

Jenta som ikkje hadde plass til seg sjølv

Eit kasuistisk studie om korleis emosjonell tydelegheit og sjølvoppleving kan styrkast gjennom intersubjektiv tidsavgrensa terapi for born.

Torill Møen Nåmdal

Vår, 2015

Hovudoppgåve, profesjonsstudiet i psykologi

Psykologisk institutt

NTNU, Trondheim

Vegleiar: Karl H. Jacobsen

Samandrag

Dette kassstudiet undersøkjer korleis ny relasjonell erfaring gjennom tidsavgrensa intersubjektiv terapi for born (TIB) kan føre til ei utvikling av eit barns sjølvoppleving og emosjonell tydelegheit. Kasuset inngår i eit større forskingsprosjekt av born med internaliserande vanskar, kalla "Objektive endringsmål i psykoterapi med barn."

Terapimetoden som er brukt i kasuset fokuserer på barnets eigne opplevingsuttrykk og sjølvutviklingsbehov. Sentrale element i terapien er intersubjektive samspel beståande viktige element som affektiv inntoning, leik og foreldrearbeid. Resultatet av terapien viser seg i ei endring i affektbevisstheit. Dette vert illustrert ved hjelp av eit før-og etter affektbevisstheitsintervju. Etter enda terapi kunne ein sjå tydelege endringar hjå barnet ved færre symptomar, større emosjonell tydelegheit og større variasjon og fleksibilitet i emosjonelle uttrykk.

Forord

Å få jobbe som studentterapeut i barneterapiprojektet på klinikken har gitt meg verdifull erfaring i terapi med born, noko eg kjenner meg utruleg privilegert og takknemleg for. Å utforme denne oppgåva basert på terapien har vore spanande og lærerikt, men også krevjande. For gode råd og hjelp undervegs i prosessen, vil eg takke vegleiar Karl H. Jacobsen . Vidare vil eg takke sambuaren min, Martin, for mykje oppmuntring og støtte, sjølv i tider der eg ikkje har vore lett å vere saman med. Sist men ikkje minst vil eg rette merksemda mot Mari. Takk for mange gode timar ilag, og for at eg fekk bli kjend med deg og riket ditt.

INNHALDSLISTE

INTRODUKSJON	1
TEORI	4
INTERSUBJEKTIVITET	4
EMOSJONAR OG EMOSJONSREGULERING	5
TIDLEG SAMPEL	7
SJØLVUTVIKLING	9
TERAPI MED BORN	11
LEIK I TERAPI	11
TIDSAVGRENSA INTERSUBJEKTIV TERAPI MED BORN (TIB)	12
METODE	14
DATAINNSAMLING	14
AFFEKTBEVISSTHEITSINTERVJU	15
KASUSFORMULERING	17
KASUSPRESENTASJON	19
TILVISING OG ANAMNESE	19
PSYKOLOGISK FORKLARING AV MARI SINE VANSKAR	21
KLINISK PSYKOLOGISK UNDERSØKING OG FOKUS	23
MIDTFASE	25
FORELDRESAMTALER	32
TERAPIAVSLUTNING	34
RESULTAT	35
DISKUSJON	36
AVGRENSENGAR OG IMPLIKASJONAR	44
LITTERATURLISTE	46

Introduksjon

Mari er ei 11 år gamal jente tilvist til klinikken for angstsymptom i skulekvardagen, noko som kom til uttrykk ved tristheit, bekymring, kvalme, magevondt og oppkast.

I møtet med Mari opplevde terapeuten ei blid og pratsam jente som var vaksen for alderen.

Ho verka å vere opptatt av å skape ein god atmosfære rundt seg. Terapeuten merka tidleg at merksemda hennar var retta utover mot andre, og i mindre grad innover mot seg sjølv. Dette gjorde at ho framstod spent i kroppen og vaksam. Ho verka å nytte seg av ein strategi der ho søkte å skåne andre for negativitet. Dermed var det lite rom for andre kjensler enn positive.

Det er ulike meiningar om korleis ein skal møte born i terapi. Mange barneterapeutar ser barnet i eit utviklingsperspektiv, heller enn eit diagnostisk perspektiv. Eit slikt perspektiv framhevar at born og unge er i stadig utvikling, og at vanskane deira kan bli forstått ut frå svikt i utviklingsprosessen. Dette synet heng saman med seinare års forskning på spedbarn (von der Lippe & Rønnestad, 2011). Daniel Sterns sjølvutviklingsmodell (2003) har inspirert mange til å nytte seg av utviklingspsykologisk kunnskap som terapeutisk base (Svendsen, 2010). I modellen framhevar han at det er tidlege opplevingar i samhandling med viktige andre som fremmer sjølvutvikling. I fylgje dette synet er sjølvoppleving og sjølvforståing forankra i intersubjektive utviklingsprosessar som fyrst og fremst skjer implisitt, affektivt og non-verbalt. Eit intersubjektivt samspel handlar om eit opplevingsfellesskap mellom to personar, der kjensler, tankar og fornemningar kan delast (Hansen, 1991, 2012). Eit viktig poeng i terapi med born blir korleis denne kunnskapen kan brukast til å atterskape ei intersubjektiv deling, som enten aldri har funne stad, eller som har brote saman (Svendsen, 2010). Dei intersubjektive samspela er viktige for å kunne fungere godt saman med andre og seg sjølv, både i barndom og vaksen alder (Stern, 2003).

Utviklingspsykologisk kunnskap framhevar vidare at borns utvikling er transaksjonell og under stadig gjensidig påverknad av omgivnadane (Sameroff, 2009; Svendsen, 2010). Biologiske, psykologiske og sosiale faktorar spelar inn på utviklinga. Kvar enkelt individ bringer med seg ulike føresetnadar som eit resultat av eit komplekst samspel mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar. Til dømes kan eit barn oppvakse med dårlege familierelasjonar klare seg heilt fint, mens eit anna barn med tilsvarande familieære føresetnadar, fungerer mykje dårlegare, grunna ulike biologiske og psykologiske føresetnadar (Smerud, 2012a; Winters, Hanson, & Stoyanova, 2007).

I dagens psykoterapi kan det synast å vere ei veksande interesse for emosjonar. Ein vesentleg del av dette perspektivet er viktigheita av å vere i kontakt med eigne kjensler, tenkje rundt kjensler, evne å kommunisere ved hjelp av dei, og kunne forstå andre sine kjensler (Binder, Hjeltnes, & Schanche, 2013). Funksjonar som ofte viser seg å vere forstyrra ved psykiske lidingar, handlar om vanskar knytt til dette; korleis emosjonar vert handtert og korleis merksemd og emosjonar er integrert med kognisjon (Jacobsen, 2010; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Funksjonar som emosjonsregulering og merksemd vert utvikla i ein intersubjektiv kontekst ved hjelp av fine mikroprosessar mellom omsorgsgivar og barn (Johns & Svendsen, 2012). Emosjonsregulering kan beskrivast som korleis det reaktive i emosjonen (hjerterytme, pust, muskelspenning) vert integrert med kognisjon og gjennom kognisjon tillagt meining (Saarni, Campos, Camras, & Witherington, 2006). Krafta i det reaktive i emosjonen vert vidare uttrykt i emosjonell åtferd som glede, redsle eller sinne (Jacobsen & Svendsen, 2010b). I ei vel fungerande emosjonsregulering skjer det ei veksling mellom merksemd retta innover og utover. Merksemd utover mot situasjonen som aktiverer kjensla, til dømes mot vedkomande som gjer oss redd. Merksemda må vidare rettast innover mot eiga aktivering, mot eigne kroppssignaler. Ei fokusert merksemd er eit resultat av at det reaktive i emosjonen og kognisjonen er integrert, slik at krafta frå begge kjelder er retta i same retning (Jacobsen, 2010).

Samspelet med born i terapi kan brukast på ein målretta og systematisk måte for å hjelpe barnet utvikle viktige grunnfunksjonar som emosjonsregulering og merksemd. Dette betyr at ein kan bruke relasjonen som teknikk i seg sjølv og ikkje berre eit grunnlag for bruk av andre teknikkar (Hansen, 1996; Johns & Svendsen, 2014). Ved å rette merksemd mot barnets emosjonelle uttrykk i terapi kan ein hjelpe barnet med å verte tydelegare for seg sjølv og andre, noko som kan påverke heile systemet rundt. For å gjere dette bør ein knyte handlinga opp mot barnets opplevingar og kjensler, og få barnet til å respektere og romme dei emosjonane som dukkar opp.

Problemstillinga som skal svarast på i denne oppgåva lyder:

Korleis kan ny relasjonell erfaring i tidsavgrensa intersubjektiv terapi for barn føre til ei utvikling av eit barns sjølvoppleving og emosjonell tydelegheit?

For å belyse problemstillinga vil eg byrje med ein gjennomgang av utviklingspsykologiske teoriar med fokus på intersubjektivitet, emosjonar, tidleg samspel og sjølvutvikling. Deretter kjem eit avsnitt om terapi med born der viktigheita av leik og terapiforma tidsavgrensa intersubjektiv terapi for born vert forklart. Vidare kjem kaspresentasjonen der enkelte element er valt ut for å belyse viktige faktorar ved terapiforløpet med Mari. Endringane Mari har gjennomgått i løpet av terapiforløpet vert illustrert ved hjelp av pre og post affektbevisstheitsintervju. I diskusjonsdelen vert problemstillinga diskutert i ljøs av teori og resultat.

Teori

Intersubjektivitet

Det utviklingspsykologiske omgrepet intersubjektivitet søker å beskrive og forstå dei ulike utviklings-og endringsprosessane som oppstår i ei gjensidig og delt handlings og meiningsverd (Stern, 2003). Intersubjektivitet er både et relasjonsomgrep og eit utviklingsomgrep. Det beskriv noko som skjer mellom menneskjer, noko menneskjer deler, med det subjektive eller opplevingsnære i fokus. Med andre ord handlar det om eit opplevingsfellesskap mellom to, der ein kan dele kjensler, tankar og fornemningar (Hansen, 1991, 2012).

Den non-verbale, affektive kommunikasjonen er eit hovudgrunnlag for tidleg menneskeleg samspel og ser ut til å vere det fyrste grunnlaget for sjølvets utvikling og sjølvoppleving (Johns & Svendsen, 2012). Stern (2004) hevdar at det intersubjektive perspektivet vektlegg særlig denne forma for kommunikasjon, og at intersubjektivitet handlar om ei delt mental kontakt, der oppleving, kropp og kjensler står meir sentralt enn ord. Ei slik kontakt er implisitt og knytt til kjensla av å vere saman, ”oss to”, her og no.

Ein viktig del av intersubjektive samspel er den gjensidige reguleringa av merksemd og aktivering, noko som innebere at den affektive kommunikasjonen til både barn og omsorgsgivar påverkar den andre si åtferd og emosjonelle oppleving. Gjennom mikroutvekslingar av affektiv informasjon tek dei innover og påverkar kvarandre sine tilstandar (Tronick, 1989).

Trevarthen (1998) meiner at menneskjer er heilt frå fødselen utstyrt med ein interpersonleg intelligens, noko som tyder på at spedborn er rusta til å inngå i intersubjektive møter. Nyfødde born kan kommunisere med omsorgsgivar allereie frå dei er eit par veker

gamle, på ein retta og koordinert måte med vokale og kroppslege uttrykk. Den tidlege ansikt-til-ansikt kommunikasjonen er affektiv og non-verbal, og ser ut til å vere noko alle friske born inngår i. Ut i frå dette kan ein tenkje seg at mennesket har eit biologisk utgangspunkt for tilknytning, emosjonell og sosial utvikling. Dette tidlege språket menneskjer tileignar seg kan seiast å vere språket for samhøyrighet, og dannar bakgrunn for ei forståing om at utvikling skjer med gjensidigheit og fellesskap som grunnleggande faktorar (Hansen, 2012; Sameroff, 2010; Stern, 2003; Trevarthen, 1993).

Barnets evne til å inngå i interpersonlege samspel utviklar seg gjennom fleire stadium. Det fyrste stadiet vert kalla primær intersubjektivitet, der ein viser til barnets evne til å utveksle og regulere emosjonar i ei interaktiv utveksling med omsorgsgivar. I denne fasen er barnet mest opptatt av dei nære, handfaste opplevingane mellom seg sjølv og omsorgsgivar. Seinare, i den sekundære intersubjektive fasen, kan spedbarnet i tillegg bli meir opptatt av omgjevnadane og objekta rundt. Det siste stadiet av intersubjektivitet er tertiær intersubjektivitet. Her kan barnet og den vaksne ha eit felles fokus på noko abstrakt, som språk og det verbale uttrykk (Trevarthen & Aitken, 2001).

Emosjonar og emosjonsregulering

Emosjonar kan definerast som prosessen der ei mental eller fysisk hending, vert tillagt meining og betydning. Ei funksjonalistisk tilnærming på emosjonane framhevar at emosjonar er evolvert grunna deira adaptive funksjon i å sikre menneskets overleving (Bowlby, 1969; Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler, & Ridgeway, 1986). Emosjonar hjelper oss å vurdere og kategorisere ulike hendingar eller situasjonar, til dømes kan ein ved hjelp av emosjonar bedømme ein situasjon som farleg eller fordelaktig. Graden av opplevd signifikans vil avgjere kor intenst og hurtig ein reagerer i ein gitt situasjon (Campos, Camras, & Frankel, 2004; Damasio, 1999). Dei aktiverte emosjonane skal gjennom sympatisk aktivering rette kraft og

gjere oss tydelege. Den sympatiske krafta kallar ein det reaktive i emosjonane. Den gjer oss tydelegare for oss sjølv og andre og sikrar at ein vert forstått og forstår andre i sosiale situasjonar. Det gjer oss òg i stand til å regulere nærleik og avstand til andre (Campos et al., 2004; Damasio, 1999; Jacobsen, 2010). Ved å lese kvarandre sine ansiktsuttrykk, gestar og stemmebruk, kan ein få indirekte tilgang til andre sine emosjonelle tilstandar (Bretherton et al., 1986). For at emosjonane skal ha dei beskrivne funksjonane, er ein avhengig av å kunne differensiere mellom dei ulike emosjonane som oppstår. Utan dette vil ein ikkje kunne nytte seg av informasjonen dei potensielt kan gi (Damasio, 1999; Jacobsen & Svendsen, 2010a).

Å regulere ein emosjon vil seie at den aktiveringa emosjonen skaper, møter kognisjon og dermed skapar forståing og retning på merksemd og åtferd. Klarar ein ikkje dette, vil emosjonane verke overveldande og skremmande. Ein veit ikkje korleis ein skal kome ut av dei, og aktiveringa vil kjennast ubehageleg (Saarni et al., 2006). Samhandlinga mellom barn og omsorgsgivar er den grunnleggande utviklingsmekanismen for integrering av emosjonelle og kognitive prosessar (Campos et al., 2004; Saarni et al., 2006). Evna til å regulere emosjonar avhenger av både affektbevisstheit og affektintegrasjon. Med affektbevisstheit meiner ein evna til å identifisere, tolerere, og uttrykkje både begrepsmessig og non-verbalt dei ni grunnaffektane (Monsen & Monsen, 2000). Affektintegrasjon handlar om at emosjonelle og kognitive prosessar integrerast, og at emosjonell aktivering får betydning og mening gjennom integreringa. Affektbevisstheit og integrasjon er gjensidig avhengige av kvarandre for å fungere (Svendsen & Jacobsen, 2013).

Er ein i stand til å regulere emosjonane, vil den sympatiske aktiveringa bli kjent att som ulike emosjonar som til dømes glede, sinne eller redsle. Når dette skjer vil det parasympatiske nervesystemet gripe inn og skape avspenning. Mangelfull regulering vil kunne føre til fleire negative utfall til dømes konsentrasjonsvanskar, aggresjon, tilbaketrekning og utvikling av ein beredskap for å unngå dei kjeldene som kan lede til utløysing av kroppsleg uro (Jacobsen, 2010).

Tidleg samspel

I fylgje Fonagy, Gergely og Jurist (2003) vert menneskjer fødd utan eit utvikla sett av emosjonar. Omgrep og representasjonar av emosjonar vert skapt etterkvart i samspel med omsorgsgivar. Desse samspela er prega av intersubjektive møter mellom barn og omsorgsgivar (Stern, 2003, 2004; Trevarthen, 1993).

Regulering og modulering av vitalitetsaffektar utgjer eit grunnleggande aspekt med tanke på å både redusere intensiteten av emosjonane og til å auke vitalitet i samspel. Vitalitetsaffektar kan beskrivast som aktiveringsaspektet ved alle erfaringar og emosjonar. Det er ei tilstandsaktivering som definerer oppleving av intensitet, rytme, endring og varigheit (Hansen, 2012). Reguleringa av vitalitetsaffektane vert i fylgje Stern (2003) gjort av ein *sjølvregulerande annan*, som bidrar til å regulere barnet på den måten at aktivering, merksemd og emosjonar vert optimalisert. Vitalitetsaffekter er sentralt i kommunikasjon med andre, og er eit viktig utgangspunkt i korleis ein gjensidig påverkar kvarandre (Hansen, 2012).

Gjennom tett regulerte samspel i interaksjon med omsorgsgivar, påverkar barnet den andre ved å signalisere affekt (Fonagy et al., 2003; Hart, 2009). Omsorgsperson føl heile tida med barnets tilstand og hjelper barnet med å regulere emosjonell aktivering. For spedbarnet er emosjonane ei forvirrande blanding av fysiologisk aktivering, men gjennom mors markerte spegling vil barnet etterkvart lære å forstå seg sjølv emosjonane sine (Hart, 2009). Gjennom affektspegling der omsorgspersonen speglar, modererer og gir tilbake emosjonane barnet viser på ein måte som verkar tryggjande, heller enn intensiverande, vil barnet lære at aktivering ikkje er farleg og kan regulerast. Når omsorgspersonen speglar barnets emosjonar vil det hjelpe spedbarnet med å organisere og gi mening til den kjenslemessige aktiveringa (Evang, 2010; Fonagy et al., 2003).

Barnet har behov for regulering av positive så vel som negative tilstandar. Omsorgsperson reagerer på barnets signal, og justerer karakter, mengde, variasjon og

tidspunkt for aktivering og avbryting av stimulering. Dette på ein måte som svarar til barnets integrasjonskapasitet. Dei gjensidige, avstemte interaksjonane er fundamentale for ei sunn affektiv utvikling hjå barnet (Schore, 2006; Stern, 2003), og er med på å danne ei forventning hos barnet om at det klarar å skape ein reaksjon på ein annan. Det er ut frå dette at barnet opplever å vere agent i eige liv, det kjenner seg i stand til å påverke menneskjer og fysiske ting (Stern, 2003).

Omsorgspersonen og barnet skaper saman ein kontekst som gjer det mogeleg for barnet å uttrykke affektive tilstandar. Dette skjer ofte ved ansikt-til-ansikt kommunikasjon og affektsynkronisering, beståande av gjensidig merksemd, smil, mimikk og lydar. Det som vert sagt i desse samspele er mindre viktig, det er uttrykket som er det vesentlege. Dette tidlege affektive samspelet påverkar utviklinga av dei autonome og limbiske hjernefunksjonane (Hart, 2009), ved at det vert skapt ei dyadisk regulering av emosjonar (Hart & Schwartz, 2008; Tronick, 1998). Utviklinga av desse funksjonane er viktig for merksemd, fokusering, regulering av aktivering, affektiv nyansering og forbinding mellom affektive og kognitive prosessar. Ein synkronisert og empatisk relasjon bygd på tryggleik etablerer ein emosjonell og nevrobiologisk kontekst som kan fremme utvikling av regulering og nevralt organisering (Hansen, 2012).

Ein viktig del av samspelet består av interaktive feil og reparasjonar, eller vekslinga mellom koordinerte og ukoordinerte samspelsfasar. Samspelsfasar mellom omsorgsgivar og barn inneheld like mange ukoordinerte sekvensar som koordinerte sekvensar (Hansen, 2012; Tronick, 1998). Det viktige med dette er at barnet får erfaring med at ukoordinerte fasar går over, og vert koordinerte att. Dei interaktive feila og reparasjonane skapar med andre ord ein læringseffekt, som gir ei barnet erfaring av å bli forstått og teken omsyn til. I desse sekvensane får barnet vidare ei erfaring av å vere i stand til å påverke ein annan (Hansen, 2012).

Mønstre og heilheit vert skapt på grunnlag av ulike samspelsepisodar med omsorgsgivar. Barnet organiserer sine relasjonelle opplevingar i minnestrukturar som *måtar å vere saman med andre på*. Gjennomsnittet av erfaringane er indre representasjonar som dannar arbeidsmodellar, som er utgangspunkt for relasjonelle forventingar og handlingar. Desse modellane kallar Stern for RIGar; Representations of Interaction episodes Generalized. Om det tidlege samspelet har vore godt, vil det aktiverte generaliserte minnet fungere som det Stern kallar ein ”indre følgesvein”, eit minne om ein sjølvregulerande annan (Stern, 2003).

Sjølvtvikling

Ei sjølvfornevinging kan bestå av relative stabile sjølvoppfatningar, eller gjere seg til kjenne ved minner frå fortida. I den vidaste forstand kan ein seie at sjøvet inkluderer alle aspektar av den menneskelege eksistens, både på kroppsleg, sjeleleg og åndeleg nivå av bevisstheit (Hansen, 2012). Utviklinga av eit barns sjølv og sjølvoppleving er tett knytt opp mot intersubjektivitet. Benjamin (1990) skriv at for at ein skal kunne utvikle seg sjølv som eit subjekt åtskilt frå andre, må ein ha inngått i intersubjektive møter med andre. Når barnet opplever ein annan som både er lik og ulik ein sjølv, gir det barnet mogelegheit til å utvikle eit sjølv som er åtskilt frå andre.

Sterns (2003) interpersonlege modell for sjølvutvikling bygger på kunnskap frå spedbarnsforsking. Han definerer sjøvet som barnets totale organisering av dei erfaringar dei gjer seg. I boka si frå 1985, *The Interpersonal World of the Infant* (omsett til norsk i 2003), beskriv han ein modell der han søker å forklare utviklinga av sjølvopplevinga gjennom dei fyrste åra av borns liv, gjennom fem suksessive domener. Barnets sjølv er basert på samspel med andre, og barnets relasjonsdanning er tett knytt opp til barnets sjølvoppleving og sjølvutvikling. Sjølvutvikling og relasjonsutvikling er i fylgje Stern to sider av same sak, då utviklinga av sjøvet skjer gjennom samhandling med andre (Stern, 2003). Den

sjølvopplevinga barnet utviklar, kan forståast som måtar å organisere erfaringar på, noko som vil omfatte det affektive, perseptuelle og åtferdsmessige, men også det symbolske og narrative. På denne måten ser ein at sjølvoppleving og sjølvutvikling er tett knytt opp mot det intersubjektive perspektivet (Hansen, 2012).

I sjølvutviklingsmodellen til Stern går utviklinga av barnets sjølvoppleving gjennom fem ulike områder for sjølvfornemming; det grynande sjølvvet, kjernesjølvvet, det subjektive sjølvvet, det verbale sjølvvet og det narrative sjølvvet. Stadia står for ulike hopp i barnets utvikling og måte å organisere erfaringar på. Tidlege stadium vil fortsetje å fungere gjennom heile livet, og vil organisere nye erfaringar. Modellen er formulert som ein kontinuerleg konstruksjonsmodell, og dei ulike fasane kan av denne grunn ikkje kallast for utviklingsfasar. Ein modell som tek utgangspunkt i utviklingslinjer og ikkje utviklingsfasar, gir moglegheit for kontinuerleg endring og utviding ved tilkomst av nye erfaringar. Tidleg utvikling vil framleis vere viktig, men erfaring gjort tidleg i livet kan vidareutviklast eller reorganiseras seinare i livet (Hansen, 2012; Stern, 2003). Modellen understreker at det intersubjektive utgangspunktet ikkje berre er avgjerdande i forståing av barnets sjølvutvikling, men òg som ein vekstskapande føresetnad i den terapeutiske relasjonen Dette gir ei vesentleg ramme for ei forståing av terapeutiske endringsprosessar (Hansen, 2012).

I siste halvdel av fyrste leveår startar utviklinga av det subjektive sjølvopplevingsområdet. I dette ligg det at barnet får kjensle av å vere eit subjektivt sjølv, der andre menneskjer reagerer og oppfattar barnets indre verd av emosjonar og intensjonar. Det mest konkrete uttrykket for denne utviklinga er at barnet er i stand til å fylgje blikkretning og å sjå i den retning andre peikar. Barnet har lært at indre subjektive og mentale opplevingar kan delast med andre. Den subjektive sjølvopplevinga dannar i fylgje Stern grunnlag for intersubjektiv kommunikasjon. Dette betyr at barnet evnar å dele merksemd, intensjonar og kjensler med ein annan person. Det sosiale samspelet dreier seg fyrst og fremst om merksemd og utforsking av ytre omgivnadar saman med ein annan (Stern, 2003).

Terapi med born

Leik i terapi

Leik kan seiast å vere borns språk, noko som gjer det til ein viktig komponent i borns utvikling (Russ, 2003; Winnicott, 1971). I fylgje Winnicott (1971) er leiken ei livsnødvendig utviklingsform. Den gir barnet moglegheit til å formidle kjensler, fantasiar og opplevingar. Mellom fantasi og verkelegheit vert det danna eit spenningsfelt med rom for kreativ utfolding og utvikling av symbol.

Gjennom leik kan barnet gå inn i affektladde tema som kanskje er for vanskelege eller som dei manglar ord på i vanleg samtale. På denne måten kan barnet i leik øve på emosjonsregulering og modulering av affekt (Svendsen, 2010). Leiken skapar eit rom mellom verkelegheit og fantasi som gjer at barnet får moglegheit til å distansere seg kjenslemessig (Johns & Svendsen, 2014; Svendsen, 2010). Verkelegheitas lovar og reglar eksisterer ikkje i leik, og derfor kan ulike situasjonar, handlingar og rollar prøvast ut og testast. I leik får barn øve på problemløysing, lære av kvarandre og oppleve meistring (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005). Andre utfall som viser at leik er viktig for utvikling er motorisk utvikling, emosjonsuttrykk, empati, turtaking, konsentrasjon, kognitive prosessar, fantasi og kreativitet (Russ, 2003).

Ein finn fleire likskapar mellom leik og intersubjektivitet, blant anna språkleg kommunikasjon, samhandling, felles fokus og affektiv utveksling (Johns & Svendsen, 2012; Russ, 2003; Svendsen, 2010). Likskapar finn ein òg mellom leik og intersubjektiv terapi (Johns & Svendsen, 2014), ved at ein i terapi deler engasjement og har ei felles og gjensidig merksemd mot det ein held på med. I leikande samspel kan terapeut og barn danne eit opplevingsfellesskap der kjensler, tankar og fornemningar kan delast (Bratton et al., 2005; Hansen, 1991, 2012). Gjennom samspel i leik får terapeuten ein unik sjanse til å forstå barnet på nye måtar, som kanskje ikkje hadde vore like tilgjengelege under samtale. Når ulike

emosjonar vert aktivert i leiken, hjelper terapeuten barnet med uttrykke og regulere desse. Barnet formidlar seg i leiken, og terapeuten skal gi svar på det barnet formidlar (Russ, 2003).

Tidsavgrensa intersubjektiv terapi med born (TIB)

Tidsavgrensa intersubjektiv terapi for barn er ein terapiform som ikkje fokuserer på symptomlette, men på å hjelpe barnet med å reaktivere grunnleggande utviklingsprosessar. Borns mentale struktur er fleksibel og open, ein tenkjer seg derfor at slike prosessar reaktiverast raskt (Hansen, 2012). Tidsavgrensa terapi vert sett på som ein eigen terapiform, ikkje ein kortversjon av ein langtidsterapi (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2014). I terapien vert relasjonen mellom terapeut og barn brukt som eit verktøy i seg sjølv, ikkje berre eit grunnlag for andre teknikkar (Johns & Svendsen, 2014). Terapiformas endringsskapande kraft ligg på den eine sida at barnet får uttrykt si indre verd, at den vert anerkjent og bekrefta. På den andre sida finn ein endring i at terapeuten bidrar til ein meiningsskapande og utvidande prosess som inkluderer både implisitte opplevingar og eksplisitte oppfatningar (Hansen, 2012). For å få til dette, krevjar det ein terapeut som er emosjonelt tilgjengelig, kreativ, leikande og positiv. Dette er med å skape ei ramme for utvikling og endring (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2012). Det terapeutiske møtet har den potensielle mogelegheita at barnet kan bli tydelegare for seg sjølv, og at det kan skje ei utviding og rørsle i barnets emosjonar, tankar og merksemd (Johns & Svendsen, 2014). Eit viktig poeng med ein terapi som dette er å vise for barnet at kjenslene og opplevingane deira er meiningfulle og viktige. Ein skal søkje å opne opp for nye handlingsmogelegheter og opne opp for utvida opplevingar (Haugvik & Johns, 2006). Gjennom leik kan barnet få innsikt i kva aktivering av dei ulike emosjonane betyr og at det ikkje er farleg å bli aktivert. I trygge og ufarlege omgivingar kan barnet lære at den kjenslemessige aktiveringa kan tilpassast og modulerast gitt ein situasjon, noko som kan auke barnets vitalitet og sosial fungering (Fonagy et al., 2003).

Tidsavgrensa intersubjektiv terapi har tre distinkte kjenneteikn: Tydeleg terapifokus, parallelle foreldresamtaler og tidsavgrensing (Gydal, 1998; Johns & Svendsen, 2014).

Terapifokuset fungerer som ein raud tråd gjennom behandlinga. Den skal formulerast på bakgrunn av tilvising, samtale med foreldre og tre timar klinisk psykologisk undersøking. Fokuset skal vere lett å kjenne att for både foreldre og barn, og skal vere knytt til barnets eiga oppleving. Den kan gjerne vere metaforisk (Johns & Svendsen, 2014). Eksempel på terapifokus kan vere: "Leite etter eigne skattar" med forklaringa at terapeut og barn skal verte betre kjent i barnets indre opplevingsverd. Fokuset skal vere formulert positivt og på ein måte som fremmar utvikling og peikar mot ressursar hjå barn og omsorgspersonar (Haugvik & Johns, 2006; Johns & Svendsen, 2014). Eit godt terapifokus vil kunne bidra til ein god terapeutisk allianse, bestående av emosjonelt band, einigheit om mål og einigheit om oppgåver (Bordin, 1994; Haugvik & Johns, 2006).

Tidsavgrensinga inneber at ein har ein dato for avslutning, og at det er tydeleg kor mange gonger ein skal møtast. Tidsavgrensinga gir ei tydeleg tidsoversikt og hjelper barnet med å få ei kjensle av å vere ein aktiv deltakar i eigen terapi (Haugvik & Johns, 2006; Johns & Svendsen, 2014). Tid kan vere eit organisert element for barn utvikling. Rytmiske mønstre med gjentakingar er grunnlag for minner og forventingar. Ein terapi med fast rytme gir eit godt utgangspunkt for å dele merksemd og samanheng over tid. Mange barn som kjem til terapi har manglande erfaring med grunnrytmar og regelmessighet (Johns & Svendsen, 2014). For å lage ei tydeleg tidsavgrensing for terapiforløpet anbefalast det at ein lagar ein kalender der barnet for kvar behandlingstime teiknar noko det forbinder med timen. Dette kan vere ein fin anledning til å skilje terapien frå for eksempel skulen. Her skal barnet få gjere som det vil utan at det skal gjerast på ein "riktig" måte (Johns & Svendsen, 2014).

Det tredje kjenneteiknet ved TIB er det tette bandet mellom barneterapi og foreldresamtaler. Born lev og bur saman med familien eller andre omsorgspersonar, noko som inneber at barnets omsorgskontekst alltid bør vere ein integrert del av eit

behandlingsopplegg (Hansen, 2012). Foreldresamtalane skal vere parallelle med barnets timar, minimum tre gonger i terapiforløpet, men helst parallelt med kvar time barnet har. I desse timane vil terapeuten drive omsettingsarbeid for foreldra. Foreldra får sjå barnet sitt i eit nytt ljøs og får nye verktøy i møte med barnet (Haugvik & Johns, 2006; Johns & Svendsen, 2014). Det er viktig å ikkje fokusere på barnets direkte åtferd, men snarare på refleksjon omkring barnets kjensler og opplevingsverd. Terapeuten skal skape samanheng mellom foreldras og barnets mentale verd. Det er særleg viktig å gi dei mogelegheit til å arbeide med eiga forståing av barnet og kva barnet søker å uttrykke, samstundes som at dei får ei forståing av eiga foreldrefunksjon (Johns & Svendsen, 2014).

Den terapeutiske prosessen kan delast inn i tre fasar; startfase med 3 timar klinisk psykologisk undersøking, midtfase med behandling på mellom 6-10 timar og slutfase (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2014).

Metode

Datainnsamling

Datainnsamling føregjekk over ein periode på femten veker. Behandlinga fann stad på poliklinikken på NTNU, der kvar time med Mari og foreldra hennar vart filma.

Terapirommet var eit observasjonsrom med einvegsspegle, der det i kvar time sat tre studentar og ein vegleiar bak spegelen. Etter kvar time reflekterer teamet om kva som hadde utspelt seg i den aktuelle timen. Underteikna hadde ansvar for terapien, mens ein medstudent hadde ansvar for dei parallelle foreldresamtalane.

Familiane som var med på forskingsprosjektet var valt ut på førehand, med grunngeving at barnet er mellom 9 – 12 år, og at vanskane er av internaliserande art. Terapeuten følgde ein terapimanual (Johns & Svendsen, 2014) for tidsavgrensa intersubjektiv barneterapi gjennom heile terapiløpet. I samsvar med manualen, bestod opplegget av éin

inntakssamtale med foreldre, tre timar med klinisk psykologisk undersøking med barnet, to fellessamtalar med barn og foreldre, ein fokussamtale med barn og foreldre og ti terapitimar (Johns & Svendsen, 2014).

Affektbevisstheitsintervju

Mari gjennomførte to affektbevisstheitsintervju, eitt før og eitt etter terapi.

Affektbevisstheitsintervjuet, som brukast til å måle grad av affektbevisstheit, har fleire gonger vist seg å vere eit reliabelt instrument med ein god konstruktvaliditet (Solbakken et al., 2011)

Intervjuet er semistrukturert, og undersøker affektbevisstheit på ti ulike emosjonar:

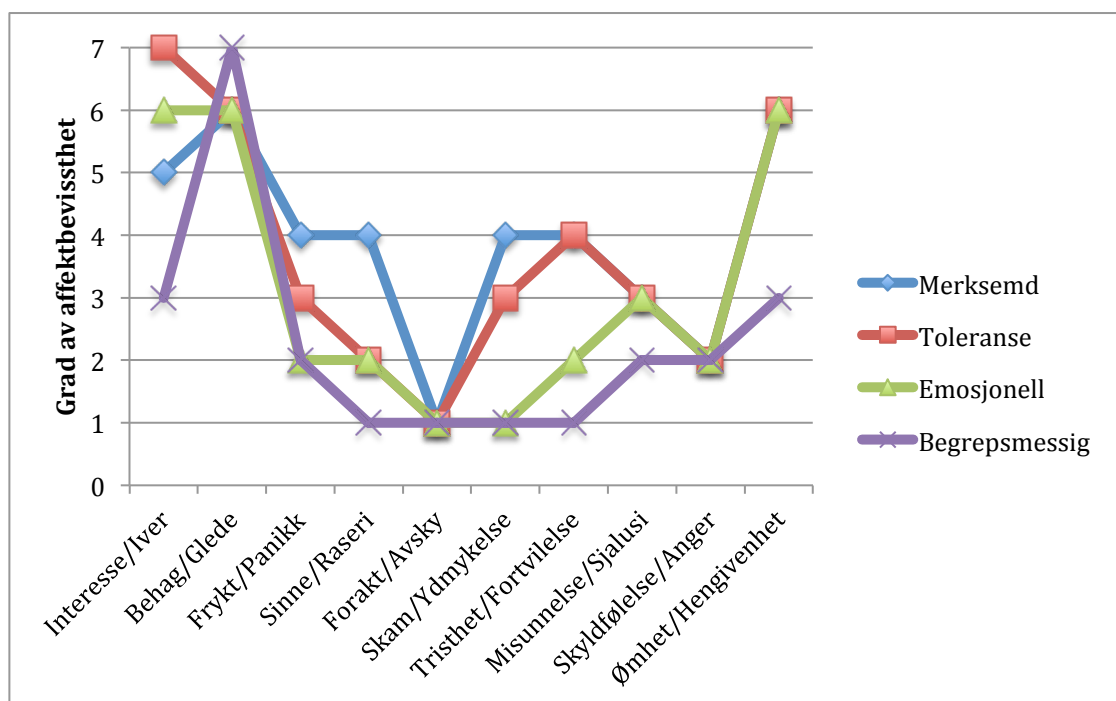
interesse/iver, glede/behag, frykt/panikk, sinne/raseri, forakt/avsky, skam/audmjuking,

tristheit/fortvilning, misunning/sjalusi, skuld/anger og ømheit/hengivenheit (Monsen, 1990).

Intervjua vart gjennomført av ein erfaren psykolog som god kjennskap til intervjuet.

Kvar av emosjonane er undersøkt i lys av fire ulike omgrep: merksemd, toleranse, begrepsmessig og emosjonelt uttrykk (Taarvig, Solbakken, Grova, & Monsen, 2014). Dei fire ulike omgrepa kan delast inn i to kategoriar: Opplevingsevne og ekspressivitet. Merksemd og toleranse inngår i opplevingsevne, begrepsmessig og emosjonelt uttrykk inngår i ekspressivitet. Opplevingsevne handlar om i kor stor grad ein person bevisst kan integrere kjenslemessig innhald. Det handlar for det meste om å kunne ta inn informasjon, noko som føreseier at personen må kunne la seg bevege eller påverke emosjonelt. Det handlar ikkje berre om å kjenne at ein er emosjonelt aktivert, ein må kunne kognitivt dekode den informasjonen emosjonane gir. Merksemd er ein utveljande funksjon som styrer kva ein kjenner att og legg merke til av emosjonell stimuli. Toleranse handlar om kva ein tolerer å bere av kjensler, kva ein klarar å både kroppsleg og mentalt å romme av emosjonelt materiale (Monsen, 1990).

Ekspressivitet handlar om å uttrykke seg. Det handlar om i kor stor grad ein person kan formidle nyanserte og tydelege emosjonsuttrykk. Emosjonell ekspressivitet handlar om kor tydeleg og nyanserte emosjonane kjem fram i form av synlege bevegelsar, mimikk, kroppshaldning, pust og stemmebruk. Med begrepsmessig ekspressivitet meiner ein kor godt ein kan beskrive og setje ord på emosjonane når dei oppstår. Ein finn ofte at personar med psykiske vanskar kan ha manglande og lite tydeleg emosjonell opplevingsevne og ekspressivitet (Monsen, 1990).



Figur 1: Pre affektbevissthetsintervju

Før terapistart kan ein sjå at Mari skåra høgt på positive emosjonar (interesse/iver, behag/glede, ømheit/hengivenheit) innanfor alle fire dimensjonar. Når det kom til ubehagelege og negative emosjonar (frykt/panikk, sinne/raseri, forakt/avsky, skam/audmjuking og tristheit/fortviling), skårar ho lågare. Emosjonell ekspressivitet på negative emosjonar er låg, noko som tyder på ho i liten grad uttrykkjer affektane om ho vert aktivert. Begrepsmessig ekspressivitet er også relativt låg på dei fleste emosjonar med unntak

av glede/behag. Dette vil seie at ho har ei begrensa evne til å setje ord på det ho kjenner, noko som ikkje er uvanleg for born. Skåringskriteria er utviklia for ein vaksen populasjon, og skal måle emosjonar frå ein umoden, lite integrert tilstand til ein moden integrert tilstand. Born vil nesten aldri få den høgaste skåren, grunna deira meir umodne emosjonelle tilstand (Jacobsen, 2010; Monsen & Monsen, 2000).

Skåringa på opplevingsevne på dei negative emosjonane hennar er litt høgare. Det verkar som at ho til ei viss grad klarar rette merksemd mot desse, men har ei dårleg toleranse for dei. Æmheit/hengivnad er høg på alle fire områder, noko som ikkje er overraskande med tanke på den omsynsfulle veremåten hennar.

Lite affektbevisstheit på sinne har vist seg å ha ein sterk assosiasjon til ulike angstlidningar. Dette er eit resultat av undertrykking av sinne og konsekvent unnlatingsåtfærd. Låg anerkjening av sinne vil òg kunne føre til at ein vert lite sjølvhevdande (Taarvig et al., 2014), noko som kan tenkjast å stemme bra i Mari sitt tilfelle. Det verkar som at ho kan kjenne at ho er sint, opplevinga ligg på 4, men ho har svært låg toleranse for sinne, noko som gjer at kjensla mest truleg vert undertrykt.

Ein kan sjå at kurvene viser ei u-form. Dette er karakteristisk for born som har internaliserande vanskar og stor ansvarskjensle (Zahn–Waxler, Klimes–Dougan, & Slattery, 2000). Mari kjenner ansvar for at det skal vere god stemning i heimen, negative og ubehagelege emosjonar passar ikkje inn i atmosfæren ho ynskjer å skape. Positive emosjonar som interesse/iver, glede/behag og æmheit/hengivenheit passar godt inn, og vert brukt som strategi.

Kasusformulering

I løpet av dei fyrste timane med Mari sette terapeuten opp ei kasusformulering for å danne seg eit heilskapleg bilete av kva som låg til grunn for vanskanne hennar. Ei

kasusformulering kan definerast som eit sett hypotesar som kan ligge til grunn for pasienten sine symptommer (Winters et al., 2007). Terapeuten retta ved hjelp av kasusformuleringa merksemd mot kva som kan ha vore årsak til Mari sine vanskar, utan å fokusere på symptoma i seg sjølv (Smerud, 2012a). Kasusformulering kan spele ei viktig rolle når det kjem til innføring av vitenskapleg basert kunnskap i behandlingsplanlegginga (Shirk & Russell, 1996; Winters et al., 2007). Eit døme på dette er å bruke utviklingspsykologisk kunnskap som bakteppe for hypotesedanning (Smerud, 2012a).

I terapi med born er det viktig å ikkje sjå på barnet som ei separat eining, men som del av eit større system. Ein må sjå på miljøet rundt barnet og utforske kva faktorar som kan ha vore med å påverka og utvikla vanskane barnet opplever. Ein må ta med i betraktning at biologiske sårbarheiter, personlegdom og familiære faktorar gjensidig påverkar kvarandre (Winters et al., 2007). Kasusformuleringa guidar mykje av klinisk arbeid. Til dømes vil vekta ein tillegg eit barns biologiske, familiære eller personlegdomsmessige faktorar, påverke kva retning terapien vil ta (Winters et al., 2007).

Det er store kompleksitetar i kva faktorar som bidreg til psykiske vanskar hjå barn og unge. Ein treng derfor modellar som kan trekke inn ulike kunnskapsfelt. Slike modellar kallar ein integrative modellar. Den biopsykososiale modellen til Winters og medforfattarar (2007) er ein modell som søkjer å fanne om denne kompleksiteten (Smerud, 2012a). Modellen inneheld biologiske, psykologiske og sosiale faktorar og kategoriserer dei under predisponerande, utløysande, oppretthaldande og beskyttande faktorar (Winters et al., 2007). Ved å kople den biopsykososiale kasusmodellen med intersubjektiv kunnskap, får ein eit meningsfullt utgangspunkt for å sjå terapi med born som ein utviklingsprosess, snarare enn eit reparasjonsprosjekt (Johns & Svendsen, 2014; Winters et al., 2007). Dette vil guide og gi retning til kva behandlingsintervensjonar ein kan sikte seg inn på, og kva endringsprosessar ein bør fokusere på (Smerud, 2012a; Winters et al., 2007). Dersom ein vel behandling ut i frå

symptomer og diagnoser, står ein i fare for å oversjå viktige faktorar som kan vere årsaka til symptoma (Smerud, 2012a).

For ein mest mogeleg ryddig presentasjon av Mari vert kasusformuleringa presentert under tilvising og anamnese.

Kasuspresentasjon

Tilvising og anamnese

Mari er ei jente på elleve år som var tilvist klinikken på NTNU for symptomer på angst i skulekvardagen. Dette kom til uttrykk med kvalme, indre uro, tristheit og nervøsit. Då ho etterkvart byrja å kaste opp på skulen, tok læraren affære og kontakta foreldre.

Foreldra fortel i anamnesesamtalen at Mari er svært dyktig på skulen, gjer alltid leksene og får godt omdøme av lærarar. På skule og i fritida har ho fleire gode vener, men er ofte opptatt med å passe på dei yngre borna på skulen. Ho er aktiv og spelar handbal og går på friidrett utanom skulen. Ho har alltid vore fysisk sterk.

I kvardagen er Mari opptatt av at det er god stemning i heimen. Ikkje sjeldan kan ho diske opp med ulike bake-og dessertvarer og sørgje for at det vert ein koseleg heimeatmosfære. Foreldra fortel at ho alltid har vore opptatt av at dei skal ha det bra. Om ein av foreldra er sjuk, kan ho ringe fleire gonger for å sjekke at alt er bra. Dette beskriv dei som eit positivt trekk ved dottera.

Foreldra fortel at Mari bekymrar seg mykje, særleg om ting som skal skje fram i tid. Ho krev utfyllande detaljert informasjon omkring framtidige hendingar. Ho er òg ofte bekymra for situasjonar der ho må prestere, som prøvar på skulen og idrettsstemner. Dei beskriv at ho stadig er observant mot eventuelle farar og hindringar

Som spedbarn beskriv foreldra Mari som roleg, og med eit godt lynne. Ho gjorde lite ut av seg. Mari har ei mindre syster som skil kvarandre med eitt år. Systema var veldig sjuk

som spedbarn. Foreldra beskriv det fyrste året med veslesyster som vanskeleg, om medgir at Mari kanskje fekk mindre merksemd enn ho elles ville hatt.

Foreldra til Mari skilde seg for nokre år tilbake. Foreldra beskreiv skilsmissa som lite dramatisk utan store kranglar. I dag bur dei berre eit steinkast unna kvarandre. Mari og systera bur annankvar veke hjå mor og annankvar veke hjå far.

Intill nyleg hadde far ein sambuar. Far fortel forholdet med den nye kjærasten utvikla seg for raskt. Den nye kjæraste flytta inn etter kort tid, noko som førte til store omstillingar for Mari, som plutselig fekk ei stemor og to stebrør. Det var i denne perioden vanskane til Mari vart tydelege.

I samtale var ynskte foreldra at det skal bli lettare for Mari å takle endringar. Dei ynskjer at ho skal få hjelp med overgang mellom ulike situasjonar, og at ho ikkje skal behøve så mykje informasjon mellom kvar ting som skal skje. Dei er òg urolige for situasjonen på skulen.

Under følgjer kasusformuleringa for utvikling av Mari sine vanskar ut frå biologiske, psykologiske og sosiale faktorar, sett saman med predisponerande, utløysande, oppretthaldande og beskyttande faktorar (Smerud, 2012a; Winters et al., 2007).

Tabell 1:Kasusformulering

<i>Individuelle og systemiske faktorar</i>	<i>Biologiske</i>	<i>Psykologiske</i>	<i>Sosiale</i>
<i>Predisponerande (sårbarheit)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Roleg spedbarn. - Sterk fysisk. - Bekymra foreldre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekymring. - Ansvarskjensle for familie. - Merksemd retta utover - Føyeleg. - "flink pike" 	<ul style="list-style-type: none"> - Syster sjuk som spedbarn. - Mangelfull merksemd frå foreldre. - Skilde foreldre.
<i>Utløysande</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Kjenner uro grunna lite struktur. - Manglande kontroll. - Mister kontakt med far. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foreldre med nye partnarar. - Stemor og søner flyttar inn.

Tabell 1: Kasusformulering, forts.

<i>Individuelle og systemiske faktorar</i>	<i>Biologiske</i>	<i>Psykologiske</i>	<i>Sosiale</i>
<i>Oppretthaldande</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Kroppsleg aktivering. - Mangelfull regulering. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaksen samtalepartner. - Hennar oppgåve å sørgje for stemning i familien. - Lojal. - Respons frå miljøet styrer sjølvkjensle. -Manglande regulering frå foreldre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opptatt av foreldra sine liv. - Skåner foreldra for egne vanskar. - Foreldre gir etter for ansvarsbehovet hennar. - Foreldre ser på omsorga hennar kun som positivt. - Selektiv inntoning frå foreldre.
<i>Beskyttande</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intelligent. - God kognitiv fungering. 	<ul style="list-style-type: none"> - God sosial kompetanse. -Trygg tilknytning 	<ul style="list-style-type: none"> - Godt forhold med foreldre. - God økonomi.

Psykologisk forklaring av Mari sine vanskar

Kasusformuleringa viser korleis Mari er eit produkt av gjensidige transaksjonar mellom individ og miljø, og korleis vanskane hennar kan ha utvikla gjennom eit stadig samspel mellom ho sjølv, opplevingar i familien og sosiale kontekstar (Sameroff, 1995; Smerud, 2012b). Av biologiske sårbarheiter fortel foreldra at Mari var eit roleg spedbarn utan store behov for regulering. Dette kan ha påverka måten dei såg på dotter si på, korleis dei reagerer på og kva forventingar dei har til ho. Ein ser òg at mor og far begge har tendensar til bekymring. Dette kan ein tenkje seg Mari har arva. Mari kan òg ha opplevd ein slags læringseffekt av å observere korleis foreldra taklar stressutløysande situasjonar.

Foreldra fortel at Mari heilt frå ho var lita har vore psykisk sterk og i stor grad sjølvdrivande. Dei framhevar dei sosiale og ivaretakande sidene av henne som nokre av hennar beste eigenskapar, noko som tilseier at dei mest truleg har støtta opp under og styrka desse sidene av ho. At veslesyster var veldig sjuk då Mari var lita, sette nok store krav for jente som Mari, som heilt frå ung alder har vore tilbøyeleg for å ta ansvar. Systers sjukdom

kan vidare tenkjast å ha ført til at foreldra har vore preokkupert av veslesyster, og at Mari sitt utviklingsmessige behov for å bli regulert av omgivnadane dermed ikkje har vorte tilstrekkeleg møtt (Smerud, 2012b).

For ein del foreldre kan uføreseielege hendingar og konflikhtar mellom partane oppta mykje av både tid, tankar og kjensler. Dette kan skape hindring for deltaking og mentalisering av barnets opplevingsverd (Jacobsen & Svendsen, 2010a). Det er ikkje uvanleg at born tilpassar seg dei vaksne si opplevingsverd på kostnad av å uttrykkje si eiga. Då vil heller ikkje foreldra kunne oppdage og inntone seg barnets emosjonar. For å ikkje uroe dei vaksne med fleire problem enn dei allereie har, vil barnet undertrykke eigne negative emosjonar (Stern, 2003). Mari kan ha opplevd at enkelte tilstandar har ein spesiell verdi for foreldra, og at foreldra sette ekstra stor pris på at ho viser omsorg og er glad og positiv. Ein kan tenkje seg at ho då vil kunne overdrive desse tilstandane for å skape glede hjå foreldra, noko som etterkvart utvikla seg til å bli ein overlevingsstrategi. Ein annan ting som kan gjere det vanskeleg for Mari å kjenne etter, er at merksemda hennar verka å vere retta utover mot andre. Dette kan føre til ein minka kapasitet til å kjenne etter korleis ho sjølv har det, og kva aktiveringa hennar kunne fortelje ho (Jacobsen, 2010).

Korleis ein person utviklar seg emosjonelt vil ofte henge saman med kroppens energitilstand og ei rekke fysiologiske forhold. Muskelspenningar kan ofte henge saman med undertrykking av emosjonar (Monsen, 1990), noko som kan forklare kvifor Mari verka spent i kroppen og opplevde symptomar av kvalme, magesmerter og oppkast.

For barn som opplever overvekt av inntoning på glede og andre entusiastiske opplevingar, kan dei negative tilstande verte plassert utanfor det som kjennest greitt å dele med andre (Svendsen & Jacobsen, 2013). Etterkvart kan det tenkjast at Mari sine signal har vorte meir utydelege, noko som kan ha ført til at foreldra i mindre grad reagerer når kjenslene oppstår. Dette kan tenkjast å ha ført til ei forsterking i åtferda hennar om å ikkje kjenne på eller vise negative emosjonar (Smerud, 2012b).

Gjennom selektiv bruk av inntoning blir foreldras intersubjektive mottakelegheit som ein mal for å skape og forme samsvarande intrapsykiske opplevingar i Mari. Selektiv inntoning avgjer kva som fell innanfor på nesten alle former for oppleving, ytre oppleving, grader eller former for indre tilstandar eller forkjærleik for andre personar (Tronick, 1998).

Klinisk psykologisk undersøking og fokus

Dei tre fyrste timane vert i samsvar med manualen brukt til ei klinisk psykologisk undersøking. Timane vart brukt til å få Mari til å kjenne seg trygg med terapeuten og til å etablere god kontakt. Ein viktig del av desse timane er at barnet erfarer terapeuten som tilgjengeleg, interessert og merksam (Hansen, 2002). Terapeuten skal òg bli kjend med barnet, då dei tre timane skal ende med eit terapifokus foreldre og barn kan kjenne att (Johns & Svendsen, 2014).

Terapeuten opplevde Mari som ei pratsam og tillitsfull jente som det var lett å kome i kontakt med. Ho snakka mykje og formulerte seg på ein vaksen måte. Då mange born kan bli rastlause av å sitje ved eit bord og samtale med ein framand, verka dette ikkje å vere noko problem for Mari. Terapeuten fekk likevel vel inntrykk av at ho var anspent, og enkelte gonger svara på spørsmål på ein litt kunstig måte.

Sjølv om terapeuten var aktiv i kommunikasjon med Mari, var det ei viktig oppgåve for terapeuten å reflektere omkring det som utspelte seg i rommet. Terapeuten var opptatt av å fylgje hennar affektive uttrykk, noko som signaliserer kor høgt eller lågt aktivert ho var. Dette bidrog til å modulere leikens intensitet. Var det glede som vart uttrykt, eller var det ein situasjon som måtte ”roast” ned? Kunne intensiteten trappast opp? Terapeuten prøvde å både vere tilstades som ein aktiv deltakar, men også vere reflektert og tenkjande omkring det som utspelar seg (Hansen, 2012). Terapeuten oppdaga fort at intensiteten var svært høg, og kunne roast ned.

I samsvar med beskriving frå foreldre merka terapeuten at Mari verka å ha ein ibuande motivasjon for å sørgje for at folk rundt ho trives og har det bra. Dette kom til uttrykk gjennom ting ho fortalde, kva ho var opptatt av og det ho gjorde i timane. Mari verka vere opptatt av at terapeuten skulle trivast i timane saman med ho, og tilbød seg ofte å hjelpe terapeuten med å rydde opp etter timen.

Relasjonen mellom terapeut og Mari utvikla seg raskt, og allereie i løpet av dei tre fyrste timane verka det å ha oppstått ein god relasjon.

M: *"Er dette berre ditt rom?"*

T: *"Nei, det er mange born som kjem hit. Det er òg fleire sånne som meg som liker å snakke og leike med barn. Men du er den einaste som er her saman med meg."*

M: *"Å ja. Dei synes sikkert det er veldig artig å kome hit. Eller...det syns eg i alle fall."*

Etter dei tre fyrste timane saman, kom terapeuten saman med teamet fram til eit fokus som kunne tenkjast å passe for Mari. Fokuset vart *prinsesse i eige rike*. I dette ligg det at Mari kjenner eit for stort ansvar, særleg for familien. Foreldra skal øve på å ta ifrå Mari ansvar. Mari er kun ei prinsesse, og prinsesser har mindre ansvarsområde enn kongen og dronninga (mor og far). At fokuset handla om ei prinsesse, vart valt med tanke på at Mari kunne hatt godt av å bli litt meir "prinsesse vil ikkje", som er tydeleg på eigne kjensler, ynskjer og behov. Både Mari og foreldra verka å kjenne seg att i fokuset. Mari godtok fokuset, noko anna hadde ikkje terapeuten venta. Reaksjonen hennar formidla likevel at fokuset kanskje ikkje passa heilt likevel.

T: *"Var det noko som ikkje passa heilt med "prinsesse i eige rike?"*

M: *"Eller, eg er ikkje så veldig prinsessete av meg akkurat. Likar ikkje å gå med kjolar og sånt."*

T: *"Å, ja då skjønar eg. Så flott at du seier ifrå! Men du veit, det treng ikkje vere ei slik prinsesse som går med kjole og tiara. Det kan vere ei tøff prinsesse, ei slik som i filmen Modig, har du sett den?"*

M: *"Ja! Den filmen har eg heime, ho er kul!"*

Det er var viktig at Mari kunne kjenne seg att i fokuset. At terapeuten såg forbi det ytre positive uttrykket hennar var derfor essensielt. Då terapeuten omformulerte prinsesseomgrepet, verka fokuset å vekke mykje meir atkjenning, meining og nysgjerrigheit hjå Mari. Sekvensen over kan brukast for å illustrere ein sekvens med interaktiv feil og reperasjon. Ved at terapeuten foreslo at Mari skulle identifisere seg med ei prinsesse, kan det ha ført til eit brot ved at Mari ikkje kjende seg forstått. Brotet vart reparert ved at terapeuten oppfatta Mari sine kjensler, og utarbeida fokuset til å passa for henne. Då kan det tenkja seg at ho følte seg forstått att og ho fekk ei erfaring av at den gode relasjonen vert opprettheldt til tross for brot og feil undervegs.

Midtfase

Etter fokussamtalen byrja hovuddelen av terapien, der terapeuten og Mari skulle vere saman ti gonger.

For å øve på å bli prinsesse i eige rike, var det viktig at Mari fekk bestemme og gjere som ho ville, med enkelte innspel frå terapeuten. I byrjinga verka ho å synes dette var vanskeleg og ville helst ikkje bestemme. Det verka som om ho var redd for å ta feil avgjersle. Terapeuten kunne likevel sjå at blikket hennar saumfarte rommet, og stoppa opp ved sandkassa. Då var det viktig at terapeuten viste at ho såg og forstod kva Mari ynskte og deretter følgde opp, med tanken å styrke utvikling av sterkare sjølvhevdning. Ein viktig del av intersubjektiv terapi med born er å ha eit utgangspunkt i barnets aktivitet, noko som vil føre til

felles merksemd med barnet. Felles merksemd er vidare viktig for utvikling av allianse, godt terapeutisk arbeid og intersubjektiv relatering (Svendsen, 2010).

For Mari blei leik i sandkassa ein viktig arena. Det vart etterkvart eit ritual at terapeuten og Mari etter ein liten samtale gjekk til sandkassa. Her oppstod det ein kontinuitet mellom terapeuten og Mari, ei samskaping av ein felles rytme. Der vart det skapt ei felles prosjekt som danna gode mogelegheiter for terapeuten til å strukturere seg i forhold til Mari sin intensitet og uttrykksmodalitet.

Emosjonell utviding og regulering. Mari sitt raske og hektiske tempo vart tidleg ei utfordring. I byrjinga prøvde terapeuten å fylgje Mari med inntoning og rytme, noko som raskt førte til at tempoet auka ytterlegare. Det vart vanskeleg å registrere viktige tema, og intersubjektiv deling vart utfordrande. Raskt tempo og skiftande tema kan tenkjast å vere eit virkemiddel Mari brukte for å sleppe gå djupare inn i vanskelege tema, til dømes når Mari fortel terapeuten om familiesamansettinga si:

M: *”Fyrst blei pappa blei saman med mamma, så slo dei opp, så blei han saman med Anna så slo dei opp og ja, så langt har me kome.”*

I sekvensen raste ho gjennom historia og avslutta med eit skuldertrekk. Dei gongene Mari kom inn på tema som var triste eller på andre måtar vanskelege, var dette karakteristisk. Ho snakka fort og hektisk, fortel raskt om vanskelege ting og held seg lite i emosjonane som oppstår. Terapeuten byrja etterkvart å senke eige tempo og snakke litt saktare og med ei stemme som ikkje var like lys og hektisk som Mari si.

T: *”Det var mykje på ei gong. Korleis var det for deg då Anna flytta inn med pappa då?”*

M: *”Det var greitt, men ho var ikkje alltid så grei.”*

T: *”Var ho ikkje grei? På korleis måte?”*

M: "Eg fekk liksom aldri sjå pappa meir. Han stod opp før meg opp og eg fekk ikkje sjå han før litt på kvelden. Då fekk eg vondt i magen. Kjentes ut som ein klump som ikkje forsvann. Før det hadde eg aldri vondt i magen."

T: "Uff, det hørtet skikkelig leit ut."

M: "Ja og så flytta borna til Anna inn, og eg og Markus krangla heile tida. Eg visste ikkje kva eg skulle gjere... (med munter stemme) Har du lagt merke at eg seier mykje "ehm"?"

Dette var ein av dei fyrste gongene Mari viste terapeuten ei anna side av seg sjølv. Ho kjente på triste emosjonar og uttrykka med kropp og språk at dette hadde vore leitt. Det verkar som å ha oppstått eit lite brot med tidlegare mønster om å skåne terapeuten ved å vere blid og positiv. Med støtte og tilrettelegging frå terapeuten verka det som at Mari etterkvart framvise kjensler ho elles i liten grad kunne vise. Terapeuten fekk inntrykk av at Mari hadde kjent seg aleine i denne situasjonen, og søkte derfor å vise medkjensle og forståing for at det hadde vore leit og vanskeleg for ho. Terapeuten viste at ho rommar å høyre dette, og opna opp for at Mari kunne halde seg i kjensla så lenge ho tolte.

For at ei emosjonell utviding skulle finne stad vart det viktig å ta tak i dei små dryppa av negative emosjonar, og vise ho at desse også kan innlemmast i det kjenslemessige spekteret hennar. Dette var ikkje alltid like lett, då tema med fare for aktivering av negative emosjonar, fort vart valt bort og erstatta med lettare tema.

Etter nokre timar saman, der terapeuten ved fleire anledningar hadde støtta Mari med blant anna modulering av rytme og intensitet, inntoning på stemning og aktivering, kunne det merkast ei endring hjå Mari. Ho fortel om at ho er bekymra for at mor skal få ny kjærast.

M: "Mamma har ein ny ven. Han har vore med oss til Syden. Eg liker han ikkje. Han er streng. Og slem!"

T: "Er han slem? På korleis måte då?"

M: "Då me var i ein båt, så skulle han tulle med meg og Eva, så han køyrde frå oss når me var i sjøen."

T: "Køyrde han frå dykk i vatnet? Det høyrdes fryktelig skummelt ut!"

M: "Ja, og mamma høyrde ikkje at me ropte, ho var opptatt med Ola".

T: "Då må du ha vore redd?"

M: "Ja! Og eg livredd, redd for hai òg. Og då blei eg så sint! Og lei meg òg. Så han likar eg ikkje. "

Ein samtale der Mari uttrykkjer slike kjensler, hadde ikkje funne stad før. Tidlegare hadde Mari nemnd at ho hadde vore i Syden med mors nye ven, men tempoet var raskt og ho var straks over på noko anna. Då tempoet vart senka og terapeuten kunne ta tak i det som vart sagt, fortalde Mari at ho kjende på sinne og tristheit. Når slike sekvensar oppsto var det viktig at terapeuten prøvde å utvide og støtte opp under Mari si oppleving av dette. Terapeuten stoppa opp og undra seg. Korleis kjende det ut for ho, og korleis merkar ho at ho er sint og lei seg? Mari kunne beskrive korleis dei ulike emosjonane kjendes ut. Ho vart varm i fjeset når ho var sint, og kjende seg "gummiaktig" når ho var redd.

Mari viste med ansiktsuttrykk og stemme at ho framleis vart litt sinna då ho snakka om situasjonen som hadde utspelt seg. Terapeuten viste ved å inntone seg på Mari si oppleving av dette, at slike emosjonar kan kjennast på, og ikkje treng å undertrykkjast. Det er greitt å bli sint og lei seg. Ved at terapeuten spegla det emosjonelle uttrykket som oppstod, prøvde terapeuten å støtte opp under den kjenslemessige organiseringa til Mari. Terapeuten tok imot og forsøkte dele Mari sine opplevingar gjennom affektiv kommunikasjon der terapeuten gjennom stemmebruk og ansiktsuttrykk tona seg inn på Mari sine ulike emosjonelle uttrykk.

Nye handlingsmogelegheiter. Leiken i sandkassa gav ein unik måte for Mari å utforske nye handlingsmogelegheiter for å bryte med gamle mønstre. Terapeuten ynskte å la Mari styre det meste i leiken, men forsøkte likevel å leie leiken mot fokus og aktuelle

utfordringar, som å kjenne meir etter kva ein sjølv treng og ynskjer. Terapeuten og Mari utforska og testa ut mindre konforme og meir ”bøllete” rollar og karakterar. Til dømes kunne foreldra i leiken stille for store krav, som borna gjere opprør mot. Borna rømte til skogs, som førte til at foreldra måtte innrømme at dei hadde vore for strenge.

I leiken var det gjentakande to leirar, og to hestar som var ”slemme”, som prøvde få innpass i den eine hesteleiren. Det viste seg at Mari kunne vere streng i leik, straff var blant anna eit sentralt element. Det verkar å vere viktig for Mari i leik å vere sterk. Borna er ikkje sårbare og klarar seg sjølv. Leikesekvensar som dette gav òg terapeuten anledning til å snakke parallelt om korleis det var i hennar familie.

I forsøket på å styre leiken inn på tema som var aktuelle for terapifokus, følte terapeuten tidvis seg styrande i leiken. I ein time prøvde terapeuten derfor å vere mindre styrande og meir undrande og reflekterande enn før. I leiken spurde terapeuten spørsmål ved ulike ting, som kvifor me skulle gjere slik eller kva dette betyr. Dette viste seg å ikkje fungere så godt. Mari verka å bli overraska over endringa og vart snart usikker på kva ho skulle svare. Etter ei kort tid byrja ho å kikke seg rundt i rommet, og var tydeleg distraherert frå leiken.

T: *”No ser det det veldig ut som at du heller vil gjere noko anna. Stemmer det?”*

M: *”Ja, kanskje. Kan du sjå det på meg?”*

T: *”Ja, eg trur du byrjar å bli meir prinsesse i eige rike, eg kan sjå på deg når du har lyst å gjere noko anna.”*

Det verka som at undringa fungerte betre i samtale enn i leik. Terapeuten brukte denne situasjonen til å vise Mari at ho kan vere tydeleg for andre, og vise ho kva fordelane ved å vere tydeleg kan vere.

Forutsigbarheit. Kalenderen vart eit viktig verkemiddel for å illustrere prosessen terapeut og Mari hadde byrja på. Å teikne eller skrive ned opplevingar frå kvar time, kan ha

vore viktig for at Mari si oppleving av å vere ein aktiv deltakar i terapien. Ei oversikt over tida kan vere eit viktig virkemiddel for å utvikle eigarskap over tida (Johns, 2008).

I terapi fekk Mari ei ramme som med eit forståingsrom der ho kunne uttrykkje si eiga historie i den terapeutiske relasjonen, gjennom verbalisering og symbolbruk. Mari kom til klinikken kvar tysdag til same tid, og hadde ved hjelp av kalenderen heile tida oversikt over kor langt i terapiforløpet ho var komen. Ho fekk forsikring om at dei ti timane skulle bli gjennomført, uavhengig av ferie eller sjukdom, noko som innebar at terapien var predikerbar og forpliktande. Terapien var med andre ord meir føreseieleg enn ho hadde vore van med.

M: *"Viss eg er sjuk ein tysdag, kva skjer med timen min då?"*

T: *"Då får du den att ein annan dag."*

M: *"Kva viss eg drar på hytta i haustferien då?"*

T: *"Då finn me ein annan dag, du skal få alle ti timane uansett kva som skjer."*

I fylgje Trevarthen (1993) er deling av felles grunnrytme den fyrste intersubjektive opplevinga. Rytmiske mønstre og variasjonar er viktige haldepunkt for merksemd, då dei skapar forventingar i forhold til varigheit og variasjonar i opplevingar og kjensleuttrykk (Johns, 2008). Sjølvagens handlar i si grunnleggande form om å vere opphav til eigne handlingar og å kunne påverke. Ved at Mari fekk ei oversikt over tida med oversikt framover, fekk ho ei mogelegheit til å oppleve aukande grad av kontroll.

Kroppsleg spenning. Eit viktig poeng med intersubjektiv terapi er at symptomlette ikkje er tilstrekkeleg, då terapi i stor grad handlar om å gripe inn i grunnleggande funksjonar i utvikling. Ein treng likevel ikkje å utelukke spesifikke teknikkar retta inn mot områda barnet treng hjelp på (Hansen, 1996) . Det verka som at Mari bruker mykje energi på å framstå med positivitet.. Dette kan føre til ei spenning i kroppen, ved at ho heile tida måtte halde att på andre emosjonar. Ved å heile tida halde att, vert både musklar og hjarte slitne (Monsen,

1990). Ein måte å hjelpe Mari regulere det overaktive nervesystemet sitt, var gjennom avspenningsøving. Dette verka Mari å respondere godt på, og terapeuten og Mari avslutta nokre timar med ein ti minutt avspenning, der me gjekk igjennom kroppen steg for steg, først med spenning av musklar, deretter avspenning. Etter avspenningsøvinga gav Mari uttrykk for at ho var avslappa i kroppen og at øvinga gjorde godt. Terapeuten syns ofte det var vanskeleg å vite om det Mari sa var det ho verkeleg meinte, eller kun det ho trudde terapeuten ynskte å høyre. Ho er veldig ”pleasing”, og skjønar fort kva andre ynskjer å høyre frå ho. I situasjonar som dette vart det viktig at terapeuten såg forbi strategien ho har om å gjere andre til lags. I ein time seinare foreslo terapeuten ei ny avspenningsøving. Ut frå det ho sa, kunne ein tolke det som at dette var noko ho ynskte. Om ein såg forbi det ytre uttrykket og heller var sensitiv på ansikt, stemme og blikk, kunne ein sjå noko anna. Ho såg mot sandkassa og ho vart tydeleg distraherert av andre ting på veg mot sofaen. Då terapeuten følgde blikket hennar mot sandkassa og spurde om ho heller ville leike der, lyste ho opp. Terapeuten minna Mari om at dette var hennar rom, og at me kun gjorde det ho ynskte her, me skal øve på å bli prinsesse som veit kva ho sjølv vil og ynskjer.

Terapeutisk historie. Ved å ta i bruk ein terapeutisk historie, prøvde terapeuten å gjere Mari tydelegare for seg sjølv, og søkje endre handlingsmønstra hennar. Terapeuten ynskte å hjelpe ho å knyte saman det ho kjenner i kroppen sin med det som skjer på utsida, ved hjelp av ein historie med likskap til hennar eigen situasjon. På ein indirekte måte kan ein ved hjelp av metaforar og analogiar fange opp barnets tema og opne opp for identifiseringsmogelegheiter (Hansen, 2012).

Historia terapeuten fann passande for Mari handla om ei jente som var så opptatt av at andre skulle ha det bra, at ho til slutt ikkje hadde det bra sjølv.

”Det var ein gong ei jente som oppdaga at ho var veldig flink å hjelpe andre med å bære tunge ting. Når nokon i familien hennas syns dei hadde for mykje å bære på, kom jenta og

hjalp dei. Nokre gonger hjalp ho mange samtidig, andre gonger var det berre ein som trengte hjelp med ein spesielt tung og slitsom bagasje. Når jenta bar for mykje kjente ho seg etterkvart heilt nedtrykt, og det blei vanskelig for ho å gjere dei tingene ho hadde lyst til. Men så tenkte ho at ho hjalp jo andre, og ho likte å være ei snill og hjelpsom jente. ”

Historia verka å treffe Mari. Ho følgde med på historia med interesse.

Då historia var slutt, ynskte ikkje terapeuten å snakke for mykje om den, i fare for å presse på ei meining for Mari. Ei meining med historia måtte kome frå ho sjølv, med tanken at det skulle setje i gang endringsprosessar. Etter historia såg Mari ettertenksam ut:

T: *”No ser det ut som du tenkjer på noko.”*

M: *”Det var mykje likt som meg i den historia!”*

T: *”Å? På korleis måte syns du det var likt då?”*

M: *”At det ikkje er noko kjekt anerkjenning for det eg gjer, og at eg òg syns det kan vere slitsamt å gi andre merksemd heile tida. ”*

Også her syns terapeuten det var vanskeleg å skilje kva Mari eigentleg syns og kva ho trur er ynskjeleg å høyre. Tidvis kan ord og formuleringar ho bruker høyrast kunstige og påtatt ut. Måten Mari vart oppslukt i historia på, tyda likevel på at historia kunne ha noko føre seg.

Foreldresamtaler

I tråd med manualen er foreldresamtalane eit viktig forum for omsetjingsarbeid. Dei står vidare for ein betydingsfull del av endringsarbeidet. Ein viktig føresetnad for å utvide Mari si sjølvoppleving og emosjonelle tydelegheit, var å jobbe med omsorgsmiljøet hennar på ein måte som kan auke og utvide omsorgspersonane si intersubjektive forståing av Mari

(Johns, 2008). Eit viktig poeng med foreldresamtalane var å opparbeide ei felles forståing av Mari sine vanskar, samt å gi foreldra mogelegheit til å mentalisere omkring Mari på ein ny måte (Johns & Svendsen, 2014). I samtalane med foreldra søkte terapeuten å setje i gang ein refleksjonsprosess. Når foreldra er bekymrar seg om at ho taklar endringar dårleg, er det viktig å reflektere omkring kvifor ho synes dette er vanskeleg.

Eit viktig poeng er å sjå forbi Mari sine overlevingsstrategiar. Ofte vil ho framstå som at ho har det bra og at alt er fint, når eigentleg ho opplever noko heilt anna. Terapeuten fortel om kva Mari har sagt om at endringar ofte endar med noko negativt. At det har skjedd mykje endringar omkring Mari som ikkje har vore positive. Skilsmisse, foreldra sine nye kjærastar, endringar med venninner på skulen for å nemne noko. Endringar har gjort kvardagen uføreseieleg, noko som kan ha ført til at ho stadig søker meir kontroll.

Kvifor prøver ho så hardt å vere sterk, kvifor kjenner ho at ho må passe på at foreldra har det bra? Det blei viktig å belyse overlevingsstrategiane hennar for foreldra. Mari brukar positiviteten sin som eit middel for å unngå indre uro. Vekslinga mellom merksemd innover og merksemd utover er skeiv, då ho rettar det meste av merksemda utover og på denne måten søker å unngå aktivering.

Fokuset *Prinsesse i eige rike* vart eit viktig tema i foreldresamtalane. Fokuset impliserer at foreldra også har eit viktig arbeid, nemlig å vere kongen og dronninga i riket til Mari. Det er ikkje Mari aleine som skal gjennomføre endringa, ein stor del av jobben ligg hjå foreldra. Dette verka begge foreldra opne for. I den neste foreldresamtalen fortalde dei om ulike tiltak dei hadde gjort i heimen for å gjere kvardagen til Mari betre. Mor hadde byrja å stå opp tidlegare for å få betre tid saman med Mari og Eva før skulen. På denne måten kunne ho gi eventuelle beskjedar mens dei sat saman ved frukostbordet, og ikkje på veg ut døra som tidlegare. Far hadde byrja passa på at Mari ikkje tok for mykje ansvar i heimen. Trass i mykje positive endringar, hadde dei ikkje brukt fokuset aktivt i heimen.

Begge foreldra fortalde at dei òg hadde byrja tenkt over kva informasjon Mari trengte å høyre, og kva ho ikkje trengte vite. Det verka som at dei forstod betre kva som er *vakseninformasjon* og kva som er *barneinformasjon*, og at Mari fort bekymrar seg på foreldra sine vegner. Mor gav uttrykk for at ho framleis syns dette var vanskeleg, og at ho var redd nye vanskar kunne oppstå når mor og far ved ein seinare anledning fekk nye partnarar. Ho var streng og meinte at det fekk Mari takle, tross alt er ho ikkje det einaste barnet med skilde foreldre.

Terapiavslutning

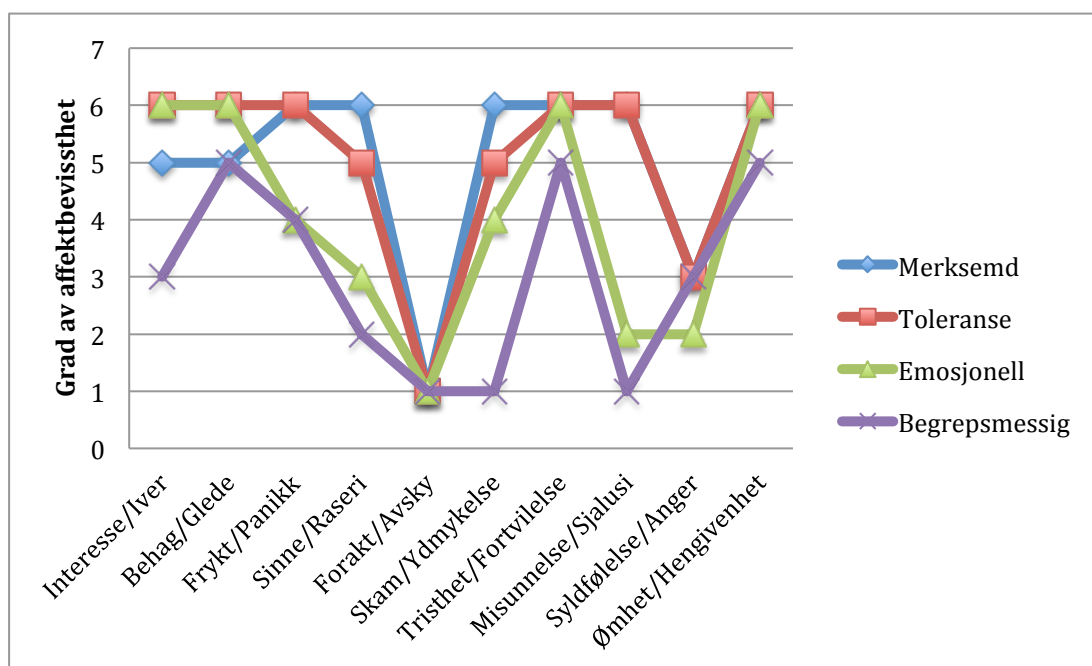
Fram mot avslutning merka terapeuten at Mari blei stille då avslutning vart nemnd. Avslutning og det å skiljast av kan vere noko som vekker sterke kjensler både hjå born og vaksne, noko det verka å gjere både med Mari og terapeuten. Det tidsavgrensa aspektet ved terapien er likevel ein viktig del av prosessen. Kalenderen er med å hindre ei brå avslutning, ved at barnet kan predikere når avslutninga skal vere (Hansen, 2012) . Avslutninga har viktige funksjonar ved å hindre avhengighet og regresjon, og fremme utvikling av sjølvagens (Johns & Svendsen, 2014).

I avslutningssamtalen der heile familien var tilstades var Mari meir open og direkte omkring eigne kjensler og opplevingar enn ho hadde vore før. Då Mari fortalde at ho hadde det mykje betre no enn før, lurte terapeuten på kva ho trudde hadde ført til desse endringane. Mari var fortalde til mor og far at det ikkje hadde vore greitt med alle dei raske endringane som hadde skjedd, med nye sambuarar og kjærastar. Ho sa det på ein direkte måte utan aggresjon, og framheva at dei ikkje skulle ta det personleg. Ho var likevel tydeleg i korleis ho hadde opplevd dette. Både mor og far tok godt i mot dette, og kunne fortelje om endringar dei hadde sett hjå dotter si i løpet av hausten. Mor kunne fortelje at Mari hadde endra seg mykje, at ho verka ho meir harmonisk og avslappa. Om det var grunna terapien eller om det var andre

årsaker, kunne ho ikkje seie. Far hadde òg merka ei endring hjå Mari. Han kunne fortelje at ho verka meir i balanse og mindre bekymra.

Resultat

Ved enda terapi gjennomførte Mari eit nytt affektbevisstheitsintervju . Då resultatet av det fyrste intervjuet viste ei u-forma kurve, viste det nye resultatet noko anna.



Figur 2: Post affektbevisstheitsintervju

Ein kan sjå at det jamt over har vore ei auking i ekspressivitet og opplevingsevne på negative emosjonar. Opplevingsevna hennar på negative emosjonar har gjennomgått den største endringa. Både toleransen for og merksemda ho tillegg desse emosjonane har auka.

Ekspressiviteten hennar har òg auka, om ikkje i like stor grad som opplevingsevna. Dette tyder på at ho i større grad enn før klarar uttrykkje kjenslene sine.

Ein kan særleg merke seg at sinne/raseri og misunnelse/sjalusi har auka både på toleranse og merksemd. Det same kan ein sjå på frykt/panikk. Dette kan indikere at overlevingsstrategien hennar om å konstant vere blid og positiv har endra seg.

Noko anna som er verd å merke seg er at enkelte av dei positive emosjonane òg har gjennomgått ei endring. Emosjonell bevisstheit og merksemd har minka på behag/glede. Ei mogleg forklaring på dette kan vere at ho i mindre grad enn før spelar rolla som den positive, glade jenta, og i større grad både evnar og tør kjenne på andre emosjonar.

Diskusjon

Symptoma Mari opplevde då ho kom i terapi var kvalme, magesmerter og bekymring. Terapeuten og teamet forstod symptoma hennar som uttrykk for ein overlevingsstrategi prega av overregulering av negative emosjonar og ei merksemd retta utover. Tidsavgrensa intersubjektiv terapi kan vere ein god metode for å jobbe med problematikk som dette, då den fokuserer på å få i gang ei funksjonell utvikling, heller enn symptomlette aleine (Johns & Svendsen, 2012, 2014). I intersubjektive samspel står utvikling av grunnleggande prosessar som regulering av merksemd og aktivering sentralt (Jacobsen, 2010; Svendsen, 2010). Eit fokus på symptomlette og diagnoser i staden for grunnleggande funksjonar kunne ført til at opplevingane og erfaringane til Mari hadde mista mykje av fokus og utviklinga av dei grunnleggande funksjonane hennar kunne ha vorte svekka (Jacobsen & Svendsen, 2010b). I Intersubjektiv terapi ser ein vanskane barnet opplever som eit resultat av utviklingsvanskar. Symptomer kan derfor oppstå på grunnlag av fleire faktorar. Dette gjer at kasusformuleringa er eit godt reiskap i forståing av barnet. Eit diagnostisk perspektiv på den andre sida bygger på sjukdomskonsept, og seier lite om korleis vanskane har oppstått eller korleis endringar kan utfalde seg (Winters et al., 2007).

Terapeuten jobba mykje med å hjelpe Mari å utvikle ei større kjenslemessig kompleksitet. Terapiprosessen var derfor ofte prega av at terapeuten fokuserte på inntoning på ulike emosjonar, og då særleg negative emosjonar, for å rette større merksemd mot desse. Dette skjedde både i lek og samtale. Terapeuten kunne nemne leikefigurane sine kjensler i lek, som ”eg kjenner meg sint” eller ”eg blir trist når du seier slik.” Ofte vart ulike emosjonar

beskrive ut i frå korleis dei kjennes ut i kroppen, som ”eg skjelver av redsle”, eller ”når eg er sinna kjenner eg meg varm og spent i kroppen”. Terapeuten utfordra også Mari til å beskrive kjenslene til leikefigurane, og korleis ein kan skilje ulike emosjonar frå kvarandre. Også i samtale tok terapeuten tak i ulike kjenslemessige tilstandar og opplevingar. Terapeuten søkte rette merksemda hennar innover, mot korleis det kjennes ut å vere til dømes trist eller sint, og kva det gjer med ho. Eit døme på dette var då Mari fortalde om båtturen der ho kjende seg forlaten i sjøen, og terapeuten gjetta på at ho må ha vore veldig redd, noko ho bekrefta. I sekvensar som dette prøvde terapeuten å skape ei funksjonell kjenslemessig utvikling, ved å reflektere omkring kva ein kan gjere om ulike emosjonar oppstår, og kva dei kan bety. Dette kan ha ført til at det vart lettare for Mari å kategorisere ulike hendingar eller situasjonar ut frå kva ho kjenner i situasjonen. Kva kan emosjonane som vert aktivert fortelje ho om situasjonen? Er dette ein situasjon der ho vert sint, og korleis skal ho då handle i ein slik situasjon?

I terapien inntona terapeuten seg til Mari sine opplevingar, affektar og vitalitet, noko som i fylgje Stern (2003) er ein viktig prosess i utviklinga av eit subjektivt sjølv. Ved at terapeuten var tilgjengeleg og bekreftande, kunne ho erfare at det var trygt å dele meir av eigne kjensler og opplevingar. Mari kunne på denne måten få ei oppleving av å bli sett og forstått, noko som kan bidra til ei erfaring av at kjensler kan delast med andre. Ei intersubjektiv deling gjennom affektinntoning kan bidra til å gjere opplevingar meir bevisste, ved at ein annan deler merksemd og tilbyr reguleringsstøtte. Ein kan tenkje seg at Mari på denne måten vart tryggare i å tolerere eigne opplevingar, då emosjonane ikkje måtte handterast aleine. Ho delte meir av andre emosjonar enn positive og kunne halde seg lenger i emosjonane enn før.

Dersom terapeuten kun hadde jobba med tankemessig regulering, kan ein tenkje seg at Mari etter terapien ville ha framstått som godt regulert gjennom nye strategiske verktøy som går på kognitiv kontroll av aktivering. Dette kan likevel tenkjast å vere like belastande som

den gamle strategien hennar. Årsaka til dette er at den emosjonelle reguleringa hennar ville mest truleg framleis vere dårleg og vitalitet og retting av merksemd dysfunksjonell. Symptoma vil kunne vere redusert, mens grunnfunksjonane ikkje hadde vorte endra i funksjonell retning (Jacobsen, 2010).

Born uttrykkjer seg ofte meir naturleg i leik enn i samtale (Russ, 2003), noko som verka å stemme for Mari òg. Sidan Mari tidleg gav uttrykk for å vere verbal og vaksen i språket, merka terapeuten at samtale fort kunne vorte nytta som terapeutisk strategi. Det er mogeleg at Mari hadde opplevd positive effektar av ein terapi utan leik. Ei jente på 11 år som i tillegg er vaksen for alderen kunne fort synast at leik vart for barnsleg. Samstundes er det ikkje sikkert at Mari hadde kome inn på ulike viktige tema gjennom samtale, slik ho gjorde i leiken. I leik og aktivitet fokuserte me saman på noko utanfor oss sjølve. Eit grunnlag for intersubjektiv utveksling er nemleg akkurat dette, ei felles merksemd og eit felles engasjement utanfor oss sjølve, noko som gir ei kjensle av å dele subjektive opplevingar (Svendsen, 2010). Leiken verka å fungere som eit middel til å dirigere merksemda bort frå andre, og over på noko anna. Det verka som at leiken gav nye rammer som gjorde at ho kunne bevege seg utanfor sine vanlege mønster, ved at ho ikkje fokuserte på at terapeuten hadde det bra, men i staden retta merksemda på noko utanfor seg sjølv. Sjølv om dette ikkje impliserer at ho retta merksemda direkte innover mot seg sjølv, skjedde det på ein indirekte måte gjennom karakterane i leiken. Dette kan ha vore eit viktig steg i utviklinga av ei merksemd som vekslar mellom å fokusere innover og utover.

I leik spelte Mari ut nye karakterar og utforska nye handlingsmogelegheiter gjennom desse. Dette kan ha vore eit bidrag til at Mari fekk hjelp til å bryte tidlegare mønstre og strategiar, og ho kunne gjennom andre karakterar øve på å vere prinsesse i eige rike. Leiken gav òg terapeuten mogelegheiter for ny forståing av Mari. I fylgje Singer (1973) vil leiken ofte spegle relasjonelle og kjenslemessige erfaringar. Eit døme er det gjentakande temaet i leiken med Mari, med born som ikkje høyrer på foreldra og rømmer. For terapeuten verka

dette som eit uttrykk på at Mari ynskte å vere tydelegare og meir sjølvstendig. Ei anna forståing terapeuten fekk av Mari gjennom leik, var at ho ofte bygde to leirar i sandkassa. Dette kan tolkast som eit uttrykk for den delte heimesituasjonen. Det var nesten alltid fiendar som søkte innpass i dei ulike busetjingane, noko som i Mari sine augo kan tenkjast å vere symbol for dei nye partnarane til foreldra. Ein bør vere forsiktig med tolkingar av leik, då tolkingane ofte kan vere subjektive. Winnicott (1974) skriv ein ikkje bør tolke leik for mykje, då utidige tolkingar ofte vert brukt som eit forsøket på å oppfylle terapeutens forventingar. Terapeuten søkte å unngå dette ved å snakke litt om leiken i etterkant, og på denne måten få ei oppklaring i om leiken var tolka i samsvar med Mari si oppleving. Dette gjorde terapeuten ved å reflekterte på ein open og generaliserande måte, med setningar som ”mange born pleier å ha det slik” eller ”eg lurar på korleis det kan kjennes ut.” Hadde terapeuten stilt spørsmåla på ein direkte måte utanfor den leikande konteksten, ville det truleg ikkje ha fremma samtale. Å tenkje høgt omkring det barnet leikar eller fortel, vil på den andre sida ofte bidra til at barnet opnar seg (Hansen, 2012). Ei utfordring for terapeuten var å ikkje stille for mange undrande spørsmål i leik, då dette gjorde Mari usikker. I samtalar kunne terapeuten stille fleire spørsmål, og terapeuten og Mari kunne saman reflektere over svaret.

Ein annan grunn til at leik og aktivitetar fungerte godt, var at terapeuten opplevde at Mari ofte vart opptatt av å gjere terapeuten til lags i samtalar. Ho var omsynsfull og svara på ein måte som kunne kjennast lite naturleg og genuin. Etter den fyrste avspenningsøvinga til dømes, fortalde Mari at øvinga fungerte veldig bra, ho kjende seg heilt avslappa og ikkje spent i kroppen. Undervegs i avspenninga verka ikkje Mari å vere heilt avslappa, noko som ikkje er uvanleg då ein ofte treng øving for å få effekt. I samtalar som dette, verka det ofte som at fall tilbake i den vante strategien sin. Det vart viktig å minne Mari på at terapeuten er ein vaksen person, og at ho ikkje treng å passe på at terapeuten har det bra, noko som også hang saman med fokuset; prinsesse i eige rike. Dette var noko terapeuten måtte minne Mari på fleire gonger. Samstundes var det viktig å gi Mari anerkjenning og bekrefting i situasjonar

der ho ikkje var omsynsfull og skåna terapeuten. Litt etter litt verka det som at strategien hennar fell bort og ho verka meir genuin i oppførselen sin. Ein kan ikkje utelukke at dette var noko særskild som oppstod mellom terapeut og Mari, utan at den nye åtferda vart spreidd over andre arena. Det vil føreseie at foreldra klarar fortsetje arbeidet terapeuten hadde byrja på.

Den terapeutiske historia var eit forsøk på å gjere Mari tydelegare for seg sjølv og hjelpe ho endre handlingsmønstre. Ein kan tenkje seg at historia gav identifiseringsmogelegheiter ein vanleg samtale ikkje ville gjort. Eit viktig poeng med terapeutiske historier er at dei ikkje skal forklarast etterpå, då det kan ta krafta ut av historia. Terapeuten ville at historia skulle modnast på ein indirekte måte, og på den måten auke sannsynet for at den vart tilarbeida og kunne skape erfaringslæring på ulike bevisstheitsnivå. Om terapeuten hadde forklart på førehand at dette var ei historie som handla om Mari, med ein påfølgjande diskusjon om kva som var likt og ulikt, kan ein tenkje seg at den logiske delen av hjernen hadde vorte kopla inn, noko som kunne forstyrre det indirekte budskapet av historia (Davis, 2004). Trass i dette, vart det likevel litt snakk om historia i etterkant, då Mari sjølv tok opp at ho kjende seg att i karakteren i historia. Då terapeuten i den siste timen las historia ein gong ting, fortalde Mari at ho hadde tenkt på historia sidan førre gong historia vart lest. Ho fortalde at ho i likskap med jenta i historia var opptatt av at andre rundt ho skulle ha det bra, og at dette tidvis var slitsamt. Dette kan tilseie at historia har hatt ein modningseffekt, noko som kan ha vore med å påverka handlingsmønsteret hennar.

Då Mari etterkvart byrja vise eit breiare kjenslemessig spekter var terapeuten forsiktig med å ikkje presse ho til å halde seg i emosjonane lenger enn ho var klar for. I byrjinga var korte stunder med kjenslemessig aktivisering nok, til dømes då ho fortalde at ho ofte tenkte på at foreldra ikkje var saman lenger og ynsket hennar om å bli ein samla familie att. Ho byrja fort å prate om noko anna, meir hyggeleg, noko terapeuten respekterte. Om terapeuten hadde pressa Mari til å fortelje meir og heldt ho i det ubehagelege lengre, kunne det ha ført til ei

erfaring av å bli aktivert utan å kjenne seg trygg på at dei negative emosjonane går over, noko som kunne hatt negative konsekvensar for ei funksjonell kjenslemessig utvikling. Ho kunne vorte skremt og følt eit behov for å aktivere mestringsstrategien, og på den måten lukka seg ytterlegare. Ein kan tenkje seg at Mari ikkje ville ha sagt ifrå om ho kjende seg pressa. Ei årsak til det er at det ville ha stått i strid med strategiane hennar, ei anna årsak er det asymmetriske forholdet mellom terapeut og Mari. Terapeuten er ein vaksen og Mari er eit barn. Vidare er møtet mellom terapeut og Mari arrangert med tanke på at den eine skal få hjelp basert på den andre si ekspertise. Det er med andre ord ei skeivheit i makt og kunnskap (Hansen, 2012). Terapeuten måtte i staden merke seg toleransegrensa hennar på ein implisitt måte, ved hjelp av sin vaksne intersubjektivitet. Terapeuten inngjekk i ei gjensidig påverknad med Mari sitt autonome nervesystem der pust, ansiktsmimikk og kroppspositur gav mykje informasjon (Hart & Kæreby, 2009; Svendsen, 2010). Minimale endringar som dette responderer terapeuten på gjennomgåande. Eit slikt samvær kan ha bidrege til at Mari fekk ei oppleving av terapien som ei ny relasjonell erfaring som var meiningsfull og regulerande (Svendsen, 2010).

Det kan tenkjast at dei nye relasjonelle erfaringane Mari fekk i terpi, har påverka sjølvopplevinga hennar. Då Mari fyrst kom til klinikken, hadde ho med seg sine interpersonlege erfaringar som farga relasjonelle forventingar, reaksjonsmønster og forhold til seg sjølv og andre (RIGar) (Stern, 2003). Foreldra var til dømes flinke til å inntone seg positive emosjonar, men kanskje mindre flinke til å kjenne att og anerkjenne andre emosjonar hjå dottera. I terapien fekk ho oppleve å bli inntona til fleire emosjonar av ein vaksen, emosjonelt tilgjengeleg person, noko som kan ha bidrege til nye og signifikante relasjonserfaringar, og dermed òg ei endra sjølvoppfatting (Hansen, 2012). Nye relasjonserfaringar kan ha ført til ei endring i måten ho ser seg sjølv, frå å vere ei jente som kun anerkjenner positive emosjonar for å gjere andre til lags, til å kjenne på andre emosjonar og vite at det er greitt. Ho har fått viktige gjensvar non-verbalt og verbalt om at nokon

oppfattar ho med omsyn til ulike affektive opplevingar. Ein kan tenkje seg at ho fekk ei oppleving av auka kontroll, ved ei utvida forståing av korleis emosjonane hennar kjennes ut og at dei har effekt på andre. I terapien fekk Mari rom for å kjenne etter kva ho føler og å utvikle dette. Det er mykje som tyder på at slike gjensvar er viktige for ei sjølvutvikling (Svendsen & Jacobsen, 2013).

Ut over i terapiforløpet merka terapeuten endringar ved Mari på fleire områder. Kroppsleg verka det som at spenninga som prega dei fyrste timane hadde sleppt taket. Ho verka å vere mindre i beredskap, og gav uttrykk for å vere meir spontan i veremåten. Det verka ikkje lenger som at ho kjende behov for å halde att. Endringane viste seg òg i handlingsmønsteret hennar. Sjølv om ho framstod som høfleg og omsynsfull, passa ho ikkje på at terapeuten hadde det bra til ei kvar tid. Ho kunne òg fortelje om situasjonar som gjorde ho opprørt eller sint. Eit døme på dette er i den siste timen der familien var samla, då Mari konfronterte foreldra angående dei store endringane som hadde føregått, og kva det hadde gjort med ho. Ein kan ikkje utelukke at endringane hennar avgrensar seg til terapisettinga, der ho etterkvart har vorte trygg på terapeuten. Ein god relasjon med terapeuten kan ha ført til at ho våga vise fleire sider av seg sjølv no enn tidlegare, men det er ikkje dermed sagt at desse sidene gjer seg til kjenne i andre settingar.

Foreldresamtalane kan tenkjast å ha hatt ei innverknad på utviklinga til Mari. I dei fyrste samtalane var foreldra mest opptatt av at Mari skulle bli meir fleksibel og at ho ikkje skulle bekymre seg så mykje i forkant av ting som skulle skje. Ved auka kunnskap om kva påverknad tidlegare hendingar har hatt på Mari, og kva ho brukar som overlevingsstrategi, verka dei å forstå meir kvifor Mari treng detaljkunnskap om kvar minste hending. I løpet av terapiprosessen verka foreldra å skjønne viktigheita av å gripe fatt i fleire emosjonar enn dei positive, for å skape eit miljø der alle emosjonar er akseptert. Dette kan ha ført til ei auka intersubjektiv relatering omkring vanskelege emosjonar, noko som kan ha ført til at Mari etterkvart kjente seg oppmuntra til å framvise eit breiare affektuttrykk. Dei hadde også byrja å

gi ho mindre ansvar i heimen, noko som kan ha hatt innverknad på handlingsmønstra hennar. Om endringane til foreldra beskriv er reelle og varige, kan dette føre til at Mari har fått *nye måtar å vere saman på* (Stern, 2003) ikkje berre i terapirommet, men også i heimen. Om foreldra klarar oppretthalde dei nye måtane å tenkje omkring Mari på, eller om dei fell tilbake i gamle mønstre, kunne ha vore spennande å vite. Særleg mor verka skeptisk til terapien og ynskte meir direkte arbeid med symptoma. Etter terapiens slutt fortalde ho at ho hadde sett store endringar hjå dottera, men var usikker på om det var terapien eller andre ting som hadde ført til ei betring. Både mor og far kunne fortelje at Mari den siste tida ikkje hadde så mange utfordringar verken i skulekvardag eller på fritida. Det har vore mindre utfordrande prøvar, og mindre konkurransar og press på fritidsaktivitetane. Atmosfæren i dei to heimane har òg vore rolegare. Far har ikkje lenger ein sambuar med born, og mor prioriterer for ein periode å vere saman med borna og ikkje vere saman med kjærast når borna bur hjå ho. Større stabilitet og mindre krevjande utfordringar, kan ha ført til at symptoma hennar forsvann og ho verkar meir harmonisk. Om dette er hovudårsakene til betring, kan ein ikkje utelukke at vanskane hennar vil kome attende ved større endringar. Det kan tenkjast at den positive strategien vert opprettheldt i like stor grad som før på andre arenaer, og særleg dersom omgivnadene legg til rette dette ved lite utfordringar og stress. Ein kan vidare ikkje utelukke at andre faktorar enn terapiprosessen har hatt ei innverknad på Mari si utvikling. Sosiale, psykologiske og biologiske faktorar utanfor terapien kan òg ha ført til endringar hjå Mari. Det kan til dømes ha skjedd ein modningsprosess som ville ha funne stad uavhengig av terapien. Det mest nærliggande vil nok likevel vere at terapien har sett i gang prosessar som saman med andre faktorar har hatt ei påverknad på Mari si utvikling. Om desse utviklande prosessane ikkje hadde vorte sett i gang, er sannsynet stort for at Mari framleis hadde vore i negative transaksjonar som kunne hemma utviklinga hennar

Det verkar uansett som at Mari har endra seg frå å ha ei oppfatning av seg sjølv som ei jente som kun viser positive emosjonar og som sørgjer for andre sine behov, til å kunne

kjenne meir etter kva ho sjølv treng og kva som ikkje kjennes greitt. Resultata og diskusjonen over har gitt fleire haldepunkt for å forklare korleis tidsavgrensa intersubjektiv terapi har gitt dei ønska resultata i form av auka emosjonell tydelegheit og utvida sjølvoppfatting for Mari. Gjennom synkroniseringsprosessar, felles fokus for merksemd, affektinntoning og læringseffektar av interaktive feil og reparasjonar ser det ut til å ha danna seg eit fellesskap som kunne romme utforsking av emosjonar og integrere nye relasjonserfaringar. Det kan verke som at det har skjedd ei integrering av emosjonelle og kognitive prosessar, noko som speglar seg i større emosjonell bevisstheit, tydelegheit og positive transaksjonseffektar som fremmer utvikling.

Avgrensingar og implikasjonar

Denne oppgåva avgrensar seg til individnivå, ein kan derfor ikkje trekke nokre generelle konklusjonar ut frå oppgåva på same måte som ei oppgåve med ein større populasjon kunne ha gjort. Det kunne derfor vore interessant om ein i framtida hadde undersøkt om dei same resultata oppnådd i dette studiet også hadde gjort seg til kjenne på gruppenivå. Eit slikt funn ville kunne hatt store implikasjonar for psykoterapi med born. Seinare publikasjonar knytt til forskingsprosjektet ”Objektive endringsmål i terapi med barn” kan mest truleg seie meir om dette.

Ei avgrensing av oppgåva er at tolkinga av det som oppstod i terapien er valt ut og anvendt på eit subjektivt nivå. Dei ulike scenarioa som utspelte seg i terapien og forståinga av kva terapeuten fann viktig, ville nok ha vorte tolka og anvendt annleis av andre terapeutar.

Sjølv om resultata av oppgåva ikkje kan generaliserast, viser funna ved hjelp av affektbevisstheitsintervjuet at ein kan anta positive effektar ved denne type intervensjon. Vidare ser ein kor viktig det er å vere ein emosjonelt tilgjengeleg terapeut i møte med born og innverknaden grunnleggande emosjonelle prosessar kan ha på normal fungering.

Ein viktig implikasjon er viktigheita av å jobbe med dei transaksjonelle prosessane rundt barnet, og ikkje berre barnet aleine. Foreldre og omsorgspersonar kan spele ei viktig rolle i endringsarbeidet. Utan deira involvering vil utvikling i terapi verte vanskeleg.

Litteraturliste

- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7(Suppl), 33-46. doi: 10.1037/h0085258
- Binder, P. E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. Oxford: Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
- Bretherton, I., Fritz, J., Zahn-Waxler, C., & Ridgeway, D. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child development*, 57(3), 529-548. doi: 10.2307/1130334
- Campos, J., Camras, L., & Frankel, C. B. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Davis, N. (2004). *Det var en gang...* Oslo: Unipub forlag.
- Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2003). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*: Karnac Books.
- Gydal, M. (1998). På oppdagelsesferd i barndommens rike: Om tidsbegrensning, fokusering og den meningsskapende dialogen i psykoterapi med barn. I M. Kjær (Red.), *Reisefølge i barndommens rike* (s. 196-214). Oslo: Kommuneforlaget
- Hansen, B. R. (1991). Intersubjektivitet: Et nytt utviklingspsykologisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28(7), 568-578.
- Hansen, B. R. (1996). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn. I M. Kjær (Red.), *Skjønner du? kommunikasjon med barn*. (s.79-96). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, B. R. (2002). Møte med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. In M. H. Rønnestad & A. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (s.185-219). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet: Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne: hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighedsbånd*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Hart, S., & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix*, 3, 292-315.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2008). *Fra interaktion til relation*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugvik, M., & Johns, U. T. (2006). Betydningen av felles fokus i tidsavgrenset terapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 43(1), 19-29.
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet* (s. 25-40). Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010a). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010b). Innledning. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 15-24). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U. T. (2008). Å bruke tiden, hva betyr egentlig det? Tid og relasjon - et intersubjektivt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 67-83). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 35-73).
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2014). *Manual for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB). Et utviklings-og samspillsperspektiv*. Upublisert. Oslo/Trondheim: BUP Furuset/NTNU.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Otta: Tano Forlag.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til en integrerende psykoterapimodell. In A. Holte & M. H. Rønnestad (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri, og praksis* (s. 71-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Russ, S. W. (2003). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah: Routledge.
- Sameroff, A. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. Cohen (Red.), *Developmental psychopathology*. Oxford, England: Wiley & Sons.
- Sameroff, A. (2009). *The Transactional Model of Development. How Children and Context Shape Each Other*. Washington: American Psychological Association.

- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development, 81*(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Schore, A. N. (2006). Kommunikation mellem forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udvikling. In J. H. Sørensen (Red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels forlag.
- Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research*. New York: Guilford Press.
- Singer, J. L. (1973). *The child's world of make-believe: Experimental studies of imaginative play*. New York: Academic Press.
- Smerud, H. S. (2012a). Kasusformulering og behandlingskvalitet. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 22-32). Bergen: Fagbokforlaget.
- Smerud, H. S. (2012b). Når følelsene tar overhånd. Emosjonsregulering og tvangssymptomer. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 188-204). Bergen: Fagbokforlaget.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*(4), 482-496. doi: 10.1080/10503307.2011.583696
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D. (2004). *The present moment: In psychotherapy and everyday life*. New York: Norton & Co.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I K. Jacobsen & B. Svendsen (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 41-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B., & Jacobsen, K. (2013). Emosjoners kommunikative funksjon i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 50*(8), 809-813.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional development: Action, communication, and understanding. I N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lemer (Red.), *Handbook of child psychology*. (s. 237-309). New York: Wiley & Sons.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. I U. Neisser (Red.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (s. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. I S. Bråten (Red.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (s. 15-46). New York: Cambridge University Press.

- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(1), 3-48. doi: 10.1111/1469-7610.00701
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44(2), 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2014). Affect Consciousness in children with internalizing problems: Assessment of affect integration. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1-20. doi: 10.1177/1359104514538434
- von der Lippe, A., & Rønnestad, M. H. (2011). Introduksjon til bokens innhold. In A. von der Lippe & M. H. Rønnestad (Eds.), *Det kliniske intervjuet 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Oxford: Penguin.
- Winnicott, D. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1(1-2), 103-107.
- Winters, N. C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(1), 111-132. doi: 10.1016/j.chc.2006.07.010
- 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(03), 443-466.