuttrykk. Han gir utydelige signaler til meg i terapien og jeg tenker at det kan være vanskelig for andre, spesielt jevnaldrende å forstå Svein. Jeg lurer på om Svein er mye forvirret i sosiale situasjoner. Svein har kanskje som en følge av mors angst i oppveksten kanskje ikke fullt ut fått den hjelpen han har trengt til å kunne forstå seg selv. Dette kan ha medført at hans utvikling av affektbevissthet og emosjonsdifferensiering er blitt mangelfull, og det kan tenkes at hans måte å uttrykke seg på har blitt preget av dette. Sveins vansker kan forklares ut fra mangel på affektbevissthet, og det kan tenkes at det er en manglende utvikling av affektbevissthet som ligger bak Sveins utydelige signaler til omverdenen. Det er vanskelig å tydelig uttrykke ønsker, behov og emosjoner om han ikke forstår hva han vil. Affektbevissthet er sterkt assosiert med psykisk helse hos barn (Taarvig et al., 2014). Svein har vansker med emosjonsreguleringen, han klarer ikke regulere følelsene sine og dette kommer til uttrykk som store sinneutbrudd hjemme. Sveins beskrivelse av vulkanutbruddet som bygger seg opp og bare må ut kan tenkes å reflektere Sveins manglende emosjonsreguleringsstrategier. Han vet ikke hvordan han skal håndtere følelsene, og får ikke til å regulere de. De bygger seg opp over tid og resulterer i store sinneutbrudd. Dette stemmer også godt overens med foreldrenes beskrivelse av Sveins vansker med å snakke om følelser før de blir så overveldende at de ”renner over”. Foreldrenes manglende forståelse for dette kan tyde på at foreldrene viser manglende mentalisering rundt Sveins vansker og at de har en uhensiktsmessig måte å møte Svein på. Svein trenger hjelp til regulering og differensiering av følelser, og hans henvisning til ”De har så mye annet å tenke på”, kan tyde på at de ikke har tatt seg tid til å hjelpe Svein med dette i de situasjonene hvor følelsene har blitt for overveldende for Svein. Svein klarer ikke koble sammen kroppslig aktivering, emosjoner og knytte de opp til hendelsene som utløser aktiveringen. Det kan bli veldig forvirrende for han å tolke aktiveringen når han ikke skjønner hvor den kommer fra. Dette viser seg også i form av at Svein har en del somatiseringsproblemer, han forstår ikke hvordan disse kan henge sammen med følelser og stress. Han forteller at han ikke har hodepine, smerter i skuldre og er svimmel like ofte som før, men gjennom terapien har han også blitt introdusert for tanken om at dette kan være uttrykk for vanskelige følelser.

Sveins manglende forståelse av kroppslig aktivering tenkes å være en følge av vanskene hans med differensiering av følelser, regulering av følelser, hvordan han uttrykker

og kommuniserer følelser og hvordan han tolker sosiale koder. Nå ønsker foreldrene å forstå han, men uttrykket hans er blitt utydelig og vanskelig å tolke og foreldrene ser ikke behovene hans og får ikke til å hjelpe Svein med å forstå seg selv. Dersom Sveins utvikling sees i en transaksjonsmodell vises det tydelig hvordan dette kan ha hatt en uheldig utvikling. Foreldrene oppfatter Svein som vanskelig å forstå og i stedet for å forsøke å ha barnets sinn i sitt eget og å tenke på hva som ligger bak Sveins atferd, blir foreldrene irriterte og uenige om hvordan de skal respondere på Svein. De ser atferden Svein skaper i en travel hverdag, fremfor å se på atferden som et symptom for en bakenforliggende årsak. Dette kan over tid bli en negativ spiral hvor Svein ikke blir møtt på sine behov. Gjennom terapien kan vises tegn på at Svein utvikler seg, men også at foreldrenes holdninger til Svein og tankene rundt hva Sveins atferd skyldes har endret seg. Foreldresamtalene viser at foreldrene er blitt mer opptatt av å finne de bakenforliggende årsakene til Sveins atferd fremfor å kun se atferden hans som et problem. Foreldrenes mentalisering med tanke på Sveins behov har økt og de forstår barnet sitt bedre og møter barnet sitt på en bedre måte. De vet nå at Svein ikke får sove fordi han har vansker med å regulere seg selv når det skal være framføringer i skolesammenheng eller i forbindelse med koret. Svein klarer ikke selv å sette ord på hva han tenker på eller hvordan han føler seg når han ikke får sove på kvelden. Foreldrene er nå klar over at Svein ikke gjør dette for å være vanskelig, men fordi han trenger hjelp til å sette ord på emosjoner og tanker og til å regulere seg selv. Mor sa i en av de første samtalene at de også er slitne på kveldene og at det passer dårlig at Svein skal bruke så mye tid på å legge seg og ønsker å prate da. Mor ser nå ut til å i større grad forstå at hun må være der for Svein når han trenger det selv, til tross for at dette skjer på kveldstid. Gjennom terapien har Svein snakket en del om far, men ikke nevnt mor. Vi drøftet mors psykiske lidelse i Sveins oppvekst som en mulig årsak til at han unngikk å henvende seg til mor. Kanskje han hadde erfaringer med at hun ikke var tilgjengelig emosjonelt og at det derfor ville være mer naturlig å søke mot far. På venterommet var alltid mor veldig tilgjengelig og oppmerksom mot Svein. Alternativt så vi på hvorvidt henvendelsene til far heller skyldes foreldrestil. Mor er medfølende og emosjonell i sin foreldrestil, far er mer autoritær, men også mer tydelig, og det kan tenkes at Svein foretrekker denne tydeligheten fordi det gir klare rammer og forutsigbarhet.

Diskusjon

Hvordan har TIB økt affektbevissthet hos Svein? Og hvordan har TIB økt foreldrenes forståelse av Sveins behov?

I terapien har Svein opplevd å bli respondert på, speilet og fått tydeliggjort sine egne emosjoner både gjennom eksplisitt benevnning i situasjoner, men også gjennom intersubjektiv

relatering. Når Svein kom til terapi var han lite vital, utydelig i sine uttrykk og var vanskelig å tolke. Foreldrene og Svein var inne i en uheldig syklus hvor foreldrene så Svein som vanskelig, mens Svein ofte følte seg misforstått. En ny måte å bli sett og forstått har gjort Svein tydeligere for seg selv og sine omgivelser, og det er blitt lettere for foreldrene å forstå Svein behov og møte disse på en mer hensiktsmessig måte.

Under terapioppstart ble flere mulige tolkninger av Sveins vansker drøftet i veiledningsgruppen. En mulig tolkning av Sveins vansker var at Sveins uro knyttet til innsovning handlet om engstelse, og dermed kunne en kognitiv tilnærming med fokus på eventuelle symptomer på angst vært en mulig tilnærming. En annen mulig tilnærming ville være å rette fokuset mot sinneutbruddene til Svein. Begge alternativene kunne vært hensiktsmessige måter å gripe fatt i Sveins vansker. Om man ser helhetlig på Sveins utfordringer og prøver å finne en årsak bak vansker med å roe seg ned før leggetid, sinneutbrudd og somatiske plager, så kan det tenkes disse er uttrykk for et mer omfattende, underliggende problem. Veiledningsgruppen kom frem til en tolkning i retning av vansker med grunnleggende funksjoner som emosjonsregulering og affektbevissthet, og at Sveins vansker med innsovning, somatiseringsplager og sinneutbrudd var et uttrykk for disse vanskene. Det ble derfor vurdert at fokus for behandling burde være rettet mot de grunnleggende vanskene, dette innebærer en helhetlig behandling av barnet hvor en behandling av grunnleggende vansker, indirekte også jobber for å bedre de ulike symptomene som disse vanskene gir. Det kan tenkes at et ensidig fokus på bestemte symptomer hos Svein ville redusert symptomene, men at Svein ville brukt sine nye teknikker fra terapien for å unngå kroppslig aktivering og da allikevel ha like store vansker (Jacobsen, 2010).

En viktig del av terapien er å gi barnet nye relasjonserfaringer og samspillet mellom barn og terapeut brukes aktivt som en del av utviklingen av grunnfunksjoner. Relasjonen er en teknikk i seg selv (Johns & Svendsen, under trykk). Svein opplevde i terapien og bli møtt av en voksen som er affektivt inntonet på hans opplevelser, som lytter og skaper rom for å dele opplevelser, tanker, følelser og situasjoner. Sammen utforsket vi situasjoner og undret oss over utfordringer som var vanskelige for Svein. Gjennom å skape et rom for å dele intersubjektive opplevelser kunne Svein utforske vanskelige tema i trygge omgivelser. Gjennom å utforske emosjoner som var vanskelige for Svein kunne Svein erfare og kjenne på disse og utvide forståelsen og toleransen for disse følelsene. Han opplevde en tydelig voksen som speilet emosjoner og tilstander tilbake til ham, hvilket er med å tydeliggjøre for ham hva han formidler. Dette igjen tenkes å være med på øke forståelsen av hans egne behov og ønsker. Sammen utforsket vi følelser gjennom utforskning av ulike hendelser og vi undret oss

sammen om hvordan ulike, motstridende følelser kan oppstå samtidig, og at dette kan være forvirrende. Hvordan følelser og hvordan han har det kan påvirke kroppen gjennom aktivering og somatiske plager. Dette er med på å øke Sveins forståelse av den kroppslige aktiveringen han opplever. Det kan også tenkes at en forståelse av hvorfor somatiske plager oppstår kan være med på å roe ned plagene fordi de ikke oppleves like truende. Å oppleve smerter uten noen forklaring på hvor de kommer fra og hvorfor de oppstår kan i seg selv være skremmende og kan tenkes å ha bidratt til økt aktivering hos Svein.

Uten noen form for terapeutisk intervensjon kan det tenkes at Sveins vansker ville eskalert over tid. Når han kom til terapi gjorde den dårlige affektbevisstheten Svein utydelig i sine uttrykk, foreldre mistolket hans signaler og det ble mye konflikter. I terapien så vi hvordan Svein hadde noen uhensiktsmessige måter å kommunisere på. Svein lå i sofaen under fellessamtalene, skiftet tema, unnlot å svare og begynte å fokusere på noe annet, som for eksempel foreldrenes klokker. Når familien skulle dra, ville ikke Svein avslutte og la seg på tvers i sofaen over foreldrene. Dette kan forstås som trass og negativ atferd. I veiledningsgruppen ble det derimot tolket som Sveins måte å uttrykke egne behov og emosjoner. Svein viste i terapien og i felles samtaler med foreldre en umoden og regressiv måte å vise ubehag på. Behandlingen kunne vært fokusert på Svein og hans atferd alene. Han kunne utviklet seg gjennom terapien, samtidig er det viktig å huske at barn utvikler seg i samspill med miljøet rundt seg, og foreldre har en stor rolle i denne utviklingen (Mohaupt et al., 2006; Torsteinson et al, 2013). Individualterapi uten å involvere foreldrene vil innebære å ignorere foreldrenes unike kjennskap til barnet, og dermed miste foreldrene som en ressurs og forsterkende faktor for terapien. Foreldreinvolvering er funnet å ha positiv påvirkning på utfallet av terapi hos barn (Bratton et al, 2005; Ray et al, 2001). Svein og foreldrene var inn i en negativ spiral hvor Svein ble misforstått og mistolket og foreldrene ble irriterte og frustrerte og begynte å krangle om oppdragelse. Foreldrenes forståelse for Svein utvikles ved at foreldrene reflekterer barnets mentale tilstander tilbake på barnet (Fonagy & Target, 2006). Uten samtaler med foreldrene, så er det sannsynlig at de etter endt terapi ville fortsatt i det samme interaksjonsmønsteret med Svein som før terapioppstart. Foreldrene ser ut til å feiltolke Sveins mentale tilstander hvilket er uheldig for den videre utviklingen av mentalisering og forståelse hos Svein, og det kan tenkes at Svein vil utvikle større vansker med sosial samhandling i samsvar med økt alder og økte krav. Svein mener selv han er tydelig, men at andre allikevel går over grensene hans. Han ser ikke ut til å forstå seg selv og sine behov, og blir utydelig i sine uttrykk. Svein og foreldrene er handlende agenter som gjensidig påvirker hverandre på en negativ måte (Fonagy & Target, 1997). Dersom de

oppretholder det samme transaksjonsmønsteret i fremtiden kan det tenkes at det blir enda lettere å tråkke over Sveins grenser fordi han ikke klarer å gi tydelig uttrykk for dem. Dette er en hypotetisk utviklingsbane for Svein og det er ikke sikkert det ville blitt akkurat slik om foreldrene ikke hadde blitt inkludert i terapien, det finnes mange hypotetiske utfall, men Sveins utvikling ville nok ikke hatt den positive retningen som når terapien vektlegger foreldresamarbeid.

Foreldrene har hele tiden vist stor endringsvilje og har brukt veiledningen de har fått underveis i terapien. Det ser ut til at foreldrene har fått en litt annen forståelse av sitt barn. Foreldrene har gjennom terapien fått reflektert rundt Sveins atferd og mulige årsaker som kan ligge bak denne. De har vært åpne for innspill og mulige tolkninger og har reflektert og undret seg over nye måter å tolke Sveins atferd. Svein er utydelig i sine signaler og uten en forståelse av hva som ligger bak, kan trolig atferden hans virke provoserende og tverr. Han uttrykker seg lite verbalt når det kommer til hvordan han har det. Han gir tydelige signaler i form av unngåelse, men dersom foreldrene ikke klarer å se hva som ligger bak, så kan det tenkes at mye av atferden til Svein kan tolkes som uvilje og ønske om å være vanskelig, mens det egentlig skyldes at Svein ikke klarer å kommunisere sine behov og ønsker på en mer forståelig måte. Dersom foreldrene ikke hadde blitt inkludert i behandlingen, tenkes det at de kunne fortsatt med å se Sveins atferd som uoppdragenhet og trass. Dermed kunne de ha møtt Svein med sanksjoner og irettesettelse i stedet for å behovene som ligger bak atferden. Svein ville dermed ikke fått den hjelpen han trenger til ytre emosjonsregulering, og hans evne til emosjonsregulering ville ikke utviklet seg på lik linje med jevnaldrende barn. Når kravene til emosjonsregulering øker med barnets alder (Tronick, 1989), ville dette kunne medført at Sveins vansker ble større. Fordi Svein etter endt terapi trolig ville fortsatt i det samme transaksjonsmønsteret med foreldrene som før terapioppstart, ville han ikke opplevd full effekt av behandlingen. Det kan også tenkes at de vanskene han hadde ved terapioppstart hadde økt som en følge av at foreldrene ikke klarer å møte Sveins behov på en hensiktsmessig måte. Dette er en hypotetisk måte å se for seg Sveins utvikling etter terapi dersom foreldrene ikke hadde fått foreldreveiledning, det er ikke sikkert det ville blitt akkurat slik, men det er en mulig utviklingsbane. En god barneterapi forutsetter at foreldrene inkluderes (Svendsen, 2010). Gjennom TIB har en intersubjektiv deling mellom Svein og foreldrene blitt gjenopprettet. Det er blitt en forbedring i intersubjektiv kommunikasjon, dette gir større rom for at følelser og reaksjoner kan deles mellom Svein og foreldrene. Gjenopprettelse av intersubjektiv deling mellom barn og foreldre er et av hovedmålene i TIB (Johns & Svendsen, under trykk).

Det kan se ut til at utvikling gjennom terapi hos Svein også har hatt positivt utfall for oppmerksomheten. Postmålingene fra affektbevissthetsintervjuet er i overensstemmelse med vår oppfatning fra terapien og rapporteringen fra Sveins foreldre. Postmålingen viser at følelsene og opplevelsen av følelsene kommer tydeligere fram, samtidig som at toleransen av følelsene har blitt lavere. Dette kan tolkes som at Svein nå har begynt å kjenne på den kroppslige aktiveringen følelser gir og uttrykker følelsene i større grad enn tidligere, dette kan virke overveldende og kan dermed ha medført at toleransen for følelsene har gått ned. En mulig årsak til dette er at postmålingen er gjennomført umiddelbart etter terapi, og at utviklingen går mot en integrering av det emosjonelle uttrykket, toleransen, opplevelsen og den begrepsmessige forståelsen av følelsene, men at dette ikke er fullt konsolidert enda. Det kan tenkes Svein nå vil bli sint, men samtidig bruke kortere tid på å roe seg ned etterpå. I stedet for å ignorere sinne til det tar fullstendig overhånd. Dette er tolkninger av affektbevissthetsintervjuet som tar utgangspunkt i en helhetlig forståelse av barnet. Svein ser ut til å ha kommet inn et nytt mønster hvor han nå utvikler seg og både kjenner og uttrykker følelsene sine i større grad enn tidligere. Det tenkes at når det nye mønsteret ikke lengre virker overveldende og uvant, så vil også toleransen for disse følelsene øke. Det tenkes derfor at ressursene satt inn i form av psykoterapi for Svein og foreldresamarbeid har hatt god nytte for Svein og at utfallet uten noen form for intervensjon eller psykoterapi over tid ville forsterket en dysfunksjonell utvikling.

Begrensinger og implikasjoner

Dette er en kasusoppgave basert på et terapiforløp, den gir mye dybdeinformasjon om et individ, men egner seg dårlig til å generalisere utover individnivå. Videre forskning vil kunne fokusere på i hvilken grad grunnfunksjoner som affektbevissthet og emosjonsregulering viser samme resultater på gruppenivå. Senere publikasjoner knyttet til ”objektive endringsmål i terapi med barn og unge” vil også ta for seg fysiologiske mål knyttet til terapiforløpene på gruppenivå. Oppgaven inkluderer ingen standardiserte mål på foreldres forståelse av barnet. Økt forståelse hos foreldrene er derfor basert på inntrykket foreldrene har gitt gjennom terapiforløpet. Endringer hos barnet er basert på hva foreldre har fortalt i terapi og målt gjennom CBCL. Foreldre er ikke en nøytral kilde til rapportering av endring hos egne barn, dette må det tas høyde for (Shirk & Karver, 2003). Det er derfor en styrke ved oppgaven at endring hos barnet ikke baserer seg på foreldrerapportering alene, men også inkluderer affektbevissthetsintervjuet, som ikke påvirkes av bias fra foreldrerapportering.

I terapi med barn og unge er foreldrene en viktig del av oppfølgingen av barnet. Foreldrenes forståelse av eget barn er vist å ha stor betydning for barnets utvikling (Sharp &

Fonagy, 2008). Tidsavgrenset intersubjektiv terapi for barn og unge har fokus på samarbeid og veiledning av foreldrene, og oppgaven viser også hvordan en økende forståelse av barnets behov gjennom terapiforløpet har positiv innvirkning på terapien. Til tross for at oppgaven er på individnivå så påpeker den nytten av foreldreinvolvering i terapien. Videre forskning på gruppenivå bør rette et større fokus mot foreldrearbeid for se på hvilke faktorer ved foreldrearbeid som er mest effektive for positive effekter i barneterapi. Dette vil ha videre implikasjoner for klinisk praksis, i form av hvilken grad foreldresamarbeid og foreldreveiledning bør vektlegges og prioriteres i behandling av barn.

Referanseliste

- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, J. (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
- Bretherton, I. & Fritz, J. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child development*, 57, 529-548.
- Cole, P., M., Michel, M., K. & Teti, L., O. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2/3), 73-100.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (1991). Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 852-860.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., . . . Guthrie, I. K. (2001). The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior. *Child Development*, 72 (4), 1112-1134.
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development*, 75 (2), 334-339.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-study Research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2), 219-245. Doi:10.1177/1077800405284363
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *A topical journal for mental health professionals*, 22 (3), 307-335. DOI:10.1080/07351692209348990
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20 (6), 544-576.

- Gross, J. J.(2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. Doi: 10.1017.S0048577201393198
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugvik, M. & Johns, U. (2008). Facets of Structure and Adaption: A qualitative Study of Time-limited Psychotherapy with Children Experiencing Difficult Family Situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13 (2), 235-252. Doi: 10.1177/1359104507088345
- Jacobsen, K (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s.25-36). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K & Svendsen, B. (2010). Innledning. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet –grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s.15.24). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U. T. & Svendsen, B. (2014). *Terapiguide for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn*. Upublisert. Oslo/Trondheim: BUP Furuset/NTNU
- Last, C. G. (1991). Somatic Complaints in Anxiety Disordered Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 125-138.
- McLeod, J. & Elliot, R. (2011). Systematic Case Study Research: A Practice-Oriented Introduction to Building an Evidence Base for Counselling and Psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11 (1), 1-10. Doi: 10.1080/14733145.2011.548954
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. & Nielsen, G. Ø. (2006). *Scandinavian journal of psychology*, 47, 237-244. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T. & Ødegård, P. (1995). Affects and affect consciousness. Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of psychotherapy practice and research*, 22 (3), 238-249.
- Monsen, J. T., Taarvig, E. & Solbakken, O. A. (2013). *Kartlegging av affektbevissthet hos barn: Affektbevissthetsintervjuet for barn (ABI-B)*. Upublisert. Oslo: UiO
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M & Romagnoli, G. (2003). A Two-Year Follow-up of Psychodynamic Psychotherapy for Internalizing Disorders in Children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 331-339. Doi: 10.1097/01.CHI.0000037033.04952.7F
- Olsen, K. S. & Winsnes, G. (2014). Hei! Et spill om tanker, følelser og situasjoner.

- Papousek, M. (2007). Communication in Early Infancy: An Arena of Intersubjective Learning. *Infant Behavior & Development*, 30, 258-266.
Doi:10.1016/j.infbeh.2007.02.003
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T. & Jones, L. (2001). The Effectiveness of Play Therapy: Responding to the Critics. *International journal of play therapy*, 10 (1), 85-108.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M. M., Novin, S., Nasiri, H. & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 425-430. Doi:10.1016/j.paid.2009.11.010
- Rieffe, C., Terwogt, M. M. & Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology*, 1 (1), 31-47. Doi: 10.1080/17405620344000013
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: The Guilford Press.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parents capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social development*, 13, (3), 737-754. Doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 452-464. Doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering –et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 9, 1066-1069.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E. & Monsen, J. T. (2011). Assessment of Affect Integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. *Journal of Personality Assessment*, 93 (3), 257-265. Doi: 10.1080/00223891.2011.558874
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22, 189-222.
- Stern, D. N. (2010). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (eds.),

Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge (s.41-59). Bergen: Fagbokforlaget.

- Taarvig, E., Solbakken O. A., Grova, B. & Monsen, T. J. (2014). Affect consciousness in children with internalizing problems: assessment of affect integration. *Clinical child psychology and psychiatry*..... doi: 10.1177/1359104514538434
- Torsteinson, S., Brantzæg, I. & Øiestad, G. (2013). Se barnet innenfra: hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen. MANDLER FORLAG osv.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44 (2), 112-119.
- Van der Veek, S. M. C., Nobel, R. A. & Derkx, H. H. F (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology and Health*, 27 (11), 1359-1374. Doi:10.1080/08870446.2012.685738
- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18 (1), 13-24. Doi:10.1080/09540260500466774
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M., J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and psychopathology*, 12, 443-466.