

«TÅLER DU MEG?»

En presentasjon av en terapiprosess med en jente i skjevutvikling.

Kristian August Tjelle

Hovedoppgave

Profesjonsstudiet i psykologi – NTNU

Trondheim, Høsten 2015

Veileder: Birgit Svendsen

Sammendrag

Denne studien setter søkelyset på hvordan psykoterapi med barn kan bidra til økt selvagens og affektbevissthet samt betydningen av parallelt foreldrearbeid som underbygger og støtter barnets utvikling og som bidrar til økt intersubjektiv deling mellom foreldre og barn. Terapiforløpet som skisseres, illustrerer en jente med internaliserende vansker med tilhørende lav selvagens og affektbevissthet. Oppgaven er en del av et større forskningsprosjekt kalt «Objektive endringsmål i psykoterapi med barn». Terapiformen som er benyttet, er tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB). TIB tar utgangspunkt i barnets subjektive forståelsesverden og kommunikasjonsform. Intersubjektive møter hvor terapeuten toner seg inn på klientens uttrykk, parallelt med foreldrenes økte forståelse av og endrede tilnærming til klienten, støtter hennes utvikling og underbygger barnets selvagens og affektbevissthet. Klientens positive endringer viser seg både i hennes atferd, væremåte og utsagn samt gjennom foreldrerapporterte resultater og affektbevissthetsintervjuer gjennomført både før og etter terapien. Barnets utvikling i terapi indikerer økt relasjonell og sosial kompetanse og gir muligheter for andre typer samspill, som videre kan fortsette å styrke barnets selvagens, affektbevissthet og sosiale og psykologiske fungering.

Innhold

Forord	7
Innledning	9
<i>Avgrensning og problemstilling</i>	12
Teori	13
Tidlig samspill og tilknytning	13
<i>Temperament</i>	15
<i>Brudd, reparasjoner og selektiv inntoning</i>	16
<i>Trygghetssirkelen</i>	17
Emosjoner.....	21
<i>Emosjonsregulering</i>	21
<i>Affektintegrering- og bevissthet</i>	23
Selvutvikling og selvagens	25
Barn i terapi – Intersubjektivitet og lekens betydning.....	27
Metode	29
Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn – TIB	31
<i>Kasuistikk og metodetriangulering</i>	32
<i>Datainnsamling</i>	33
<i>Affektbevissthetsintervju</i>	33
Kasuspresentasjon	35
Henvisning og anamnestisk informasjon.....	35
Kasusformulering og implikasjoner for terapi	37
Resultater	39
Klinisk psykologisk undersøkelse	39
« <i>Mamma synes den er skummel</i> »	40
<i>Psykologfaglige betraktninger</i>	41
Terapifokus.....	45
Den innledende fasen	47
« <i>Tåler du meg?</i> ».....	47
<i>Psykologfaglige betraktninger</i>	49
Mellomfasen.....	51
<i>En masete mammahest og et slitent føll</i>	51
« <i>Ja men... Jeg ER jo gal...</i> ».....	51
<i>Psykologfaglige betraktninger</i>	53

Den avsluttende fasen.....	55
«Ja, men det har jeg jo sagt til deg før!»	55
<i>En gråtende Stjerne</i>	55
«Mamma – du duller for mye med meg»	56
<i>Psykologfaglige betraktninger</i>	57
Foreldrearbeidet.....	59
<i>Den innledende fasen</i>	59
<i>Mellomfasen</i>	61
<i>Avslutningsfasen</i>	63
Affektbevissthetsintervju.....	65
Foreldrerapportering.....	69
<i>CBCL</i>	69
Diskusjon	71
<i>Selvagens</i>	71
<i>Affektbevissthet</i>	73
<i>Endrede transaksjonelle mønstre</i>	76
<i>Hvordan ville Lise utviklet seg uten terapeutisk hjelp?</i>	78
Begrensninger og implikasjoner	81
Referanser	83

Forord

Underveis gjennom tiden min på profesjonsstudiet har jeg tilegnet meg flere faglige interesseområder. Et av de områdene jeg har blitt mest fascinert av, er hvordan forskjellige kvaliteter ved ulike samspill påvirker relasjonene vi inngår i og ikke minst hvordan dette spiller inn på barns utvikling. Å få jobbe som studentterapeut i det større forskningsprosjektet som denne hovedoppgaven inngår i – «objektive endringsmål i psykoterapi med barn» parallelt med den internkliniske praksisen på studiet ga meg flere lærerike erfaringer som jeg tar med meg videre. Jeg opplever også å ha lært mye gjennom å jobbe med oppgaven, og jeg føler meg takknemlig både for å ha fått muligheten til å bidra som terapeut, og for å få muligheten til å skrive denne hovedoppgaven.

Jeg ønsker å rette en stor takk til veilederen min, Birgit Svendsen, både gjennom terapiprosessen og i arbeidet med hovedoppgaven. I terapiprosessen ga du meg betydningsfulle tilbakemeldinger som jeg vokste på, og i oppgavearbeidet har du hjulpet meg med å holde stø kurs. For meg har du representert en enorm faglig tyngde, og jeg takker deg også for din tilgjengelighet. Jeg vil også få takke Karl Jacobsen som har samlet inn data ved å gjennomføre affektbevissthetsintervju. Begge to hjalp meg med analysene av resultatene fra affektbevissthetsintervjuene, mens jeg gjennomførte analysearbeidet av terapiprosessen på egen hånd. Problemstillingen er utformet av meg. Jeg ønsker også å takke min medstudent Iselin Dibaj for samarbeidet og våre reflekterende samtaler underveis i forskningsprosjektet.

Jeg må også få sende en helt spesiell takk til min klient, Lise. Takk for at jeg fikk ta del i oppdagelsesferden i din verden, og takk for at jeg fikk muligheten til å fortelle dine historier. Til sist, vil jeg også få takke min kjære kone, Linda, for din uvurderlige støtte og din urokkelige tro på meg hele psykologstudiet igjennom. Takk for at du er den du er.

Innledning

Lise var en 9 år gammel jente som ble henvist til klinikken for psykologiske og somatiske symptomer på engstelighet og nedstemthet. Foreldrene beskrev Lise som en jente som gråt svært mye og at hun ofte kunne gråte av årsaker som foreldrene ikke forstod. De fortalte om en del konflikter mellom Lise og hennes 2 år eldre søster og de opplevde at Lise hadde store vansker med å hevde seg selv og å si ifra når noen behandlet henne dårlig, noe som hadde skjedd både på skolen og i samspill med søsteren. Mor forklarte at hun gjennom hele Lises oppvekst så å si hadde vært avhengig av å ha Lise i nærheten av seg selv så mye som mulig. Hun innså at dette antageligvis hadde vært negativt for Lises utvikling – men hvordan? Og ikke minst, hva kunne hun gjøre? I møtet med Lise så vi en tilbaketrukket jente som tøyset og smilte mye. Nesten for mye. Alt var tilsynelatende fint og greit for Lise, og i begynnelsen var det en utfordring å få dannet seg et bilde av hvem Lise egentlig var. Lise hadde likevel en helt utrolig evne til å inngå i intersubjektive samspill med terapeuten. Det virket som om Lise var «sulteforet» på denne typen samspill. Hun virket også å være sliten, og det var tydelig vanskelig for henne å snakke om eller leke med temaer som tristhet, engstelse eller sinne. Hvordan kunne vi hjelpe Lise til å få det bedre?

Barns utvikling kan ikke forstås isolert fra dets relasjoner til sine omsorgsgivere. Helt fra fødselen av er det innstilt på å inngå i samspill med andre, og søker etter hvert gjensidighet i disse samspillene (Bowlby, 1988). Barnet har et medfødt behov for å danne en tilknytning til en primær omsorgsgiver som kan tilby trygghet og næring - skjerme det fra verdens farer og støtte det i dets utvikling (Bowlby, 1958;1988). Å inngå i sosiale samspill som tilbyr opplevelser av intersubjektiv deling er avgjørende for at spedbarnet utvikler en kapasitet for emosjonsregulering, evne til å integrere affekter med kognisjon og et tydelig avgrenset og helhetlig selv (Stern, 1985; Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegaard, 1996; Sroufe, 2000). Dette er egenskaper som er helt sentrale for at barnet skal kunne fungere godt i relasjoner til andre mennesker og seg selv både i barndom og senere voksen alder. Flere studier har vist at mangelfulle og/eller emosjonelt avgrensede samspill har negative konsekvenser for barnets utvikling både på det nevrologiske, psykologiske og emosjonelle plan og at slike samspillserfaringer fra tidlig alder av øker risikoen for at barnet utvikler psykiske vansker senere i livet (Ainsworth, 1979; Ijzendoorn, Schuengel & Bakermanns-Kranenburg, 1999;

Zahn-Waxler, Klimes-Dougan & Slattery, 2000; Schore, 2001; Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Psykiske vansker hos barn deles ofte inn i to kategorier; eksternaliserende og internaliserende problematikk (Zahn-Waxler et al., 2000). Eksternaliserende vansker kan beskrives som en tilbøyelighet til atferd som er aggressiv, skadelig og forstyrrende for andre, til forskjell fra internaliserende vansker som karakteriseres av uttrykk som tilbaketrukkethet, nedstemthet og et emosjonelt bilde preget av tristhet, frykt, skyld og/eller bekymring (Zahn-Waxler et al., 2000). Mens eksternaliserende vansker omfatter problematikk relatert til diagnoser som atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser, vil diagnosene som relateres til internaliserende vansker heller omfatte områder som affektive lidelser og angst (Zahn-Waxler et al., 2000). I en forenklet form skilles de derfor gjerne ved en dikotomi mellom atferdsproblemer og emosjonelle problemer (Kovacs & Devlin, 1998). Dette innebærer at et fokus på barnets emosjonelle tilstand er grunnleggende for å forstå internaliserende vansker. I tillegg til å omfatte uttrykk av tristhet og engstelse over tid ser vi også gjerne at gjentatte forsøk på å undertrykke og håndtere negative emosjoner gjennom dårlige strategier, går igjen hos mange av barna i denne pasientgruppen (Kovacs & Devlin, 1998).

Forskjellige undersøkelser gir forskjellige prevalensdata når det kommer til internaliserende vansker hos barn. Et eksempel på dette er et litteratursøk gjennomført av Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday (2006) hvor prevalensen på alle angstlidelser varierte fra beskjedne 2,6 % helt opp til 41,2 %. En mer spesifikk studie gjennomført av Kovacs og Devlin (1998) fant dog en 12-mnd. prevalens i et utvalg på 11-åringer til å ligge på rundt 7,5 %. Prevalensratene for depresjon hos barn mellom 4 – 18 år ligger på sin side mellom 2 og 8% (Zahn-Waxler et al., 2000). En interessant utvikling er likevel at vi ofte ser en økende prevalens fra 15-årsalderen og oppover, noe som gir en høyere prevalens i den voksne populasjonen for øvrig. Et annet aspekt ved disse lidelsene er den høye komorbiditeten mellom angstlidelser og depresjon. Ifølge Zahn-Waxler et al. (2000) ligger denne komorbiditeten mellom 20 – 50 % og i noen populasjoner så høyt som 70 %. Internaliserende vansker hos barn er relatert til flere negative utfall som f.eks tidlige sosiale vansker, lite aksept fra ens jevnaldrende, sosial isolasjon, oppfatninger av at man er sosialt inkompetent samt dårligere akademiske prestasjoner gjennom oppveksten (Hymel, Rubin, Rowden & LeMare, 1990; Moilanen, Shaw & Maxwell, 2010).

En longitudinell studie utført av Shaw, Keenan, Vondra, Delliquadri og Giovannelli (1997) avdekket at det er mulig å identifisere en rekke risikofaktorer som spiller inn i utviklingen av internaliserende vansker allerede fra spedbarnsalderen av. Blant disse finner vi negativ emosjonalitet, disorganisert tilknytningsstil, negative livshendelser, uenigheter i oppdragelsesstil foreldrene imellom samt andre problemer hos foreldrene. I tillegg fremhever Rapee (2002) barnets temperament i samspill med omsorgsgivernes engstelighet som en betydelig potensiell risikofaktor i denne sammenhengen. Det er da et inhibert og tilbaketrukket temperament med mindre oppsøkende og utforskende atferd som særlig settes i sammenheng med den senere utviklingen av internaliserende vansker.

Internaliserende vansker hos barn kan forstås på flere måter, og både kognitive, psykodynamiske samt mer biologisk rettede perspektiver har vært benyttet for å undersøke denne problematikken (Zahn-Waxler et al, 2000). En moderne forståelse av årsakene tar som regel utgangspunkt i et utviklingspsykopatologisk perspektiv (Rutter & Sroufe, 2000). Dette innebærer en transaksjonell forståelse av utvikling, noe som medfører en anerkjennelse av at individer er organismer med gjensidig påvirkningskraft. Satt i en omsorgssituasjon mellom mor og barn vil dette bety at mens barnet kan agere på en situasjon, vil morens reaksjon på dette være påvirket av barnets bidrag til situasjonen og omvendt. På samme måte vil mors bidrag til situasjonen videre påvirke barnet, og denne prosessen fortsetter gjennom alle interaksjoner livet ut. Utvikling skjer ikke i et vakuum, men er heller et resultat av en rekke gjensidig påvirkende faktorer som er i konstant bevegelse over tid (Sameroff, 2009).

Med et slikt perspektiv er det også viktig å vektlegge samspillet mellom biologi og miljø, da dette forholdet også kan forstås utifra en lignende forståelsesramme hvor biologiske prosesser og miljømessige hendelser påvirker hverandre gjensidig. Videre er det her helt sentralt å anerkjenne betydningen av tidselementet i forståelsen av utvikling, siden vansker eller symptomer må sees i sammenheng med barnets tidligere erfaringer med omverdenen. Dette står i kontrast til tidligere lineære modeller hvor barn i større grad ble ansett som passive mottagere av ytre påvirkning uten særlig mulighet til kontroll eller styring over egen utvikling (Sameroff, 2009). En transaksjonell utviklingsmodell vil sågar ikke gi svar av typer som er absolutte og totale, men vil heller betone de individuelle forskjellene og nyansene som kjennetegner hver enkelt relasjon. Dette kan være med på å tilrettelegge for en ytterligere individualisert behandlingsform hvor flere faktorer tas med i betraktningen enn symptom bildet alene. En slik forståelse vil også kunne gi nyttig informasjon og veiledning

som kan være med på å endre forskjellige aspekter som utgjør en risikofaktor i henhold til barnets emosjonelle utvikling for eksempel i tilfeller hvor barnets samspill med omsorgsgiverne fungerer dårlig.

Avgrensning og problemstilling

I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i en terapiprosess med et barn hvor temaene transaksjonelle samspillsmønstre og selvutvikling var sentrale (Sameroff, 2009; Stern, 1985). I tillegg er affektbevissthetsbegrepet inkludert som en indikasjon på klientens psykiske helse før og etter terapi (Monsen et al., 1996; Monsen & Solbakken, 2013). Fokuset på disse begrepene er gjort for å gjøre oppgaven tydeligere og mer sammenhengende. Denne avgrensningen medfører dog en nødvendig utelatelse av andre perspektiv som også kunne ha belyst den samme terapiprosessen. Jeg har også valgt å inkludere tilgrensende forståelsesmodeller som tilknytning og emosjonsregulering for å bedre underbygge de ovenfornevnte begrepene teoretisk. Terapiformen tidsavgrenset intersubjektiv terapi sitt teoretiske grunnlag har representert et utgangspunkt for valg av litteratur generelt da jeg som terapeut jobbet ut fra denne teoretiske rammen underveis i terapien. Problemstillingen som vil bli besvart i oppgaven er følgende:

På hvilke måter kan prosesser i terapien med Lise forklare økt selvagens, affektbevissthet og endringer i hennes transaksjonelle samspillsmønstre med foreldrene?

I innledningen har jeg gjort rede for internaliserende vansker og transaksjonsmodellen. Videre vil jeg gjøre rede for de teoretiske temaene tilknytning, emosjonsregulering, affektbevissthet og selvutvikling. Jeg vil også gjennomgå hvordan denne kunnskapen har informert behandlingsmodeller som vi i dag tar utgangspunkt i når vi behandler barn i terapi. Videre vil metodene som er anvendt for å besvare problemstillingen, presenteres før resultatene og en diskusjon av disse i lys av teorien og problemstillingen følger mot slutten av oppgaven.

Teori

Tidlig samspill og tilknytning

Det tidlige samspillet som oppstår mellom en mor og hennes nyfødte barn har vært gjenstand for omfattende forskning gjennom flere årtier (Bowlby:1958;1988; Ainsworth, 1979; Tronick, 1989; Stern, 1985; Brandtzæg et al., 2011). Den gryende kommunikasjonen vil som regel bære preg av periodevise faser som karakteriseres av livlig sosial interaksjon, men med alternerende faser av brudd i den intersubjektive kontakten. Hver fase begynner med igangsettelse og en gjensidig anerkjennelse av hverandre som bygger opp mot en interaksjon som består av lignende ansiktsuttrykk og vokaliseringer. Barnet vil da som regel reagere på morens responsivitet med vitalitet og spontane bevegelser i hender og føtter før dets aktivitetsnivå gradvis minker, og interaksjonen avbrytes ved at barnet vender oppmerksomheten bort fra moren i en periode før neste fase med en lignende sosial interaksjon kan igangsettes. Disse bruddene underveis i interaksjonene med mor forstås som et uttrykk for barnets behov for å regulere seg selv. Den emosjonelle kommunikasjonen fører til at den emosjonelle intensiteten forsterkes hos barnet under interaksjonene, og barnet har på dette stadiet få muligheter til å regulere disse emosjonene på egen hånd. Den viktigste og kanskje eneste reguleringsmuligheten barnet på dette tidspunktet har, er derfor å rette oppmerksomheten bort for å forhindre at det emosjonelle trykket i perioder blir for sterkt og dysregulert. For at barnets strategier skal fungere hensiktsmessig, er det avhengig av at omsorgsgiveren er i stand til å fange opp disse signalene hos barnet og dermed inntone seg på dets forsøk på å regulere sine egne affekter. På denne måten vil moren la barnet «hente seg inn igjen» før de gjenopptar interaksjonen når barnet er klar for det (Bowlby, 1988). Det er antatt at denne affektive non-verbale kommunikasjonsformen er en sentral forutsetning for at barnet på et senere tidspunkt skal være i stand til å regulere sine egne emosjoner. Disse interaksjonene gir barnet erfaringer med at emosjoner kan oppleves som både sterke og svake, behagelige og ubehagelige samtidig som det opplever at disse kan reguleres i samspill med en annen (Thompson, 1991).

Et viktig fenomen i forståelsen av barns utvikling er tilknytningen mellom barnet og dets primære omsorgsgiver. Bowlby (1958; 1988) understreket tidlig betydningen av kvaliteten på de nære relasjonene barnet opplever i sine første leveår. Han var især opptatt av hvordan disse erfaringene var med på å forme barnets forventninger til andre og seg selv.

Slike forventninger danner grunnlaget for hvilke handlingsplaner barnet benytter seg av for å oppnå trygghet, nærhet og kontakt i forhold til sine primære omsorgspersoner når det har behov for det. I tillegg veileder de hvordan barnet uttrykker sine behov for utforsking og autonomi når det trenger være selvstendig. I situasjoner barnet opplever som utrygge, kan vi se at det aktiverer slike forventninger og planer for eksempel gjennom at det uttrykker misnøye, strekker ut armene og beveger seg mot omsorgspersonen. På den annen side kan vi i situasjoner hvor barnet har behov for å utforske på egen hånd og å være selvstendig, se at det søker seg bort fra omsorgspersonen for å utforske en lekeplass eller for å oppsøke andre barn. Dersom omsorgspersonen oppfatter barnets signaler og reagerer adekvat på disse, vil barnet oppleve å bli kjent med seg selv, oppleve at det har en egenverdi samtidig som det lærer noe om hvordan det kan være sammen med andre (Brandtzæg et al., 2011). Dette styrker tilknytningsrelasjonen, noe som er med på å gi barnet et grunnlag for sunn emosjonell utvikling videre. Kvaliteten på tilknytningsrelasjonen mellom et barn og primær omsorgsgiver er således vist å være relatert til utviklingen av psykopatologi både hos barn og senere som voksne i en rekke undersøkelser og metaanalyser (Lewis, Feiring, McGuffog & Jaskir, 1984; Rosenstein & Horowitz, 1996; Allen & Hauser, 1996; Groh, Roisman, van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Fearon, 2012; Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013).

Ainsworth (1979) tok utgangspunkt i tilknytningsperspektivet og observerte hvordan kvaliteten på tilknytningsrelasjonen mellom den primære omsorgspersonen og barnet utfoldet seg i samspillet dem imellom. Basert på sine observasjoner differensierte hun mellom det hun oppfattet som å være trygge og utrygge tilknytningsstiler. Kvaliteten på tilknytningen vil avhenge av forskjellige karakteristikk ved relasjonen mellom moren og barnet. For eksempel; dersom omsorgspersonen er preget av en manglende emosjonell tilgjengelighet eller en særlig selektiv inntoning mot barnets affektive uttrykk, vil dette påvirke samspillet dem imellom og dermed også kvaliteten på tilknytningen. Motsatt vil et samspill preget av emosjonell responsivitet, inntoning og gjensidighet heller styrke kvaliteten på tilknytningsrelasjonen (Ainsworth, 1979; Brandtzæg et al., 2011).

Det sentrale er i hvilken grad barnet opplever at det kan signalisere genuine behov for omsorg overfor omsorgspersonen sin, og i hvilken grad dette møtes av omsorgspersonen. Relasjonen til den primære omsorgspersonen forstås med andre ord som den arenaen som barnet kan benytte seg av for å oppsøke hjelp til å håndtere egne følelser og behov på et tidspunkt hvor barnet enda ikke besitter denne kapasiteten selv. Kvaliteten på

tilknytningsrelasjonen vil da påvirke barnets forutsetninger for dette. Trygt tilknyttede barn vil være tydeligere i sine emosjonelle uttrykk, noe som gjør det enklere for omsorgsgiverne å oppfatte barnets behov og reagere deretter. Mer utrygge barn kan på den andre siden oftere benytte seg av andre strategier for å håndtere spesielt vanskelige følelser enn å oppsøke hjelp til dette hos omsorgspersonen. Dette kan føre til at barnet blir sittende igjen med de vanskelige følelsene på egen hånd, uten tilgang på den ytre hjelpen til regulering som de så sår behøver fra en omsorgsperson.

Temperament

Det er likevel flere faktorer som er viktig for hvordan samspillet mellom barnet og dets omsorgsgiver utvikler seg. Barnets temperament er en av disse (Tronick, 1989). De fleste spedbarnsforskere vil være enig i at selv om et spedbarns respons i en gitt situasjon kan variere fra gang til gang, vil det likevel være en grad av konsistens i måten det responderer på (Rapee, 2002). Denne disposisjonen til å respondere på bestemte måter blir gjerne omtalt som det som utgjør spedbarnets temperament. Adferds-genetisk forskning har avdekket at mellom 30 og 50 % av variasjonen i temperament kan attribueres til genetisk variasjon (Goldsmith & Gottesman, 1981; Robinson, Kagan, Reznick & Corley, 1992). Selv om dette overlater mye til miljøfaktorer, tilsier det likevel at genetisk variasjon vil gi barn med forskjellige temperamentale uttrykk. Generelt ser det ut til at barn med internaliserende vansker ofte er mer emosjonelt reaktive og dermed har dårligere forutsetninger for å regulere sine egne emosjoner enn andre barn (Muris, Meesters & Blijlevens, 2007). Dette innebærer for eksempel at barnet lettere blir emosjonelt opprørt, trist eller sint, samtidig som det kan gjøre at barnet også kjenner mer på positive emosjoner som glede enn andre barn dersom betingelsene ligger til rette for dette. Et barn med høy emosjonell reaktivitet vil ha behov for å bli møtt på en annen måte enn et barn med lavere emosjonell reaktivitet. Temperamentet vil også vekke forskjellige responser hos omsorgspersonene noe som reflekterer den transaksjonelle modellen for øvrig. Hoffart & Svendsen (2013) understreker at adekvat regulering er avhengig av at omsorgsgiveren oppfatter barnets nonverbale uttrykk og at barnet også fanger opp samsvarende affektiv informasjon fra omsorgsgiveren. På denne måten kan omsorgspersonen regulere barnet ved å modulere sin egen affektive tilstand. Dette innebærer gjerne en prosess hvor barnet søker etter sin omsorgsgiver når det opplever et emosjonstrykk som blir for sterkt for barnet selv, som omsorgsgiveren kan hjelpe barnet med å håndtere gjennom speiling av dets affektive uttrykk i en mer regulert form. Med tanke på den

forhøyede emosjonelle reaktiviteten som barn med internaliserende vansker ofte bærer preg av, vil det sannsynligvis kreves at omsorgspersonene er ekstra sensitiv i forhold til barnets uttrykk da disse ofte vil ha et større behov for ytre regulering enn andre barn (Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer & Ijzendoorn, 2006).

Brudd, reparasjoner og selektiv inntoning

Tronick (1989) beskriver hvordan foreldre iblant kan mislykkes med å plukke opp barnets reelle emosjonelle tilstand, og dermed ende opp med å handle i uoverenstemmelse med hva barnet rent affektivt behøver. Slike situasjoner trenger dog ikke å være utelukkende negative opplevelser for barnet. Tvert imot kan dette være potensielt viktige og utviklende opplevelser for barnet gitt at omsorgspersonen oppfatter sin egen feil og reparerer bruddet som oppstår i det interaktive samspillet. Dette vil gi barnet erfaring med at slike brudd ikke trenger å være katastrofale og at et slikt brudd kan leges. Dette kan gi barnet ytterligere erfaring i det å håndtere sterke emosjoner (Tronick, 1989). Men hva skjer i de tilfellene hvor dette samspillet feiler gang på gang? Stern (1985) beskriver hvordan selektiv inntoning fra omsorgsgivernes side legger grunnlaget for hva barnet opplever å være tillatt å dele av indre emosjonelle tilstander. Dette er sjelden et bevisst valg fra omsorgspersonens side, men forklares snarere gjennom at omsorgsgivere kan ha egne emosjonelle vansker som kan gjøre det problematisk å tone seg direkte inn på barnets uttrykk. Dersom den affektive kommunikasjonen bærer preg av slik utbredt selektiv inntoning fra omsorgsgiverens side, er det en fare for at barnet vil tilpasse seg samspillet på en måte som utelukker deling av de følelsene som det ikke blir møtt på (Stern, 1985).

Haft & Slade (1989) utførte en studie hvor de undersøkte om det var en sammenheng mellom hvordan mødres egne tilknytningsstiler var relatert til deres kommunikasjon med sitt eget barn. De fant at mødre med en sikker tilknytningsstil var mer inntonet mot barnets uttrykk enn mødre som hadde en mer usikker tilknytningsstil. Sikre mødre inntonet seg til en rekke spedbarnsaffekter, mens usikre mødre tonet seg mer inn på bestemte affekter fremfor andre. Spesifikt så det her ut til at usikre mødre hadde en tendens til å tone seg mindre inn på barnets negative affekter (Haft & Slade, 1989). Dette kan få konsekvenser for om barnet senere vil være i stand til å regulere disse affektene på egen hånd siden det har fått mindre hjelp til regulering av disse følelsene i det tidlige samspillet. I slike tilfeller kan barnet risikere å sitte igjen med opplevelsen av å være alene med følelsene sine. Dette vil hindre barnets evne til å danne en indre representasjon av sin omsorgsgiver som skal kunne utføre noen av de funksjonene for barnet som en omsorgsgiver i det faktiske liv gjør – nettopp

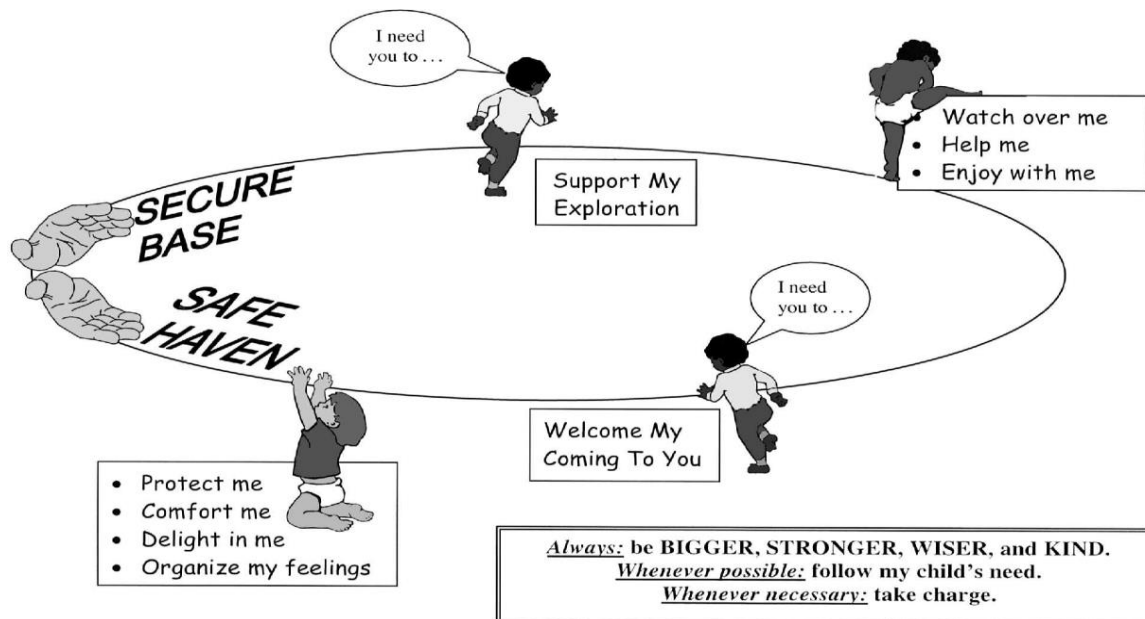
emosjonsregulering. Dette gjør at barnet må utvikle det som Mikulincer, Shaver og Pereg (2003) refererer til som *sekundære tilknytningsstrategier* som innebærer andre måter å oppsøke omsorg fra sine omsorgsgivere på enn å uttrykke genuine behov for nærhet og trøst. Dersom barnet opplever avvisning fra sine omsorgsgivere når det uttrykker spesifikke følelser, vil dette gjøre at barnet blir nødt til å utvikle alternative strategier for å håndtere de aktuelle følelsene. Dette kan innebære forsøk på å unngå følelsene fullstendig eller å forfalske sitt affektive uttrykk til å representere en tilstand som det blir møtt på av foreldrene sine og på den måte oppnå nærheten det behøver (Mikulincer et al., 2003; Brandtzæg et al., 2011).

Trygghetssirkelen

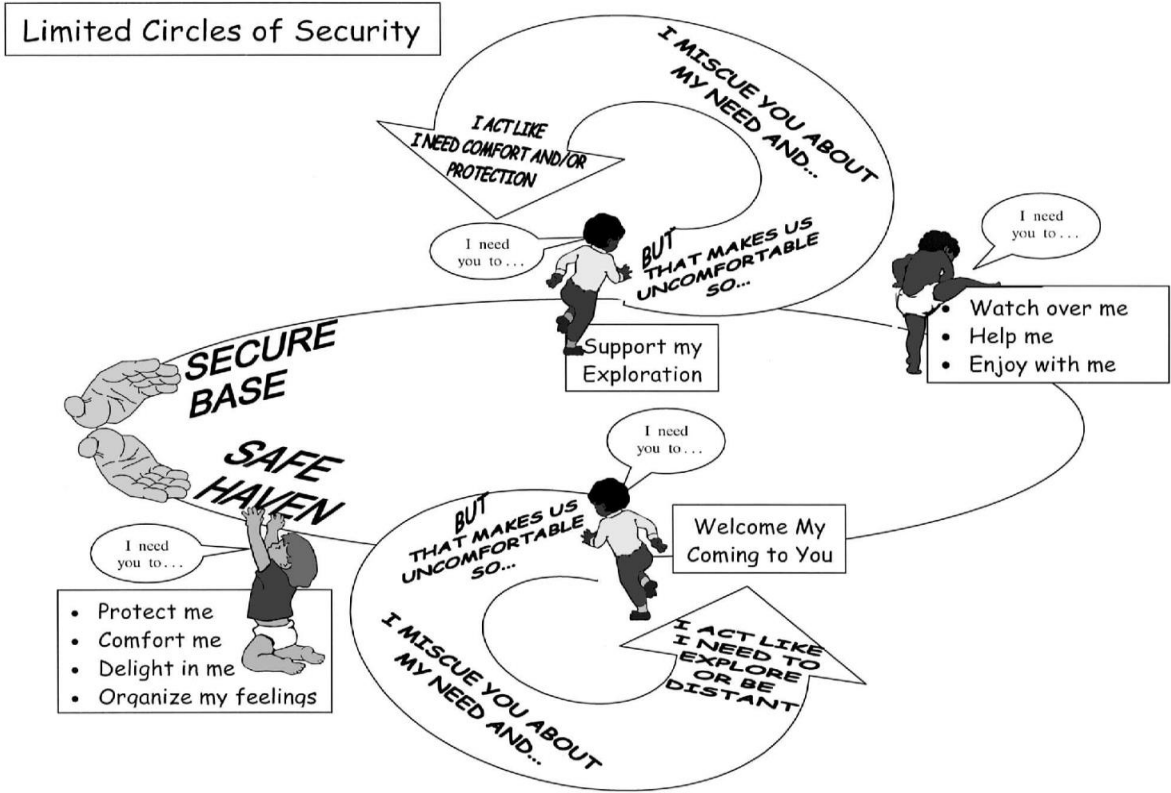
Observasjonen av samspill mellom barnet og omsorgsgiver gir oss et innblikk i hvilke risikofaktorer som kan påvirke barnets utvikling. Circle of Security – Parenting (Heretter kalt: Trygghetssirkelen) er et behandlingsprogram rettet mot foreldre som baserer seg på tilknytningsteori (Marvin, Cooper, Hoffmann & Powell, 2002). Her forsøker man å endre på uheldige samspillsmønstre mellom foreldre og barn gjennom å øke foreldrenes kunnskap om tilknytningsrelasjonens sentrale rolle i barns emosjonelle utvikling samt tilbakemeldinger basert på samspillsobservasjoner mellom barnet og foreldrene. Trygghetssirkelen understreker behovet barn har for å utforske verden på en relativt selvstendig måte, samtidig som det trenger å kunne oppsøke sine omsorgspersoner for nærhet og omsorg i perioder hvor disse behovene gjør seg gjeldende. Det som blir viktig for omsorgspersonene, er da å være tilgjengelig for barnet på bakgrunn av hvilke av disse behovene barnet til enhver tid har. Omsorgspersonenes rolle i oppfølgingen av barnets behov er derfor todelt. De skal både representere en *sikker base* som støtter barnets selvstendige utforskning av verden samtidig som de må representere en *trygg havn* som barnet kan oppsøke trøst og omsorg hos (Marvin et al., 2002; Brandtzæg et al., 2011).

Dersom omsorgspersonene har vansker med å utfylle disse funksjonene for barnet, vil det oppstå problemer i samspillet dem imellom. Som tidligere nevnt; dersom omsorgspersonen har vansker med å gjenkjenne egne affekter, vil den også ha vansker med å tone seg inn på andres affekter (Schore, 2001). En annen årsak til emosjonell utilgjengelighet hos omsorgspersonene kan være det man i trygghetssirkelen refererer til som «Shark Music» (Marvin et al., 2002; Brandtzæg et al., 2011). Begrepet spiller på hvordan lydeffekter i en skrekkfilm kan skape et spenningsnivå hos seeren uten at dette representerer noen reell fare. På samme måte kan dette illustrere samspillsituasjoner mellom barn og omsorgsperson hvor barnets atferd eller uttrykk vekker uro hos den voksne, uten at situasjonen representerer noen

reell fare. Et eksempel kan være når barnet har et behov for utforskning og selvstendighet. Dette setter krav til at forelderen anerkjenner barnets behov og tillater barnet å utforske på egen hånd uten å involvere seg. Uroen som skapes hos de voksne, forstås i sammenheng med deres egne omsorgserfaringer. Dersom man som barn selv ble hindret i sin selvstendighet, vil man kunne være sårbar for å kjenne «Shark music» når ens eget barn gir signaler om at det ønsker selvstendighet (Marvin et al., 2002; Brandtzæg et al., 2011). Dette innebærer at man risikerer å utvikle et samspill hvor omsorgspersonen til stadighet involverer seg eller invaderer barnets lek på grunn av et behov for å dempe egen uro. Dersom barnet ikke opplever å bli møtt på de behovene det har må barnet utvikle alternative måter å uttrykke seg på for å opprettholde nærhet, omsorg og en god relasjon til sine omsorgsgivere. Dersom omsorgspersonen ikke evner å støtte opp om barnets behov for utforskning kan dette føre til at barnet utvikler sekundære tilknytningsstrategier til sine omsorgspersoner. Eksempler på dette kan være overdreven klenging fra barnet på omsorgspersonen også i situasjoner hvor barnet egentlig har et behov for autonomi og utforskning. I den andre delen av sirkelen finner vi barnets behov for nærhet og omsorg. Dersom barnet ikke blir møtt på slike uttrykk, kan barnet forsøke å fremstå selvstendig og balansert også i perioder hvor det har behov for trøst. Barnets sekundære tilknytningsstrategier utfører den funksjonen at den villeder omsorgspersonen til å tro at barnet har andre behov enn hva det har. Hvilke villedningsstrategier det benytter seg av og hvilke emosjonelle uttrykk som forfalskes vil være avhengig av hvilke behov barnet blir møtt på i samspillet med sin omsorgsgiver og hvilke behov som blir avvist (Mikulincer et al., 2003; Marvin et al., 2002; Brandtzæg et al., 2011). En illustrasjon av balansen mellom barnets behov kan sees i figur 2. En illustrasjon av forskjellige villedningsstrategier kan sees i figur 3.



Figur 2. Figuren illustrerer hvordan barnets behov både for selvstendig utforskning og omsorg og nærhet trenger å bli møtt av dets omsorgspersoner (Marvin et al., 2002).



Figur 3. Figuren illustrerer hvordan barnet kan utvikle sekundære tilknytningsstrategier og dermed villede omsorgspersonene sine om sine behov (Marvin et al., 2002)

Emosjoner

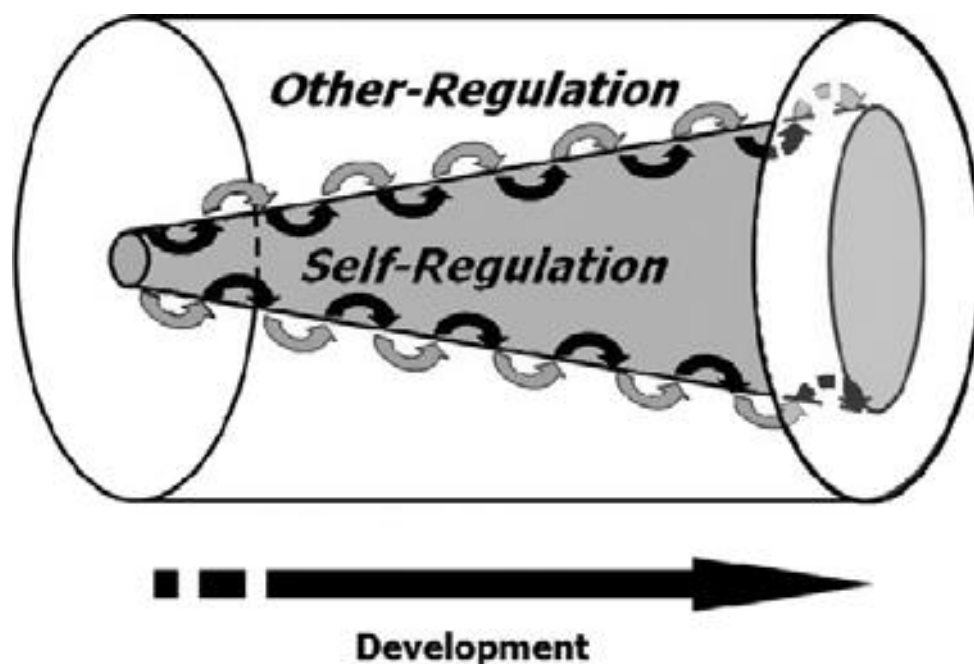
For å bedre forstå emosjonelle vansker er en forståelse av emosjonenes funksjon og virkemåte nødvendig. Campos, Frankel & Camras (2004) definerer en emosjon som prosessen hvor en hendelse av betydning registreres av et individ, og hvor den opplevde betydningen av hendelsen avgjør en respons hos individet. Campos et al., (2004) presenterer videre emosjoner som å ha fire hovedfunksjoner. De skal for det første forsterke opplevelser. Videre skal de rette oppmerksomheten vår og gjøre oss tydelige gjennom nevralt og muskulær aktivering og rette kraft. Til slutt skal de bidra til å regulere nærhet og avstand til andre mennesker og objekter. Med dette perspektivet er det lett å se for seg hvordan emosjoner har utviklet seg til å bli en så omfattende del av den menneskelige opplevelsen. De er en kilde til elementær sosial og adaptiv informasjon og fungerer som implisitte beslutningsveiledere i møte med forskjellige situasjoner (Damasio, 2000).

Det er likevel noen betingelser som må oppfylles for at emosjoner skal kunne fasilitere slike prosesser på en god måte. For at informasjonen vi får skal kunne tolkes på en forståelig måte for individet, er man avhengig av at emosjonene er godt differensierte og regulerte (Campos et al., 2004). I tillegg må emosjonssystemet både kunne bidra til spenning, avspenning og en passende sentralnervøs hvileaktivering (Jacobsen & Svendsen, 2010; Svendsen & Jacobsen, 2013). Dersom det emosjonelle systemet fungerer mangelfullt innenfor noen av disse områdene, kan individet ha store vansker med å både forstå egne emosjonelle opplevelser og å hente seg inn igjen etter emosjonelle påkjenninger. Dette er ofte en stor belastning for individet noe som kan føre til symptomer på psykopatologi.

Emosjonsregulering

Den viktigste funksjonen til tilknytningsbåndet mellom barn og en omsorgsperson er å skape et selvregulerende system for emosjoner hos barnet (Sroufe, 2000). Gjennom det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver vil det stadig oppstå nye situasjoner som gir barnet forskjellige opplevelser. Fra disse relasjonelle erfaringene vil barnet kunne tilegne seg informasjon om hva det er som karakteriserer de forskjellige emosjonene, hva de er relatert til og hvordan de kan uttrykkes. Det er dette samspillet som utgjør grunnlaget for hvordan barnet på et senere tidspunkt skal kunne klare å regulere disse opplevelsene på egen hånd. Spedbarnets første levemåneder består i stor grad emosjonelt sett av en rekke udifferensierte kroppslige tilstander og reaksjoner som gir lite meningsfylte opplevelser for barnet (Sroufe,

1997). Omsorgsgiverens oppgave i samspillet vil da være å speile disse emosjonelle opplevelsene for barnet i en regulert form slik at det etter hvert opplever en sammenheng mellom sitt eget følelsesliv og omsorgsgiverens affektive uttrykk. Det er tvilsomt om spedbarn kjenner på de forskjellige følelsene som vi voksne gjør, men den voksne vil likevel bidra til at barnet regulerer sine indre tilstander ved å speile barnets uttrykk med smil og adekvat inntonet stemmeleie. Det som barnet i utgangspunktet kan ha opplevd som kaos, blir møtt av omsorgspersonen med et passende uttrykk. Dette fungerer interaktivt emosjonsregulerende på barnet (Sroufe, 2000). Disse mekanismene er antatt å fungere for hele barnets affektive register og på denne måten kan vi si at emosjonsreguleringsmekanismen utvikler seg fra i starten å være et behov om total ytre regulering, til en senere evne til indre regulering hvor barnet selv er i stand til å gjenkjenne, uttrykke og regulere egne følelser (Campos et al, 2004; Sameroff, 2010). Se figur 1 for illustrasjon.



Figur 1. Modellen illustrerer barnets utvikling fra et initialt behov for total ytre regulering, til en gradvis bedre utviklet kapasitet til selvregulering over tid (Sameroff, 2010).

Dersom omsorgspersonens interaktive emosjonsregulering er mangelfull, vil barnets utvikling av selvregulering risikere å utvikle seg i en tilsvarende mangelfull retning. Ifølge Schore (2001) er det især omsorgspersonens evne til å observere og regulere sin egen affekt, og da spesielt de negative affektene, som er avgjørende for om samspillet vil oppleves regulerende og fungere utviklende for barnet eller ikke.

Affektintegrering- og bevissthet

På samme måte som evnen til å regulere egne emosjoner utvikles i affektive samspill mellom barnet og omsorgsgivere vil også barnets *kunnskap* om egne emosjoner utvikles gjennom samspill hvor affekter integreres med kognisjon. Slike utvekslinger underbygger prosessen kalt affektintegrasjon. En adekvat emosjonsregulering innebærer at emosjonenes kraft integreres med kognisjon og blir forståelig slik at emosjonell aktivering kan veilede atferd på en hensiktsmessig måte som gir mening for individet (Jacobsen & Svendsen, 2010). Graden av affektintegrering vil således påvirke i hvilken grad emosjonell aktivering gir en opplevelse av sammenheng eller forvirring (Monsen et al., 1996). For barnets utvikling er det viktig at omsorgspersonen er i stand til å støtte opp under denne integreringen mellom kognisjon og emosjon. Dette betyr at det er avhengig av at omsorgspersonen benevner barnets mentale tilstander, og setter det i sammenheng med hvordan barnet virker å oppleve seg selv og omverden. På denne måten vil barnets bevissthet om indre emosjonelle tilstander utvikles.

Affektbevissthet defineres som et individs kapasitet til å bevisst oppfatte, tolerere, reflektere over og uttrykke opplevelsen av grunnleggende affektiv aktivering (Taarviig, Solbakken, Grova & Monsen, 2015). Disse aspektene kan operasjonaliseres gjennom forskjellige grader av bevissthet, toleranse, nonverbal- og verbal uttrykkelse for forskjellige affekter. Bevissthetsfunksjonen er fokuserende og selektiv, og operasjonaliseres som individets evne til å gjenkjenne affekter når de dukker opp både på det kroppslige og det symbolske nivå. Den kanskje viktigste funksjonen er toleransen som refererer til ens tilbøyelighet til å bli påvirket av affekten, hvordan det oppleves å ha den og hvordan barnet evner å vedstå seg denne følelsen. Mange barn kan synes det er særlig ubehagelig å vedstå seg negativt ladede affekter som for eksempel tristhet, sinne eller skam. Det sentrale for toleransebegrepet sin del er hvordan barnet reagerer på å oppleve disse følelsene – om det unnviker eller kjenner etter. Det siste begrepet omhandler uttrykket av egne emosjoner. Dette innebærer både det emosjonelle og det verbale språk, og refererer til personens evne til å

inngå i intersubjektive møter med andre hvor affektene kan deles (Monsen et al., 1996; Taarvig et al., 2015).

Et høyt nivå av affektbevissthet innebærer at individet er i stand til å anerkjenne sine egne emosjonelle opplevelser som det de er og forså hva de stammer fra. Dette vil gi individet et bedre grunnlag for å kunne adaptivt benytte egne følelser som signaler for seg selv og andre, og gir en større innsikt i hvilken motivasjon man har for å handle som man gjør (Taarvig et al., 2015). Flere studier tyder på at affektintegrering har en sterk sammenheng med en rekke mål på psykisk helse som f.eks symptomtrykk, selvbilde og relasjonelle vansker (Monsen & Solbakken, 2013; Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland & Wilberg, 2013). Dette impliserer at en integrering av affektive opplevelser med kognitive prosesser burde være et mål for terapeutisk behandling. Affektbevissthet måles gjennom administreringen av et semistrukturert intervju. Dette intervjuet har ved flere anledninger vist seg å være et reliabelt instrument med god konstruktvaliditet (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011).

Selvutvikling og selvagens

Innenfor et intersubjektivt perspektiv bygger barnets selvutvikling og selvopplevelse på barnets relasjonelle erfaringer. Utviklingen av selvet og relasjonene til andre kan her betraktes som to parallelle prosesser som er i kontinuerlig gjensidig påvirkning (Johns & Svendsen, 2015).

Sterns (1985) selvutviklingsteori er sentral innenfor det intersubjektive perspektivet og er forankret i spedbarnsforskning og klinisk erfaring. Her forstås selvet som å fylle den funksjonen at det organiserer alle de affektive, perseptuelle, atferdsmessige, symbolske og narrative erfaringene barnet opplever i en stadig utviklende opplevelse av selvet. Teorien beskriver hvordan de forskjellige erfaringene barnet gjør seg gjennom den suksessive utviklingen av flere ulike domener av selvet påvirker denne opplevelsen. Selvet er med andre ord basert på direkte samspill med andre, og barnets relasjonelle erfaringer blir gjennom hele utviklingen nært knyttet til dets selvopplevelse og selvutvikling. Dette gjør at man kan anse selvutvikling og relasjonsutvikling som to sider av samme sak (Johns & Svendsen, 2012).

Sterns (1985) modell presenterer fem ulike områder for selvopplevelser; det gryende selvet, kjerneselvet, det subjektive selvet, det verbale selvet og det narrative selvet. Modellen er formulert som en kontinuerlig konstruksjonsmodell hvor utvikling innenfor de forskjellige områdene foregår parallelt. Dette innebærer at de tidlige områdene for utvikling vil fortsette å være virksomme hele livet igjennom. Dette aspektet er terapeutisk svært viktig fordi det åpner for at erfaringer gjort tidlig i livet kan reorganiseres eller videreutvikles senere i livet (Stern, 1985; Stern et al., 1998) Mangelfull sensitivitet for og tilpasning til barnets signaler kan skape sårbarhet i barnets ulike selv- og relasjonsdomener, noe som kan føre til symptomer som uro, regulerings- og atferdsvansker, tilbaketrekning og tap av vitalitet (Johns & Svendsen, 2015).

Det viktigste selvområdet for å forstå klienten som blir presentert i denne oppgaven er kjerneselvet. Kjerneselvet begynner sin utvikling mellom 2 og 6 mnd. alderen, hvor samspillet mellom barn og omsorgsgiver stort sett foregår gjennom ansikt-til-ansikt interaksjoner. Samspillet bærer preg av at barn og omsorgsgiver veksler på å ta initiativet i samspillet – en prosess kalt turtaking. Begge regulerer tempo, rytme og intensitet ved å synkronisere seg etter den andres signaler basert på utvekslinger av bevegelser, blick og vokaliseringer (Johns & Svendsen, 2012). Omsorgspersonens oppgave er å regulere oppmerksomheten og den emosjonelle aktiveringen til barnet gjennom å være sensitiv og inntonet for barnets egne

signaler. Omsorgspersonen må med Tronicks (1989) ord fungere som «en selvregulerende annen». Barnet får da en erfaring av at reguleringen av egen affekt påvirkes av andre. Det er helt sentralt for barnets selvutvikling at det får en erfaring av at det er i stand til å påvirke og utløse adekvate responser fra omsorgspersonen basert på egen aktivering. Dette er med på å gi barnet erfaringer med at det er en aktør i eget liv og at det kan påvirke miljøet rundt seg med sine egne uttrykk (Stern, 1985). Gjennom at barnet opplever å påvirke, og at dets emosjonelle uttrykk blir reagert på utvikles opplevelsen av *agens*, som er grunnleggende for å oppleve seg som et individ med handlingsmuligheter (Stern, 1985; Johns & Svendsen, 2012). Emosjonelle tilstander hos barnet vil naturligvis ikke møtes med helt identiske responser hver gang, men når barnet opplever at det er noen bestemte mønstre mellom hvilke emosjonelle tilstander det opplever og hvordan dette blir møtt av omsorgspersonen, utvikles opplevelsen av kontinuitet og sammenheng i eget liv. For barnet dreier dette seg om konkrete erfaringer med å oppleve seg som en deltager i en relasjon som det selv er med på å forme innholdet av (Johns & Svendsen, 2012).

Dersom omsorgspersonen ikke er tilstrekkelig oppmerksom på barnets signaler kan barnet risikere å oppleve seg styrt av andres uttrykk og vilje. I så fall kan det oppstå en sårbarhet som kan føre til manglende opplevelse av sammenheng og kontinuitet i tillegg til tap av kontakt med egne følelser og kroppslige tilstander. Mange barn som kommer til terapi, tar lite initiativ til samhandling og viser lite selvagens. Gjennom å oppleve nye affektive samspillserfaringer i den terapeutiske relasjonen, kan opplevelsen av å være aktør i eget liv likevel vokse frem (Stern, 1985; Johns & Svendsen, 2012; Johns & Svendsen, 2015).

Barn i terapi – Intersubjektivitet og lekens betydning

Terapi med barn skiller seg fra terapi med voksne på flere måter. Ofte er det foreldrene eller andre personer nær barnet som er motivert for å søke hjelp. Barn uttrykker seg også på forskjellige måter fra voksne, og det at barn er i en så tydelig utvikling, åpner opp for andre muligheter og samspill enn man ofte møter i psykoterapi for voksne (Johns & Svendsen, 2012). Dette legger grunnlaget for at behandlingen bør foregå med en forankring i et utviklingspsykologisk perspektiv. En utviklingsrettet intersubjektiv terapiforståelse legger særlig vekt på at intersubjektiv deling er grunnleggende utviklingsfremmende for barnet. Barnet virker å ha en medfødt evne til å spesifikt rette seg mot subjektive tilstander hos andre mennesker og dermed inngå i intersubjektive samspill (Trevarthen & Aitken, 2001). Innenfor denne retningen anser man samspillet mellom terapeuten og barnet som en utviklingsprosess, hvor målet er å fremme en utvikling i retning av utvidelse i barnets opplevelsesverden og intersubjektive bevissthet (Johns & Svendsen, 2012).

Barn og unge som blir henvist til terapi har ofte vansker med adekvat emosjonsregulering som, sammen med oppmerksomhet, utgjør grunnfenomener i barns utvikling (Jacobsen & Svendsen, 2010). Hoffart & Svendsen (2013) fremhever betydningen av felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon som terapeutisk virksomme faktorer i terapi med barn. Det vesentlige er at terapien er rettet mot å bedre barnets grunnfunksjon som emosjonsregulering og oppmerksomhet fremfor å fokusere isolert på symptomlette. Det er mennesket som er til behandling – ikke symptomene. En slik måte å jobbe på vil innebære at terapeuten kan formidle en psykologisk forståelse tilbake til barnets omsorgsgivere slik at de kan lære seg å støtte opp om barnets emosjonelle utvikling på andre måter. Det kan være et mål i seg selv for terapeuten å være emosjonelt tilgjengelig for barnet på en måte som kan fasilitere en genuin affektiv kommunikasjon mellom barn og terapeut. Dette kan være med på å gi barnet nye relasjonelle erfaringer, noe som er antatt å bidra til nettopp økt reguleringskapasitet (Svendsen & Jacobsen, 2013). Dersom behandlingsmålet er symptomlette alene, kan dette medføre en risiko for at barnet ikke får den støtten det trenger for å utvikle en selvstendig emosjonsregulerende kapasitet. Dersom barnet kun får hjelp til å regulere sine ytre symptomer uten at man som behandler er oppmerksom på hva disse symptomene kan være et uttrykk for, vil ikke barnet nødvendigvis oppnå noen bedre emosjonell differensiering eller regulering. Og det er den manglende evnen til disse prosessene som i utgangspunktet ofte vil være den underliggende årsaken til barnets

problematikk. Dette kan medføre at selv om barnets *symptomer* kan dempes gjennom ytre regulering bidrar ikke dette nødvendigvis til en utvikling av dets grunnfunksjoner.

I terapi med barn vil ofte mye av kommunikasjonen foregå gjennom lek. Felles oppmerksomhet, engasjement og det å dele er selve kjernen i lek. Lek er en grunnleggende intersubjektiv aktivitet gjennom sitt sosiale innhold og dets gjensidige relasjoner (Johns & Svendsen, 2012). Russ (2004) understreker de viktigste funksjonene lek utfyller i terapi med barn. For det første er leken en naturlig uttrykksform for barn. Barn benytter seg av lek til å uttrykke både følelser og tanker, og leken gir således et unikt innblikk i barnets indre verden. Å få muligheten til å uttrykke følelser til en emosjonelt tilgjengelig annen er antatt å fungere terapeutisk, noe som kan være med på å fasilitere endring i terapi med barn (Russ, 2004).

For det andre bruker barnet lekspråket til å kommunisere med terapeuten, noe som gjør det viktig at terapeuten oppfatter og responderer gjennom denne kommunikasjonsformen. Gjennom å benevne, kommentere og å undre seg over barnets lek kan barnet både føle seg forstått og samtidig få hjelp til å klargjøre vanskelige temaer for seg selv (Russ, 2004).

En tredje funksjon er muligheten for bearbeidelsen av interne konflikter. Psykodynamisk teori anser den emosjonelle forløsningen av en konflikt som en stor endringsmekanisme i terapi med barn. Gjennom lek kan barnet få mulighet til å repetere ubehagelige opplevelser gjentatte ganger slik at de blir håndterbare (Russ, 2004).

Den fjerde funksjonen leken utfyller, er at det gir muligheter for å øve på en rekke atferder, ideer, interpersonlige væremåter og verbale uttrykk. Siden leken foregår i et trygt miljø, i en liksomverden, med en tillatende og ikke-dømmende annen, kan barnet prøve ut og få erfaring med flere forskjellige måter å uttrykke seg på uten konsekvenser for det virkelige liv (Russ, 2004). I tillegg til dette kan lek øke barnets selvfølelse, stimulere til problemløsning gjennom kreativ tenkning og ikke minst hjelpe barnet med å utforske følelser på en måte som blir mindre angstskapende for barnet (Johns & Svendsen, 2012). Den uvurderlige verdien av de erfaringene som barnet kan gjøre seg gjennom lek, kan kanskje best illustreres av Vygotskijs sitat: «*i lek blir barnet et hode høyere enn seg selv*» (Vygotskij, 1978). Leken er med andre ord en intersubjektiv aktivitet som kan fungere utviklende for barnet (Johns & Svendsen, 2012).

Metode

Datamaterialet som utgjør grunnlaget for denne oppgaven omfatter DVD-opptak og journalnotater fra terapiforløpet, målinger av affektbevissthet før og etter terapien, observasjoner av barnet, ulike former for rapportering fra foreldrene samt terapeutens personlige notater underveis. Affektbevissthet ble målt gjennom bruken av affektbevissthetsintervjuet (Monsen, Monsen, Solbakken & Hansen, 2008). Foreldrerapporteringen bestod av symptomrapportering gjennom bruken av Child Behavior Check List (CBCL) fra ASEBA-manualen (Achenbach & Rescorla, 2001). I tillegg til dette ble muntlig rapportering fra foreldrene om barnet benyttet. Samtykke til videoopptak ble innhentet fra foreldre før oppstart av terapien, og alle dataene ble oppbevart konfidensielt. Undertegnede gjennomførte terapien med klienten, mens en medstudent hadde ansvar for de parallelle foreldresamtalene. Noen endringer er blitt gjort i gjengivelsen av terapiforløpet for å sikre anonymiteten til alle involverte. Denne hovedoppgaven inngår i et større forskningsprosjekt kalt «objektive endringsmål i psykoterapi med barn» som har blitt godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn – TIB

Behandlingen ble gjennomført med utgangspunkt i Johns & Svendsens manual for tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (2015), heretter kalt TIB, og strakk seg over en periode på 15 uker. Behandlingen foregikk på psykologiske poliklinikker ved NTNU. TIB er en intersubjektiv terapiform som først og fremst har et fokus på å reaktivere grunnleggende utviklingsprosesser hos barnet fremfor å jobbe direkte mot symptomlette. TIB er en metode som setter barnets egne opplevelsesuttrykk i fokus samtidig som den har et kontinuerlig fokus på barnets selvutviklingsbehov. Det intersubjektive grunnlaget gir sammen med en transaksjonell forståelse av utvikling et meningsfullt utgangspunkt for å se terapi med barn som en utviklingsprosess snarere enn en reparasjonsprosess. Samsillet med barnet i terapien gjennomføres fra terapeutens side på en målrettet måte for å hjelpe barnet å utvikle viktige grunnfunksjoner som for eksempel emosjonsregulering og oppmerksomhet. På denne måten kan den terapeutiske relasjonen anvendes som en teknikk i seg selv og ikke bare vurderes som et grunnlag for å anvende andre terapeutiske teknikker (Johns & Svendsen, 2015).

TIB er en egen terapimetode med tre spesifikke kjennetegn; formulering av et utviklingsrettet terapifokus, en tydelig tidsavgrensning og parallelt foreldrearbeid. I den første timen møter barneterapeut og foreldreterapeut foreldrene til en inntakssamtale, og i de påfølgende tre timene gjennomfører barneterapeuten en klinisk psykologisk undersøkelse av barnet. Hensikten med disse innledende timene er å bli kjent med barnet gjennom å observere blant annet hvilke følelsesuttrykk barnet viser, hvordan barnet tar i bruk lek og symboler, om det er spesielle temaer barnet er opptatt av, bli kjent barnets opplevelsesverden, hvordan det regulerer seg samt å vurdere barnets selvutvikling, sårbarhet og ressurser som også innebærer en forståelse av barnets relasjoner (Johns & Svendsen, 2015). Parallelt med disse timene vil en foreldreterapeut gjennomføre timer med foreldrene med fokus på barnets utviklingshistorie og foreldrenes forståelse av barnets problematikk. Etter disse innledende timene vil barneterapeuten og foreldreterapeuten, basert på det barnet og foreldrene har vist, presentere et forslag til et terapifokus som skal veilede retningen for det terapeutiske arbeidet. Terapifokuset skal inkludere barneperspektivet og ta utgangspunkt i det som barnet har formidlet i de innledende timene. Samtidig må det forankres i en utviklingspsykologisk forståelse av det som er vanskelig for barnet. Hensikten med terapifokuset er å skape en enighet om terapiens mål, noe som anses som sentralt både for å igangsette den ønskede utviklingsprosessen og for den terapeutiske alliansens del (Bordin, 1979; Johns & Svendsen, 2015).

Tidsavgrensningen i TIB innebærer at man danner en tydelig tidsramme for terapiens varighet. Hensikten med tidsavgrensningen er ikke at terapiforløpet skal være kortest mulig, men heller å gi barnet en oversikt over terapien som kan bidra til at barnet kan føle eierskap til sin egen prosess. Dette spesifikke terapiforløpet ble gjennomført over en periode på 5 måneder som inkluderte både innledende undersøkende timer, individuelle terapitimer med barnet og felles fokussamtaler hvor barnet og foreldrene alle var tilstede. For å hjelpe barnet med denne oversikten ble det i den første timen laget en terapikalender med forskjellige luker hvor hun etter hver time kunne tegne inn noe som var betydningsfullt for henne i denne timen.

Det parallelle foreldrearbeidet henviser til at foreldrene til barnet også møter til samtaler. Hensikten er å igangsette en prosess hvor foreldrene kan bli forstått og få hjelp til å uttrykke sine følelser overfor og reflektere omkring barnet og sin relasjon til dette. Et hovedmål er intersubjektiv utvikling og utvidelse av deres perspektiv på den betydningen de selv har for barnets utvikling. I dette forløpet ble det gjennomført parallelle foreldresamtaler i tillegg til innledende samtaler med fokus på barnets utviklingshistorie og fokussamtaler hvor både barn og foreldre var tilstede.

Kasuistikk og metodetriangulering

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av en kasuistisk metodikk som forskningsmetode. Kasusstudienes styrker er mangfoldet i observasjoner man kan gjøre seg i hver tilfelle, muligheten til å dokumentere antatte endringsprosesser over tid og tydeligheten av hvordan kontekstuelle faktorer påvirker klienten. Kasusstudier er ofte rikt beskrevet og har en narrativ natur som gjør de enklere for klinikere å kjenne seg igjen i og å anvende kunnskapen i praksis (McLeod, 2011). Det er i tillegg viktig å være bevisst på metodens begrensninger, og det lave antallet forskningsdeltagere gjør at konfunderende variabler mer sannsynlig vil kunne påvirke resultatene. Dette gjør at man ikke kan generalisere forskningsfunnene fra en kasusstudie til andre tilfeller på samme måte som større kvantitative undersøkelser kan.

En måte å styrke den kvalitative analysen er å benytte seg av metodetriangulering. Dette innebærer å benytte seg av flere ulike informasjonskilder som kan informere tolkningen i den kvalitative analysen (McLeod, 2011). I denne oppgaven har jeg derfor inkludert kvantitative mål foretatt både før og etter behandling, innhentet informasjon fra skole og foreldre i tillegg til informasjon fra andre medarbeidere på forskningsprosjektet og egne observasjoner av klienten.

Datainnsamling

Datamaterialet som ble benyttet i den kvalitative analysen ble innhentet gjennom videoopptak av terapitimene, journalnotater i tillegg til personlige notater jeg gjorde meg underveis gjennom terapiforløpet. Jeg var terapeut og mottok veiledning av flere psykologspesialister underveis i tillegg til tre medstudenter som fulgte terapien bak et enveisspeil. Datamaterialet bestod av inntakssamtale med foreldrene, en klinisk psykologisk undersøkelse av barnet, et anamneseopptak med foreldrene, tre fellestimer med foreldre og barn, 8 individuelle timer med barnet og 7 foreldresamtaler.

Affektbevissthetsintervju

Affektbevissthetsintervjuet ble gjennomført både før og etter terapien for å gi kunnskap om eventuelle endringer som følge av terapiprosessen. Det ble benyttet en versjon spesielt utformet for barn (Monsen, Taarvig & Solbakken, 2013). Intervjuet er funnet å ha høy interraterreliabilitet og god begrepsvaliditet gjennom tidligere studier (Taarvig et al., 2015). Intervjuet undersøker affektbevissthet for de følgende elleve affekter: glede/behag, frykt/panikk, sinne /raseri, avsky, forakt, skam/ydmykelse, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalusi, skyld/anger, ømhet/hengivenhet og interesse. For hver av disse undersøkes de fire momentene opplevelse, toleranse, begrepsmessig/verbalt og emosjonelt uttrykk.

Intervjuet ble gjennomført og skåret av en psykolog med lang erfaring med intervjuet. Intervjueren var ikke involvert i terapien på noen annen måte og kunne dermed antageligvis gjennomføre intervjuets skåringer mer objektivt enn det noen som kjente til Lises situasjon fra før av hadde kunnet.

Kasuspresentasjon

Henvisning og anamnestic informasjon

Lise på 9 år ble henvist til psykologiske poliklinikker ved NTNU og forskningsprosjektet for internaliserende vansker. Det var Lises foreldre som tok kontakt med klinikken. Lise hadde 2 eldre søstre. Foreldrene fortalte om en del konflikter mellom Lise og hennes to år eldre søster. De beskrev Lise som en jente som gråt svært mye og at hun ofte kunne begynne å gråte av helt uforståelige årsaker, som f.eks et sår hun hadde fått på armen for flere år siden. Videre beskrev foreldrene at Lise hadde store vansker med å hevde seg selv og å si ifra når noen behandlet henne dårlig, noe som hadde skjedd både på skolen og i samspill med søsteren. Foreldrene trodde likevel at Lise ofte kunne finne på å utnytte situasjonen slik at søsteren skulle få skylden for ting hun selv hadde gjort.

I inntakssamtalen beskrev mor mye skyldfølelse for at Lise hadde det vanskelig. Siden fødselen til Lise hadde mor i perioder vært psykisk syk, og hun antok at dette påvirket Lises utvikling. Hun fortalte at Lise viste mye omsorg overfor moren, og Lises kontaktlærer på skolen hadde gitt beskjed til mor om at Lise virket mer ukonsentrert og fraværende i de periodene mor var dårlig. Far hadde på sin side en jobb hvor han reiste mye, noe som hadde ført til at mor hadde vært mye alene med Lise i oppveksten. Mor beskrev forholdet mellom henne og Lise som et avhengighetsforhold, hvor det var tydelig at mor i stor grad benyttet seg av nærhet og relasjonen til Lise for å dempe egen uro og angst. Da Lise skulle begynne i barnehagen hadde tilvenningen gått tilsynelatende greit for Lises del, og foreldrene beskrev Lise som å ha vært «tøffere» da, og begrunnet dette med at hun for eksempel gråt mindre og taklet bedre det å falle å slå seg. Foreldrene opplevde det likevel svært forskjellig å skulle levere henne fra seg i barnehagen. Mens far opplevde dette som uproblematisk, hadde mor en tendens til å bli værende igjen i barnehagen fordi hun syntes det var så vanskelig å ta avskjed. Mor ga tydelig uttrykk for at hun visste at dette ikke var bra for Lises utvikling, men at hun ikke klarte å sette grenser for Lise når hun hadde dårlige perioder på grunn av sitt eget behov for nærhet. Foreldrene hadde en åpen dialog med barnehagen om mors egne vansker, og i en periode hvor moren hadde det spesielt tungt, hadde de voksne i barnehagen opplevd Lise som langt mer kontaktsøkende ovenfor de voksne og mindre mot jevnaldrende. I senere tid fortalte foreldrene om perioder med magevondt og skolefravær hos Lise, og at hun oftere fikk disse vanskene når mor hadde det vanskelig. De hadde utelukket somatisk sykdom etter

legeundersøkelse, og mor trodde at Lises vansker handlet om at hun ikke klarte å uttrykke følelsene sine – noe som førte til somatiske symptomer. Mor hadde selv gått i psykologisk behandling for sine vansker i flere år, og hadde selv vært psykisk syk over lengre perioder av gangen. Mor beskrev seg selv som ekstremt overbeskyttende, og hun innså at dette hindret Lise i å omgås andre barn på en adekvat måte. Hun begrunnet dette med at hun ikke ønsket at Lise skulle dra på besøk til andre og at hun alltid måtte komme rett hjem etter skolen, også dette uten besøk fra andre. Hun var likevel svært kjærlig og omsorgsfull ovenfor Lise, men hun lurte på om hun kanskje var *for* involvert i hennes liv i forhold til hva som var utviklingsmessig gunstig for henne.

I anamneseopptaket beskrev foreldrene Lises tidlige utvikling som tilsynelatende normal. Både språk, sosial kontakt og motoriske evner fulgte alle normal utvikling. Lises temperament ble beskrevet som mildt, og hun var relativt enkel å trøste de gangene hun ble opprørt. Hun hadde alltid prestert adekvat på skolen, og foreldrene beskrev hennes sterke sider med at hun var god, kreativ, atletisk og utadvendt. Ellers var Lise stort sett godt likt av de jevnaldrende på skolen, og drev med riding og karate på fritiden. Hun hadde særlig en bestevenn som hun var mye sammen med og var særlig opptatt av hester. Mor og far var stort sett enige i sine beskrivelser av Lise og hennes utvikling. I forståelsen av *årsaken* bak hennes vansker fokuserte mor i stor grad på hvordan hennes egne vansker kan ha skadet Lise. Faren mente på sin side at Lise ikke nødvendigvis tok skade av mors vansker, men understreket at hun virket å ha vansker med å forstå og gjøre mening ut av sine egne følelser.

Kasusformulering og implikasjoner for terapi

Under følger en kasusformulering som ble utformet tidlig i behandlingen av Lise basert på den informasjonen vi hadde mottatt. Formuleringen tar utgangspunkt i utviklingen av Lises vansker forstått utifra de forskjellige biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Faktorenes plassering i tabellen er avhengig av om de er ansett som predisponerende, utløsende, opprettholdende eller beskyttende for hennes utvikling (Smerud, 2012).

Individuelle og systemiske faktorer	Biologiske faktorer	Psykologiske faktorer	Sosiale faktorer
Predisponerende sårbarhet	Engstelse og psykisk sykdom hos mor	Lav affektbevissthet. Mangelfull selvagens. Utoverrettet oppmerksomhet.	Dårlig fungering hos mor i småbarnsalder.
Utløsende – stressor		Identitetsutvikling Løsrivelse fra mor.	Tar ansvar for mor. Hindres i å omgås andre barn på en adekvat måte.
Opprettholdende	Kroppslig aktivering som ikke får uttrykk Magesmerter.	Sammensmelting med mor. Lav affektbevissthet. Unnviker negative følelser.	Transaksjonseffekter i relasjonen mor-datter med stort sosialt ansvar. Overbeskyttende atferd fra mor. Fravær fra skole. Selektiv inntoning fra mor.
Beskyttende	Gode kognitive og motoriske evner.	Adekvat sosial kompetanse. God evne til intersubjektive samspill.	Stabilt og trygt nærmiljø. Stabil økonomi i familien. Adekvat relasjon til far, søsken og venner. Foreldre med stabil og god relasjon. Stabil og velfungerende far

Kasusformuleringen ble utformet for å danne et multifasettert perspektiv på Lises vansker ved oppstarten av terapien. Lises vansker med å forstå egne følelser, uttrykke og å hevde seg selv virket å være opprettholdt gjennom det etablerte samspillsmønsteret med moren, som nesten kunne beskrives som sammensmeltende. Moren beskrev flere ganger at hun var klar over at det antageligvis ikke var sunt for Lises utvikling å være så involvert i hennes liv som hun var, men at hun ikke klarte å regulere sine egne behov for nærhet og omsorg alene. Lise ble værende i en situasjon som sannsynligvis var uheldig for hennes utvikling. I en periode av livet hvor løsrivelse fra foreldre og egen identitetsutvikling snart stod for tur, kunne Lises risiko for videre skjevutvikling få alvorlige konsekvenser i årene som kom.

Implikasjonene av kasusformuleringen tilsa at Lise antageligvis hadde en mangelfullt utviklet selvreguleringskapasitet og lav affektbevissthet. Vi forsto Lise som å behøve erfaringer av å dele sine egne emosjonelle opplevelser med en emosjonelt tilgjengelig og regulerende annen. Det var viktig å tilby henne den utviklingsstøtten hun behøvde for å regulere sine egne emosjoner. I tillegg til dette ville en sentral del av arbeidet bestå av å markere skillet mellom Lises egne behov fra morens og å hjelpe henne til å bli tydeligere for seg selv og andre. For å kunne igangsette positive transaksjonseffekter der foreldrene lettere kunne forstå Lises behov og tilby henne bedre utviklingsstøtte, ville det også være avgjørende å gjennomføre parallelle foreldresamtaler underveis.

Resultater

Klinisk psykologisk undersøkelse

I TIB er terapien organisert på en slik måte at man alltid begynner med en klinisk psykologisk undersøkelse av klienten. Dette består som regel av tre innledende timer hvor målet er å skaffe seg en bevissthet om klientens subjektive opplevelse av sin egen situasjon. I tillegg skal terapeuten begynne å vurdere hvilke terapifokus som kan passe for Lise basert på hva som kommer frem i disse innledende timene.

Lise virket litt innesluttet når hun kom til de første timene. Hun snakket en del med det terapeuten oppfattet som en ganske tilgjort stemme, noe som gjorde at terapeuten ikke alltid oppfattet henne som like genuin i sine uttrykk. I begynnelsen hadde hun noe høye skuldre gjennom store deler av timene og generelt et kroppsspråk som minnet om at hun var engstelig. Lise ga likevel terapeuten mye forskjellig informasjon. Det mest bemerkelsesverdige med Lise virket å være hvor konsentrert og delende hun kunne være i samspill med terapeuten. I flere av de innledende timene kunne Lise og terapeuten sitte i lange sekvenser med felles oppmerksomhet på de tilsynelatende mest vilkårlige objekter. Det virket tydelig at Lise ønsket å formidle noe til terapeuten gjennom disse sekvensene. Terapeuten hadde derfor et særlig fokus på å være emosjonelt tilgjengelig for Lise og å respondere på en undrende og utforskende måte på alt hun kom med. Hensikten var å la så mye av Lise som mulig å tre frem i lyset slik at vi kunne få et bilde av hvilken jente dette var.

Til tross for Lises kapasitet til å være til stede i øyeblikket og å dele tanker og idèer med terapeuten, var dette i stor grad begrenset til temaer med positiv ladet affekt. Dersom terapeuten forsøkte å utforske hennes opplevelser av negative affekter, var det ikke uvanlig at Lise lot være å respondere. Det virket som om toleransen hennes for følelser som sinne, tristhet og frykt var lav, og det virket usikkert om Lise hadde noe bevisst forhold til disse emosjonene selv.

Et ytterligere aspekt ved Lise som vi tidlig la merke til var hvordan hun så tydelig kunne endre sin ytre væremåte når hun var sammen med terapeuten i forhold til når hun var sammen med moren sin. I kontakten med terapeuten kunne Lise til tider fremstå som en ressurssterk, selvstendig og bestemt jente. Når hun etter timene traff moren på venterommet utenfor, endret dette uttrykket seg til å representere et lite, stakkarslig barn som trengte å bli tatt hånd om, noe moren omfavnet av hele sitt hjerte. Det var noe merkelig i måten relasjonen

mellom Lise og mor utspilte seg på, og det var påfallende hvordan både Lise og mor umiddelbart falt inn i egne roller når de møttes. Lise som den lille jenta som trengte beskyttelse mor som omfavnet henne og beskyttet henne fra det som virket å bli fremstilt som «den skumle verdenen». At små barn trenger muligheten til å søke omsorg og nærhet hos sine tilknytningspersoner er hevet over enhver tvil. Det var likevel noe i dette samspillet som tilsa at den ekstreme nærheten i denne relasjonen også påvirket et tilsvarende viktig behov for barnets utvikling - Lises muligheter til å utfolde seg og utforske verden på egen hånd.

«Mamma synes den er skummel»

Et av forsøkene som ble gjort for å undersøke Lises forhold til seg selv og sine egne følelser, innebar at terapeuten foreslo at de skulle spille et brettspill som heter «Hei – et spill om følelser». Dette er et spill som er utformet som et hvilket som helst annet brettspill hvor man kaster terning for å flytte sine egne brikker over flere ruter. Noen av disse rutene har et spørsmålstegn på seg, noe som innebærer at den som lander der, skal svare på et spørsmål om følelser fra en kortbunke. Lise var engasjert i spillet og vi kastet terninger, flyttet brikker og stilte hverandre spørsmål fra bunken. Lise svarte lite på spørsmålene som omhandlet negative emosjoner, og avfeide ofte spørsmålet med ordet «sopp» som terapeuten får forklart er hennes yndlingsord. Etter hvert får terapeuten et spørsmål om hva det er som gjør han redd:

Terapeut: «Hva det er som gjør meg redd? Hmm... noen ganger, når jeg er helt alene, kan jeg bli litt redd hvis jeg ser på en skummel film på TV».

Lise: «Har du sett Hobbiten?»

Terapeut: «Ja, du det har jeg faktisk».

Lise: «Mamma har sett den og hun synes den var skummel».

Terapeut: «Åja... det synes Mamma ja. Men hva synes du om den filmen da?»

Lise: «Jeg synes den er morsom... men Mamma bruker å rope på meg og søsteren min hvis hun ser slike filmer på TV, selv om vi sitter en annen plass og leker for oss selv».

Terapeut: «Okay... så du synes den er morsom, mens Mamma synes den er skummel. Hva synes du om at Mamma roper på dere når hun blir skremt da...?»

Lise ble stille igjen. Det virket som om dette var et ubehagelig tema for henne. Hun ventet litt til før hun så på terapeuten og sa:

Lise: «Nå er det din tur...»

Det virket generelt som om Lise ikke ønsket noe særlig oppmerksomhet mot verken negativt ladede følelser eller forholdet til sin mor under disse innledende timene. I perioder kunne man observere at hun syntes å oppleve at fokuset ble for direkte mot det hun synes var vanskelig, og terapeuten opplevde det da som viktig at han oppfattet disse signalene og tilpasset seg deretter. Et ord som gikk mye igjen i disse første timene var «sopp», og det kunne virke som om ordet fungerte som en avledningsmanøver for å skifte temaet over til noe annet, mindre ubehagelig.

I de neste timene fortsatte Lise å nevne ordet «sopp» på flere forskjellige plasser. Det virket som om hun var vant til å få en bestemt respons på dette ordet. Terapeuten hadde tidligere observert i samspillet mellom henne og foreldrene sine at ordet ofte frembrakte latter hos foreldrene. Terapeuten var interessert i å undersøke hvordan hun ville oppleve det om han prøvde å utforske hennes bruk av ordet.

I den følgende sekvensen lekte de sammen med en kule som ved et uhell falt bak sofaen. For å finne kulen måtte de flytte på sofaen, og der fant Lise også en tusj. Vi delte et øyeblikk av overraskelse over dette før Lise ønsket å teste om tusjen fremdeles fungerte. Terapeuten forholdt seg undrende og dvelende ovenfor Lise. Hva ville hun gjøre med tusjen? Hun førte tusjen mot et papir og skrev noe, før hun tydelig sa til terapeuten: «Se!». Terapeuten lente seg over til henne, og så at hun hadde skrevet ordet «sopp» med store bokstaver.

Terapeut: «Sopp ja... vet du, jeg har aldri møtt et barn som har vært så opptatt av sopp før...?»

Lise begynte å flire da terapeuten påpekte dette, før hun tok en lengre pause hvor hun stirret tomt ut av vinduet. Hun satte seg så ned og smilte. Terapeuten spurte henne om det var noe som var spesielt for henne med sopp. Hun svarte at hun ikke visste. Terapeuten forsøkte å hjelpe henne med å undersøke om kanskje ordet hadde en spesiell betydning for henne, og ved å normalisere at noen barn kan bruke forskjellige ord til forskjellige ting, men opplevelsen var at terapeuten mistet litt kontakten med henne gjennom dette. Lise markerte at hun ønsket å skifte tema gjennom å vende seg fra terapeuten og se seg selv i speilet.

Psykologfaglige betraktninger

Det var bemerkelsesverdig at når terapeuten og Lise snakket om det å være redd, så nevnte Lise noe som gjorde hennes *mor* redd, ikke noe som gjorde henne redd. For å

tydeliggjøre skillet mellom dem opplevdes det derfor viktig for terapeuten å tematisere at Lise og mor hadde forskjellige oppfatninger om den filmen det var snakk om. I løpet av sekvensen hvor de spilte brettspillet virket det vanskelig og nesten unaturlig for Lise å skulle si noe bare om sine helt egne opplevelser og følelser uten at moren ble nevnt. Dette kunne tyde på at Lise og moren hadde et så nært forhold, på grensen til sammensmeltet, hvor Lise hadde vansker med å skille på en klar og tydelig måte det som var hennes opplevelser fra hvilke som var morens.

Lise avbrøt ofte terapeutens forsøk på å undersøke opplevelser av negativ ladet affekt med å si ordet: «sopp». Det opplevdes viktig for terapeuten å ta tak i bruken hennes av dette ordet av to årsaker. For det første fikk ikke bruken av ordet den responsen Lise hadde vært vant til. Ordet ble tatt på alvor, og det ble satt ord på at hun er opptatt av sopp. Dette var antageligvis en ny erfaring for Lise, og gjennom å benevne ordbruken forsøkte terapeuten å formidle at det ikke var nødvendig med sikkerhetsord på denne plassen og at alle temaer var tillatt der. Stillheten og pausen Lise tok etter dette kan tolkes på flere måter, men det virket som om hun selv forsøkte å finne ut av hva det var med dette ordet som gjorde at hun brukte det så mye. Etter en liten tenkepause endte hun med å si at hun ikke visste hvorfor hun brukte det så mye. Når terapeuten forsøkte å undre seg over hva som kunne være så spesielt med ordet, markerte hun tydelig at hun ikke var interessert i å snakke om dette lengre. Da opplevdes det viktig for terapeuten å oppfatte dette signalet, og snu tema over på noe annet slik at Lise opplevde at hennes signaler ble respondert på. Lise avbrøt ingen dialoger med dette ordet resten av timen. Kanskje kunne dette gjøre det enklere for henne å åpne seg på et senere tidspunkt?

I løpet av de første timene hadde Lise med jevne mellomrom også gitt uttrykk for en del destruktive tendenser. Tidligere hadde foreldrene nevnt at søsteren hennes hadde en omtrent fobisk reaksjon på alle temaer som omfattet blod og at hun noen ganger kunne plage søsteren sin med utsagn som inneholdt ordet «blod». Moren hadde også gitt uttrykk for at heller ikke hun var særlig god på å håndtere temaer som innebar blod. Det var vår forståelse at dette kunne være uttrykk for noe som Lise kjente på uten at dette ble møtt på noen god måte i relasjonene hun hadde hjemme.

Det var vanskelig å vite hva fascinasjonen for blod var et uttrykk for, men det opplevdes viktig å møte Lise med en undrende fremtoning som oppfordret til utforskning. Det var vår oppfatning at hun antageligvis fikk lite muligheter til å spille ut forskjellige scenarioer som omhandlet denne typen tematikk i sine relasjoner hjemme. Det var også usikkert om Lise selv hadde noe bevisst forhold til hennes fascinasjon for blod. Siden dette var uttrykk som

virket å være «forbudt» til en viss grad hjemme, er det mulig at Lise hadde vansker med å forstå dette selv. Terapeuten tillot leken, viste henne at han tålte det hun kom med og deltok i den sammen med henne på en måte som ga Lise muligheten til å utbrodere fremfor å begrense seg. Terapeuten anså det som viktig at Lise fikk uttrykke seg helt fritt i disse innledende undersøkende timene.

I den siste av de tre klinisk-psykologisk undersøkelsestimene hadde Lise med seg et kosedyr til timen. Dette var en ugle som Lise presenterte som å hete Stjerne. Lise var veldig glad i Stjerne. Stjerne hadde lys glitrende pels og dype, mørke øyne. Det som var spesielt med dette kosedyret var at Lise etter hvert begynte å kommunisere gjennom denne uglen ved å imitere forskjellige mentale tilstander hos den når hun selv kjente på forskjellige følelser. Dersom et tema Lise ikke var komfortabel med kom opp, gjemte Lise unna Stjerne for å kommunisere til terapeuten at hun ikke ønsket å snakke om dette. Andre ganger kunne hun med en tilgjort stemme snakke *for* Stjerne. Når det ikke var Lise som snakket, men Stjerne, virket det enklere for Lise å snakke om hvordan hun hadde det selv også. Stjerne kunne også være svært selvhevdende og si fra til terapeuten på tydelige måter dersom Lise mente han hadde bommet med noe, eller gjort noe galt. Observasjonene som ble gjort i denne sammenhengen, gjorde at terapeuten ønsket å få innlemmet Stjerne i terapien også videre. Kanskje kunne Stjerne hjelpe Lise med å uttrykke de emosjonene hun selv hadde så vanskelig for å uttrykke?

Terapifokus

Terapifokuset i TIB skal gi mening for barnet, og gjenspeile de utfordringene barnet viser gjennom de tre innledende timene kalt den klinisk-psykologiske undersøkelsen (Johns & Svendsen, 2015). For å bidra til at barnet får et eierskapsforhold til sin egen terapi, er det viktig at fokuset formuleres ut fra barnets perspektiv og språk, og da gjerne som en metafor (Johns & Svendsen, 2015).

Vi så en jente med vansker for å uttrykke egne følelser og behov. Utviklingsmessig så det ut til at hun trengte støtte til å bli mer tydelig både for seg selv og andre. Med utgangspunkt i dette utformet vi følgende terapifokus: «*Her skal vi sammen gå på oppdagelsesferd i din verden*», og dette skulle symbolisere et mål om å bli bedre kjent med hennes egne følelser og behov. Fokuset ble presentert for både Lise og foreldrene på en felles fokussamtale. Det ble presisert at en sånn oppdagelsesferd kunne være utfordrende å gjennomføre alene og at terapeuten gjerne ønsket å få være med og hjelpe henne på veien. På grunn av det Lise hadde vist når hun hadde hatt med seg Stjerne i den forrige timen, ønsket terapeuten også, med Lises tillatelse naturligvis, å invitere Stjerne med på denne oppdagelsesferden. Terapeuten sa at det virket som om Stjerne var en som kjente Lise godt, og tematiserte at ugler var svært kloke dyr som kunne være gode å ha med seg på en slik ferd. Lise sa at dette hørtes gøy ut, og det virket som om fokuset ga mening for henne.

Til foreldrene ble det informert om at det ville være viktig for de å støtte Lise på denne oppdagelsesferden, og at også foreldretimene ville ta utgangspunkt i dette fokuset. Det ble tematisert at det kunne være fint å ha med seg foreldrene sine på slike ferder når man er liten, men at man gradvis som man blir eldre kunne trenge mer og mer rom til å gjøre seg erfaringer på egen hånd også. Foreldrene støttet fokuset, og formidlet at de syntes det ga mening både for Lise og dem.

Den innledende fasen

«Tåler du meg?»

Med utgangspunkt i terapifokuset ønsket terapeuten å utforske hvem Lise identifiserte seg selv med. Det var vår oppfatning at hun identifiserte seg svært nært med sin mor, men vi var mer usikker på hvilke andre personer i livet sitt hun synes hun var lik. Under observasjoner av samspill mellom Lise og hennes far, kombinert med informasjon fra foreldrene selv, virket det som om deres samspill var mer adekvat enn samspillet mellom Lise og mor. I det som følger satt terapeuten og Lise sammen i sandkassen og laget figurer av sanden. Terapeuten ønsket å utforske Lise sin versjon av sitt forhold til sin far.

Terapeut: «Husker du at vi snakket om at vi skulle gå på oppdagelsesferd i ditt rike her?»

Lise: «Mhm»

Terapeut: «Jeg tenker at det også kan handle om å finne ut hvem man er lik, og hvem man er ulik også. Og da tenkte jeg litt på faren din. Synes du at du er lik ham?»

Lise: «Ikke så veldig... men vi snakker da hvertfall norsk!»

Terapeuten synes det var en morsom kommentar å komme med, og han begynte å flire litt. Han prøvde seg så med å si at både Lise og hennes far hadde god sans for humor.

Lise: «Men søsteren min har svart humor»

Terapeut: «Har hun svart humor? Hva er det?»

Lise: «Det er sånn at hun tuller med sånne ting som at jeg skal dø, eller at hun skal rive ned huset mitt eller at jeg skal i fengsel.»

Terapeut: «Åja, så hun tuller med skumle ting hun da?»

Lise: «Svart humor!».

Terapeut: «Synes du svart humor er morsomt da?»

Lise: «Ikke så veldig... noen ganger sier hun at jeg ikke er et medlem av familien...»

Måten Lise sa den siste setningen på vitnet om at hun syntes det var et ubehagelig tema for henne. Hun flirte nervøst mens de snakket om dette. Terapeuten opplevde det som viktig å vise henne at han tok dette på alvor til tross for at hun flirte mens hun snakket om det.

Terapeut: «Hmm... det hørtes trist ut synes jeg. Jeg tror jeg hadde blitt litt lei meg hvis noen hadde sagt noe sånn til meg...»

Lise ble svært stille. Terapeuten ønsket å gi henne tid til å respondere på utsagnet. Så han ventet, og ventet. Lise sa likevel ingenting. Til slutt bestemte han seg for å spørre henne. Ble hun også lei seg når søsteren sa sånne ting til henne?

Lise: «Litt... og noen ganger tuller hun altfor mye... da begynner jeg å gråte...»

Terapeut: «Ja... og vet du, det forstår jeg veldig godt.»

Etter dette fulgte litt stillhet, før Lise tydelig skiftet tema ved å begynne å snakke om hva hun nå laget i sandkassen.

Etter en liten stund hentet Lise frem Stjerne som hadde stått i hjørnet av sandkassen frem til nå. Med liten forvarsel så hun terapeuten i øynene før hun kastet Stjerne mot ham mens hun bestemt sa: «Ta imot». «Oi», sa terapeuten. Hun posisjonerte seg så på en måte som tilsa at hun ønsket at han skulle kaste den tilbake til henne, og dette innledet en sekvens hvor de kastet Stjerne frem og tilbake til hverandre mens de satt på gulvet. Lise begynte tidlig å kaste Stjerne ganske hardt mot terapeuten og han undret seg over hva dette kunne være et uttrykk for. Etter hvert tenkte han at dette kunne være en måte for Lise å teste ut terapeuten på. Tidligere i timen hadde de akkurat gått gjennom en sekvens hvor Lise fikk en erfaring med å stå i en følelse uten at hun unnvek den på samme måte som tidligere. Stjerne hadde også i tidligere timer vært den kanalen som Lise hadde benyttet seg av når hun skulle uttrykke forskjellige forhold hun synes var vanskelig å uttrykke på egen hånd. For hver gang Lise kastet Stjerne til terapeuten valgte hun stadig nye måter å kaste henne på som var vanskeligere og vanskeligere å ta imot. Med kroppsspråket sitt virket hun ganske bestemt og fokusert, men hun sa ikke stort under sekvensen. Terapeuten måtte konsentrere seg skikkelig for å ta imot kastene hennes. Etter et kast hvor det ikke så ut til at terapeuten skulle klare å ta imot i Stjerne, flirte Lise på en måte som kunne oppfattes som hånlig. Terapeuten klarte imidlertid akkurat å «berge» Stjerne fra å falle i gulvet likevel. Da holdt han godt rundt Stjerne, så på Lise og sa:

Terapeut: «Jeg skal fremdeles klare å ta imot henne.»

Der Lise virket å være ganske bestemt i kroppsråket sitt først, nesten sint, opplevde terapeuten at hun ble roligere, mer fleksibel i uttrykket sitt og at hun slappet bedre av etter denne sekvensen.

Psykologfaglige betraktninger

Sekvensen hvor Lise ikke ønsket å svare på terapeutens spørsmål om hun følte seg trist når søsteren plaget henne, opplevdes som svært skjør. Balansen mellom å nærme seg temaet på en måte som ikke ble for direkte for Lise, samtidig som det kunne deles, opplevdes til tider vanskelig for terapeuten. I denne sekvensen tolket han det imidlertid som at hun tolererte følelsen bedre enn hun hadde gjort i tidligere timer. Tidligere hadde dette vært en typisk episode hvor hun vanligvis ville avledet fokuset med å nevne ordet «sopp». I stedet satt hun nå helt stille uten å si noen ting, før hun til slutt åpnet seg mer for terapeuten når han spurte henne direkte om dette også gjaldt for henne. Kanskje hadde Lise større toleranse nå, og kanskje hadde terapeuten lært seg Lise bedre å kjenne. Når Lise etter hvert skiftet temaet, opplevdes det viktig for terapeuten å respektere hennes uttrykk om at nok var nok. For å hjelpe hennes selvutvikling var det helt sentralt å gi henne erfaringer med at hun selv kunne påvirke miljøet rundt seg gjennom å sende tydelige signaler som ble oppfattet av den andre.

Episoden hvor Stjerne ble kastet frem og tilbake virket viktig, både fordi hun tidligere i denne timen hadde åpnet seg for terapeuten på en tydeligere måte enn hun hadde gjort før, men også fordi dette virket å igangsette et ønske om å finne ut hvor mye han *egentlig* tålte. Denne gangen ble det løst på en god måte. I terapien representerte Stjerne på mange måter de sidene ved Lise som hun selv synes var vanskelige å forholde seg til. Det var vår oppfatning at Lise antageligvis ikke hadde noen lignende relasjoner hjemme som hun kunne utfordre på denne måten. Lises samspill med mor virket styrt av en drivkraft som for det meste opprettholdt nærhet og omsorg til hverandre, men med lite plass til selvhevdelse og autonomi. Gjennom å kaste Stjerne til terapeuten på vanskelige måter, virket det som om hun symbolsk sett kastet sine vanskelige sider mot ham og gjennom dette, testet ut terapeuten. Kunne hun stole på ham? Kunne *han* tåle henne?

Mellomfasen

En masete mammahest og et slitent føll

Lise virket å øke sin emosjonelle deling i de intersubjektive samspillene med terapeuten etter hvert som de hadde flere timer sammen. I en time ønsket Lise å leke i sandkassen igjen. Denne gangen lå det noen figurer av hester og andre dyr i sandkassen. Lise begynte raskt å fokusere på hestene, og terapeuten ble med i leken. Hun forklarte for terapeuten at den ene hesten skulle være et føll, mens den andre hesten skulle være moren. Hun tok selv rollen som føllet og bevegde rundt på denne i sandkassen. Terapeuten begynte så å styre mammahesten, og tok seg selv i å følge etter Lises bevegelser med føllet. Moren fulgte etter føllet. Det virket likevel som om føllet hadde ønsket litt mer avstand fra moren sin. Terapeuten ønsket å utforske hvordan føllet ville reagere på en bekymret mor. Mammahesten maste derfor mye på føllet, og sa ofte at hun måtte komme tilbake til moren fordi hun var så redd for føllet sitt. Lise, tydelig opprørt over maset, begravde så føllet under sanden. Moren ble da veldig lei seg, og da løftet Lise føllet opp igjen før hun tok tak i mammahesten og begravde moren under sanden i stedet. Hun viste terapeuten med klare og tydelige bevegelser hvor lei hun var av moren som maste og maste, og hvor godt det var når hun var begravd. Hun var svært konsentrert under hele sekvensen. Terapeuten kommenterte og benevnet handlingene hennes underveis. I det moren ble begravd ble det stille. Etter en stund hvor de satt og så på sandkassen sammen nevnte han for Lise at det måtte være slitsomt for føllet å ha en så masete mor. Lise bekreftet forsiktig med: «Mhm...».

Etter mammahesten var begravd begynte Lise å lage et ansikt i sanden. Hun tegnet på et stort smil og en enkelt tann i dette smilet noe som ga ansiktet et barnlig preg. Dette var første gangen at Lise hadde laget eller tegnet noe i terapien som virket å uttrykke utelukkende positiv affekt, uten noen innslag av destruktivitet eller vold. Lise virket nå svært rolig og tilfreds. Hun og terapeuten delte så en stille stund hvor de begge så på det smilende barneansiktet.

«Ja men... Jeg ER jo gal...»

I en av de første timene med Lise hadde det oppstått en episode hvor Lise så på terapeuten, krysset øynene sine og sa: «Jeg er gal!». Dette kom helt plutselig under en sekvens hvor Lise satt og stakk Stjerne med en skru. Terapeuten utbrøt: «Oi! Hva gjorde du nå?». Som respons ga Lise likevel bare en latter, og fortsatte med stikkingen sin uten at hun ønsket å

svare han på spørsmålene rundt denne setningen. Det var vanskelig å få tak i hva som lå bak dette plutselige uttrykket. Terapeuten hadde forsøkt å ta det opp ved flere anledninger for å utforske dette nærmere. Responsen han gjerne fikk da var at Lise kunne se på ham, og med den største selvfølgelighet, erklære: «Ja men... jeg ER jo gal...». Dette ble gjerne akkompagnert av mye latter fra Lises side, og det opplevdes viktig å utforske.

Et annet tema som hadde kommet opp en del ganger var at hun ikke følte seg som en typisk jente. Det ble tidlig tydelig at Lise hadde flere interesser som kanskje oftest ble sett hos gutter. Hun forklarte at hun var svært glad i action, noe som var tydelig gjennom hennes engasjement på karate, og at hun likte voldelige og krigsfokuserte actionfilmer. Hun hadde også sagt at når hun var på ridning, var det ingen av de andre jentene som turte å ri på den hesten som hun brukte å ri på. Med terapifokuset i bakhodet forsøkte terapeuten derfor stadig vekk å få fatt på hva det var som identifiserte *Lise* aller best, og tematisere skillet mellom henne og andre. Kanskje var dette en årsak til at hun iblant kunne føle seg gal? Terapeuten forsøkte å utforske dette, men fikk lite napp her. Lise ga ham verken svar av sterk eller lav affektiv grad, og virket ikke å bry seg så mye om dette i forhold til at hun kunne føle seg gal eller ikke.

Ved en senere anledning hadde Lise likevel bekreftet at hun iblant kunne synes at moren hennes dullet altfor mye med henne. Terapeuten ønsket derfor å undersøke om følelsen av å være gal kunne være knyttet opp mot en opplevelse av manglende muligheter for å utfolde og uttrykke seg selv i sine relasjoner hjemme. I den følgende sekvensen sitter terapeuten og Lise og maler, mens de frem til dette har hatt fokus på det de har malt.

Terapeut: «Husker du den gangen vi lekte med to hester i sandkassen?»

Lise: «De døde!»

Terapeut: «De døde ja... og der var det litt sånn at Mammahesten fulgte så mye etter føllet at føllet bare ville begrave mammahesten?»

*Lise: *Flirer* «Ja!»*

Terapeut: «Og det forstår jeg veldig godt. For noen ganger tror jeg det kan føles litt som om man blir litt gal når noen duller eller maser for masse på en...»

Lise ble helt stille. Hun fortsetter å male, men gir tydelig ingen respons på det terapeuten sa.

Terapeut: «Jeg husker at du tidligere har sagt at Mamma duller for mye med deg også. Kanskje du også føler at du blir gal da?»

Lise: «Ja...».

Etter at hun bekreftet dette, skiftet Lise raskt fokus tilbake til malingen.

Psykologfaglige betraktninger

Det virket tydelig for terapeuten at leksekvensen med moren og føllet symboliserte noe viktig for Lise. Parallellene mellom hesten og føllets samspill og Lises samspill med sin egen mor, var slående. Både føllet og Lise virket å ha et behov for å være i fred, men begge hadde en masete mor som omtrent hang over dem. Der Lise virket å være «fanget» i dette samspillet uten å besitte noen klar måte å si ifra om dette behovet på, tillot lekens natur føllet å gjøre noe med det problematiske samspillet. Da gjorde hun det til gjengjeld på en svært tydelig måte. Ved å begrave føllet. Når det ikke fikk moren til å roe seg, begravde hun moren. Begge strategier virket å tjene den hensikt at føllet forsøkte å slippe unna morens mas og klenging. Sekvensen i etterkant hvor Lise tegnet det smilende barneansiktet, og den roen hun utlyste etter dette ga terapeuten inntrykk av at det føltes godt for henne å få være tydelig og å sette grenser. På denne måten kunne det plagsomme samspillet ta slutt. Lise virket litt sliten etter denne timen. Terapeuten satt igjen med en opplevelse av at de hadde tatt et steg videre i arbeidet med å gå på oppdagelsesferd i hennes verden, hvor de på denne dagen fikk utforsket at hun kunne klare å si ifra når nok var nok dersom hun fikk redskapene hun trengte for å uttrykke seg.

Da Lise responderte på terapeutens forsøk på å utforske hva hun la i å «være gal», var dette på et ganske direkte spørsmål. Det virket som om det ble litt angstvekkende for Lise, noe som førte til at hun raskt ville skifte fokus. Det opplevdes likevel viktig å forsøke å forstå hvor uttrykkene om at hun var gal kom fra. Det er mulig at hun ikke hadde noe bevisst forhold til hva det var som gjorde at hun kunne føle seg sånn selv heller. Da var det viktig å forsøke å sette dette i en sammenheng, som kunne underbygge at hennes egne reaksjoner ble forståelige og tydelige for henne selv.

Tidligere hadde Lise ofte tatt i bruk Stjerne på forskjellige måter når slike temaer ble for tøffe for Lise å snakke om selv. Det som var spesielt med denne timen var at selv om Stjerne var med, ble hun ikke brukt på samme måte som tidligere. Først mot slutten påpekte terapeuten at i denne timen hadde Stjerne bare sett på dem, og ikke involvert seg en eneste gang. Det virket som om Lise hadde glemt at Stjerne var til stede. Dette kan ha vært et uttrykk for at Stjernes støttfunksjon i terapien ikke lengre var like nødvendig. Det virket som om

Lise hadde utviklet en større toleranse for de vanskelige temaene nå. Resten av timen gikk med til å male forskjellige figurer. Lise forklarte ivrig for terapeuten hvordan de samme malingene kunne se ut som forskjellige ting, og påpekte paralleller mellom forskjellige objekter som ble malt. Det var tydelig at Lise fikk utfoldet seg kreativt gjennom malingen, og hun fikk erfaring i å observere de samme forhold fra alternative perspektiver. På tilsvarende måte var det viktig å legge til rette for at også Lise og mor kunne finne alternative måter å være sammen på.

Den avsluttende fasen

«Ja, men det har jeg jo sagt til deg før!»

Mot slutten av terapiforløpet observerte vi en endring i Lises måte å forholde seg til terapeuten på. I begynnelsen hadde vi sett en jente som var svært forsiktig, og terapeuten kunne ofte få opplevelsen av at hun ikke alltid var like genuin i sine uttrykk overfor ham. Hun brukte ofte smil, latter og ordet «sopp» som distraktør og avledning dersom vi kom inn på temaer hun var ukomfortabel med å snakke om. Det som ofte gikk igjen var en generell unngåelse av å vedstå seg vanskelige følelser, kombinert med dårlige strategier for å uttrykke seg selv. Mot slutten av terapiforløpet hadde Lise begynt å si tydelig ifra til terapeuten på en helt annen måte enn tidligere. Det virket som om hun nå syntes det var viktig å gi tydelige beskjeder til terapeuten, slik at hun fikk formidlet det som foregikk i henne. I en av de siste individualtimene nevnte Lise at hun hadde drukket kaffe den morgenen. Det skulle vise seg at hun også ved en tidligere anledning hadde nevnt for terapeuten at hun likte kaffe, uten at han husket dette på stående fot der og da. Når han så uttrykte sin overraskelse over at en jente på ni år drakk kaffe til frokost, så hun bestemt på han og sa:

Lise: «Ja, men det har jeg jo sagt til deg før! Husker du ikke??»

En gråtende Stjerne

Gjennom hele terapiforløpet hadde vi tatt utgangspunkt i en kalender hvor Lise hadde fått tegnet inn noe fra hver time som hadde vært betydningsfullt for henne. I de fleste rutene hadde hun tegnet aktiviteter som vi gjorde i de forskjellige timene, eller kosedyret Stjerne som ga uttrykk for forskjellige følelsesmessige tilstander tilknyttet den timen. Noen ganger hadde Stjerne en kniv med blod på, andre ganger kunne hun være hoppende glad. I siste individualtime tegnet likevel Lise en Stjerne med et forskjellig affektivt uttrykk enn hva hun tidligere hadde hatt. I den siste ruten av kalenderen stod Stjerne alene med en sort drakt på seg, og gråt. Det virket som om Stjerne sørget over noe i det denne timen skulle avsluttes. Terapeuten ønsket å undersøke hva som kunne ligge bak dette:

Terapeut: «Se der ja... I dag gråter Stjerne... Hvorfor gråter hun da, mon tro?»

*Lise:... *Stillhet**

Terapeut: Kanskje Stjerne er lei seg for at dette er den siste timen vi har sammen?

*Lise: *tar en pause før hun svarer* «Ja...»*

Terapeuten begynte så å oppsummere terapiforløpet de hadde hatt sammen med fokus på alt de hadde funnet ut om Lise på oppdagelsesferden deres. Terapeuten understreket at det hadde vært svært spennende å få bli kjent med både henne og Stjerne. Han sier så at kanskje Lise også synes det er trist at dette er siste time, og Lise bekreftet dette: «Ja... Det er dumt!». Resten av timen bar preg av at Lise ikke ønsket å avslutte, og siden dette var den siste timen de hadde sammen, opplevde terapeuten det som forsvarlig å la henne få litt mer tid enn en vanlig time. Hun brukte tiden til å vise ham et trylletriks hun hadde lært seg på skolen, og hun ønsket å lære ham dette. Da de likevel måtte avslutte, aksepterte hun dette på en rolig måte, og de avtalte å møtes til en siste oppsummeringstime med foreldrene hennes en uke senere.

«Mamma – du duller for mye med meg»

I TIB skal den siste timen i terapiforløpet være en felles avslutningstime, hvor både terapeuten og foreldreterapeuten møter barnet og foreldrene sammen. Hensikten med denne timen er at alle skal kunne være med og dele erfaringer om hvordan prosessen har vært, samtidig som foreldreterapeuten kan forklare for barnet hva foreldrene har jobbet med.

Tilbakemeldingene fra foreldrene gikk på at de synes Lise hadde blitt mer selvstendig gjennom denne prosessen. De sa også at de hadde fått sett mer av hennes kreative sider den siste tiden, og at hun virket å ha det bedre nå. Far konkretiserte med å si at hun i langt større grad sa ifra overfor sin søster når hun opplevde henne som plagsom, og at hun hadde blitt tydeligere for dem med henhold til hvordan hun hadde det.

Foreldreterapeuten fortalte så til Lise hva foreldrene hadde jobbet med under terapiforløpet, og la vekt på at moren hadde jobbet mye med å skulle bli mindre invaderende i Lises liv, og å la henne få holde på mer for seg selv. Lise virket svært interessert i å få høre om foreldrenes oppgaver. Mens Lise satt sammen med mor i sofaen bekreftet hun så at hun synes at moren duller altfor mye med henne. Foreldreterapeuten validerte Lises følelser og fortsatte med å si at det ikke er meningen at mor skal slutte å dulle med Lise helt, men at hun heller skal gjøre det når Lise også har lyst. Foreldreterapeuten spurte så Lise om hun hadde merket noen endring i om mor hadde duller mindre med henne den siste tiden, og da sa hun at hun hadde merket det før, men at hun den siste uken hadde gjort det like mye igjen. Lise var nå tydelig i sitt uttrykk om at hun var lei av dette, og mor registrerte hva hennes datter fortalte til henne på en oppmerksom og konsentrert måte. Lise snudde seg så til faren sin: «Og hva har du gjort da??» kom det autoritært fra Lise. Det virket tydelig for alle i rommet at Lise hadde

fått trening i å uttrykke seg tydeligere. Faren forklarte at han hadde jobbet med å få mer tid til å være sammen med familien. Det hadde Lise merket.

I timen satt Lise i en sofa mellom foreldrene. Hun satt svært rolig gjennom timen og fortalte foreldrene sine om terapien på en uanstrengt måte med et friere kroppspråk enn vi tidligere hadde sett fra Lise. Tidligere hadde også Lise benyttet seg mye av en tilgjort stemme når hun skulle snakke med foreldrene om dette, mens hun nå snakket på en mer naturlig måte. Det virket som om Lise i større grad nå tålte å ha fokuset på seg selv, og å ta sin plass i rommet. Samspillet mellom Lise og mor virket også mer adekvat nå enn tidligere, og mor sa selv at hun nå var bedre på å skille mellom sine egne og Lises behov.

Da timen ble avsluttet, gikk foreldrene for å hente jakkene sine. Terapeuten bøyde seg ned fremfor Lise slik at de sto ansikt til ansikt. Terapeuten fortalte Lise nok en gang at han syntes det hadde vært spennende å få bli kjent med henne, og å gå på oppdagelsesferd sammen. Dette var den siste timen de hadde sammen, og Lise ble litt forknytt når han nevnte dette. Denne avskjeden virket vanskelig for Lise. Hun holdt opp Stjerne foran ansiktet sitt, godt og fast. Hun førte så Stjerne bort til terapeutens kinn, som for å gi ham en klem. Da faren så dette, så han på Lise og spurte henne om ikke Lise også ville gjøre det. Da la Lise fra seg Stjerne og ga terapeuten en god klem.

Psykologfaglige betraktninger

Det var tydelig at Lise kjente på en irritasjon i øyeblikket hvor terapeuten hadde glemt at hun likte kaffe. Hun var oppgitt. Om dette var grunnet i at han faktisk ikke kom på at hun hadde nevnt at hun likte kaffe tidligere, eller om det var noe annet som lå bak, var vanskelig å vite. Det viktige var likevel at hun ga uttrykk for sine følelser på en klar og tydelig måte. Oppgittheten hennes kunne ikke misforstås. Her hadde terapeuten feilet i samspillet med henne og hun sa klart ifra om dette. Da var det viktig for terapeuten å forsøke å reparere bruddet som hadde oppstått mellom dem, hvor han beklaget glemselen sin og bekreftet Lises følelse av at han hadde feilet. De kunne da gå videre i samspillet. Det ga i det hele tatt terapeuten en opplevelse av en mer genuin måte å være sammen på når han hadde fått erfare at hun kunne si ifra om sine egne følelser på en tydelig måte. Det kan også tenkes at dette var en måte for Lise å skape fred med at dette var den siste timen på. Kanskje det var lettere å akseptere at de ikke skulle møtes mer dersom hun kunne uttrykke at terapeuten også kunne feile sammen med henne? Da hun så på ham, fikk terapeuten litt følelsen av at hun kommuniserte «Du er ikke så bra heller, tenk!». Det er mulig dette gjorde tanken på avslutningen lettere for henne, da det signaliserte at det ikke bare var terapeuten som hadde

hjulpet henne, men at det var *hun* som hadde utviklet seg. Sekvensen var også interessant på grunn av at det representerte et tydelig brudd i kommunikasjonen mellom dem, hvor terapeuten måtte reparere det som hadde oppstått. Dette var viktig for å vise Lise at hennes uttrykk blir respondert på og tatt på alvor. Hun har mulighet til å påvirke miljøet rundt seg. Spørsmålet som gjensto var likevel; Kunne hun være like tydelig ovenfor sin mor?

Det at Lise tegnet inn en gråtende stjerne i kalenderen ved avslutningstimen virket som et adekvat uttrykk for å signalisere overfor terapeuten at hun var trist for at terapien nå skulle avsluttes. På direkte spørsmål om hun selv også var trist for dette bekreftet hun det, noe som førte til at de kunne dele en emosjonell kommunikasjon hvor terapeuten kunne tone seg inn på hennes tristhet og møte henne på dette. Mot slutten av terapien kom det flere og flere tilfeller på lignende sekvenser hvor Lise klarte å uttrykke emosjoner selv, som hun tidligere enten hadde avvist eller måtte henvist til Stjerne for å uttrykke. Dette tydet på at Lise hadde utviklet en større evne til å tolerere sine egne følelser, noe som også gjør det enklere å uttrykke dem.

Episoden hvor Lise selv bekreftet overfor sin mor at hun var lei av dullingen hennes ble svært sterkt for moren. Moren hadde i omtrent alle samtaler med oss tidligere sagt til oss at hun visste at samspillet deres ikke var bra for Lises utvikling, men at hun var så avhengig av henne at hun ikke klarte å la være. Lise hadde likevel aldri sagt dette til moren selv. Denne sekvensen virket å underbygge inntrykket av at Lise hadde utviklet seg gjennom terapien. Basert på hvordan hun snakket til både sin mor og far, var det tydelig for alle i rommet at hun hadde fått erfaringer og trening i å uttrykke seg tydelig. Hun virket å like det også. Hun visste nå hva hun ønsket og ikke ønsket, og ikke minst, hun ga uttrykk for det. Når moren i tillegg hadde fått hjelp til å forstå Lises behov på en bedre måte, klarte hun å ta Lises tilbakemeldinger innover seg. Måten Lise tok avskjed med terapeuten på var også interessant fordi hun først benyttet seg av Stjerne for å kunne gi terapeuten en klem. Dette kunne indikere at Lise fremdeles kunne benytte seg av Stjerne for å uttrykke seg selv. Det som likevel var viktig i denne sekvensen var at faren hennes så dette, og oppfattet at det egentlig var Lises ønske som fikk uttrykk gjennom Stjerne. Da det ble påpekt, klarte Lise å legge fra seg Stjerne og gi terapeuten den klemmen hun ønsket seg.

Episodene skissert i denne siste oppsummeringstimen illustrerer hvordan både far og mor nå hadde en helt annen forståelse av jenta enn ved begynnelsen av terapien. Dette virket å gi dem et bedre utgangspunkt for å inngå i mer utviklingsstøttende samspill med hverandre også etter terapiens avslutning.

Foreldrearbeidet

Den innledende fasen

De parallelle timene med foreldrene syntes viktig for å få informasjon om Lises fungering samt å bidra til en økt intersubjektiv deling mellom foreldrene og barn. Det var helt sentralt for vår forståelse av Lise å få høre hvordan foreldrene beskrev Lises problemer. Fra første time hadde moren vært svært tydelig på at hun antok at hennes samspill med Lise ikke var bra for hennes utvikling. Morens behov for å ha Lise nær seg og dulle med henne, hadde medført at moren også hadde gitt Lise mange kosenavn som hun brukte om Lise. Det som ofte var felles for disse var at de gjerne refererte til hvordan Lise så ut, sånn som for eksempel at hun var søt eller vakker. Mens mor forsto at Lise hadde et behov for å være mer selvstendig og adskilt fra henne, var far mest opptatt av hvilke signaler disse kosenavnene ga til Lise. Far var bekymret for at dette kunne føre til at Lise utviklet et selvbilde som ville være for nært tilknyttet oppfatningen av sitt eget utseende. Vi oppfattet begge bekymringer som legitime, og ønsket å jobbe med dette.

De første foreldretimene ble brukt til å fokusere på foreldrenes forståelse av Lises vansker samt innhenting av anamnestisk informasjon. Da terapifokuset ble foreslått etter den klinisk-psykologiske undersøkelsen, ga begge foreldrene uttrykk for at dette var et fokus som ga god mening både for Lise og for deres egen del. Det var viktig å understreke at fokuset ikke bare skulle benyttes i terapien med Lise, men at også foreldretimene skulle veiledes av dette fokuset. For at foreldrene også skulle kunne gå på oppdagelsesferd i Lises verden og bli bedre kjent med henne, virket det i denne familien naturlig å fokusere på å bli kjent med hvordan Lise har det i relasjon med sine nærmeste. I en av de første foreldretimene presenterte derfor foreldreterapeuten modellen «Trygghetssirkelen» (Marvin et al., 2002). Trygghetssirkelen er en modell som tar utgangspunkt i barns behov både for nærhet og omsorg fra foreldre, men også deres utforsknings- og autonomibehov. Dette ble gjort som et forsøk på å skape en felles forståelse for Lises behov og vansker. Ut i fra foreldrenes beretninger om samspillet mellom Lise og mor, ble Lise forstått som å få for mye nærhet og omsorg i situasjoner det ikke var hennes behov, og for lite støtte til utforskning og selvstendighet i situasjoner hvor hun trengte det. Foreldrene hadde også fortalt om tilfeller hvor moren hadde blitt så overveldet av sitt eget ubehag når Lise hadde ytret ønsker om å engasjere seg i aktiviteter uten morens innblanding, at hun hadde blitt sint på Lise. Dette ble forstått som morens «Shark music» som fikk konsekvenser for hvilke uttrykk Lise opplevde å

være tillatt (Marvin et al., 2002). Foreldreterapeuten brukte god tid over flere timer på å forklare hvordan et slikt samspill kunne føre til at barn villeder foreldrene sine til å tro at det ikke behøver støtte til egen utforskning, men heller mer nærhet og omsorg. Dette oppstår på grunn av barns behov for å opprettholde en nær relasjon til sine foreldre (Bowlby, 1958; 1988).

Foreldrene hadde lenge undret seg over at Lise var så mye mer klengende enn for eksempel søstrene hennes og andre barn på hennes alder, og modellen ga derfor god mening for dem. Vi forstod klengingen til Lise som en strategi hun hadde utviklet for å opprettholde tilknytningsrelasjonen til sin mor. Hun ble sjelden møtt på uttrykk som signaliserte behov for selvstendighet. Derfor hadde hun begynt å forfalske sitt emosjonelle uttrykk til det som hun *ble* møtt på, nemlig behov for nærhet og omsorg. Med utgangspunkt i foreldrenes beretninger, tematiserte foreldreterapeuten at Lise imidlertid virket å få *for mye* nærhet fra sin mor i situasjoner hvor dette ikke var Lises behov, og at hun også trengte å få muligheten til å være mer selvstendig. Modellen virket å gi god mening for begge foreldrene og de kunne selv trekke frem flere eksempler hvor Lise ofte protesterte og klenget på mor i avskjedssituasjoner, noe hun nesten aldri gjorde med far. Dette ble forstått som at Lise kunne oppleve det som nødvendig å uttrykke seg på denne måten for å opprettholde en god relasjon til sin mor, mens dette ikke var nødvendig hos far. Mens begge foreldrene var enige i dette, ga moren uttrykk for at hun syntes det ville være en enorm utfordring å skulle rive seg mer løs fra Lise. Det var likevel liten tvil om at det ville være utviklingsstøttende for Lise dersom mor klarte å støtte henne mer på egen utforskning. Mors oppgave i timene med foreldreterapeuten ble derfor å øve seg på å bli bedre på dette med støtte og hjelp fra både foreldreterapeut og far.

Farens rolle i Lises utvikling var ganske annerledes fra morens. Samspillet mellom Lise og far virket mer adekvat, enn det mellom Lise og mor. Faren virket langt mer avslappet i forhold til å støtte Lises autonomi, og hadde ikke de samme vanskene med «Shark music» som moren hadde. Det som imidlertid ble sett på som et utfordring med far, var at han hadde en jobb som krevde at han reiste svært mye, i tillegg til å jobbe på kveldstid når han først var hjemme. Dette gjorde at det i praksis var mor som var mest hjemme hos Lise, og dette kan ha vært med på å forsterke effekten av det uheldige samspillet mellom Lise og moren. Vi forsto farens samspill med Lise som å være langt mer utviklingsstøttende for Lise, og farens arbeidstider og- rutiner ble derfor også et tema i foreldresamtalene. Mor ga også uttrykk for at hun selv ønsket at faren skulle bli mer involvert med barna, da hun følte det kunne bli mye på henne i perioder. Moren sa også at hun alltid følte på et sterkt savn når hun skulle adskilles fra Lise, og at dette ofte igangsatte tanker om forskjellige katastrofale scenarioer som kunne

innebære både kidnapping og diverse ulykker. Hun håndterte imidlertid dette bedre når far var til stede, da han ofte klarte å roe henne ned. Dette bidro til hennes ønske om at faren måtte være mer tilstede. Far var enig i dette selv, og han fikk derfor i oppgave å rydde tid til å være mer sammen med familien.

Mellomfasen

I foreldretimene utover terapiforløpet ga foreldrene generelt uttrykk for at de klarte å gjennomføre oppgavene sine rimelig bra. Far hadde klart å sette av kveldene til å være mer sammen med familien, og han hadde også tatt på seg mindre reising i forbindelse med jobben den siste tiden. For mor var det likevel tydelig at det var svært vanskelig å skulle bli bedre på å støtte Lises utforskningsbehov. Det kunne til tider oppleves som vanskelig for foreldreterapeuten å holde fokuset i timene på Lises utvikling, da morens egne vansker ofte ble et tema. Mor gikk imidlertid i terapi selv for å få hjelp med egne vansker, noe som ble ansett som å være helt sentralt for at hun også skulle håndtere å støtte Lise på en annen måte. Et viktig moment i det som gjorde det så vanskelig for mor å endre sin væremåte ovenfor Lise på, var Lises klenging og konstante uttrykk for nærhetsbehov. Når skulle moren skille mellom hva som var villedning fra Lises side, og når var det genuine behov? Foreldreterapeuten oppfordret ofte til egen refleksjon fra foreldrenes side, og det ble tematisert at Lises uttrykk for nærhet kunne være en måte for Lise å trøste mor på i de periodene mor hadde det vanskelig. Med tanke på hvor opptatt moren var av Lises velferd, var det lite sannsynlig at mor ikke ville oppfattet genuine ønsker om nærhet fra Lise. Det ble tematisert at det ikke var meningen at moren skulle slutte å respondere på dette helt, men at det var viktig å finne en balanse i hvordan hun møtte Lise. Moren ga uttrykk for at hun syntes «Trygghetssirkelen» ga god mening for henne, og at den hjalp henne med å konkretisere hva som var uheldig i samspillet deres og hvorfor. Hun forsto også hvordan bruken av kosenavn kunne være uheldig for Lise. Det var viktig for foreldreterapeuten å minne om balansen i dette. Det var ikke snakk om at moren skulle slutte å rose Lise, eller ikke bruke kosenavn i det hele tatt, men at hun kunne tone dette ned flere hakk. For å både bevisstgjøre moren på sin egen bruk av kosenavn og konkretisere hvordan hun kunne jobbe med dette, ble foreldreterapeuten og moren enige om at moren skulle begynne å notere ned de gangene hun brukte kosenavn til Lise, og å begrense dette betraktelig. Foreldreterapeuten understreket også betydningen av å i større grad kommentere på Lises mentale tilstand i forskjellige situasjoner, fremfor å trekke frem kvaliteter ved hennes utseende, noe begge foreldre var enige i.

Et annet tema som dukket opp i timene med foreldrene, var hvilken betydning det nonverbale språket har for vår kommunikasjon med barn. Det virket spesielt vanskelig for moren å kommunisere overbevisende at «dette går bra» i for eksempel avskjedssituasjoner med Lise. Det var en ting å si ordene, men vanskeligere å klare å formidle de på en tydelig måte. Det ble nevnt en episode hvor Lise skulle i bursdagsselskap til en venninne hvor moren ikke skulle være med. Da Lise da skulle dra hjemmefra, hadde mor blitt så overveldet av sitt eget ubehag at hun hadde blitt svært bestemt i toneleiet sitt under avskjeden.

Foreldreterapeuten tematiserte overfor foreldrene hvordan barn ofte bruker informasjon fra det trygge miljøet rundt seg for å gjøre mening ut av usikre situasjoner, også kalt sosial referering. Så motstridende signaler som dette kunne derfor oppleves som forvirrende for Lise, noe moren var helt klar over. Moren fikk derfor en praktisk oppgave i å jobbe med å i større grad inkludere kroppspråket sitt i kommunikasjonen med Lise for å formidle på en tydelig måte at avskjeder er trygge og naturlige deler av relasjoner det også.

For far sin del hadde oppgaven med å tilbringe mer tid med familien så langt gått ganske bra. Vi opplevde likevel at det ble svært mye fokus på det moren skulle jobbe med, og mindre fokus på hva annet faren også kunne jobbe med. I en time sa han selv at han forsto terapifokuset veldig godt, men at det hovedsakelig moren som jobbet mest med dette. Det virket som om faren hadde meldt seg litt ut av prosessen underveis. Når foreldreterapeuten utforsket dette nærmere, sa imidlertid far at han ønsket at han var bedre på å inkludere terapifokuset i hverdagen. Han sa at han opplevde at han var god på å lese situasjoner, og forstå dem ut i fra Lises perspektiv, men at han ofte kunne bli feig og ikke gjøre noe. I åpen refleksjon sammen med foreldreterapeuten sa far at han syntes det var vanskelig å skulle benevne og gjette på Lises mentale tilstander, da han opplevde dette som en konfronterende måte å forholde seg til sin datter på. Han nevnte spesielt at det var vanskelig for han å tone seg inn på Lise når hun var trist. Det kunne derfor virke som om Lise i sine relasjoner ble overveldet av tristhet hvis hun viste det til mor, mens hun ikke ble møtt på det av far. Betydningen av denne kontrasten ble også tematisert, og det virket som om faren ble mer bevisst på sine egne vansker i det emosjonelle samspillet med sin datter gjennom denne timen. Han ga uttrykk for at han så hvordan dette på sikt ville hjelpe Lise dersom han ble bedre på å hjelpe henne med å bli kjent med sine egne følelser.

Moren følte ofte at hun ikke klarte å være konsekvent nok med Lise. Hun beskrev en episode hvor Lise hadde misforstått en avtale de hadde gjort og gått feil veg hjem fra skolen. Dette førte til at moren ble svært engstelig da hun ikke fant henne, og ga henne husarrest som straff da de møttes. Moren klarte likevel ikke å opprettholde straffen, og hun beskrev dette

som typisk henne selv om hun visste at det var viktig for barn med tydelige voksne for at de selv skulle bli trygg. Mor fortalte at det som stoppet henne fra å være konsekvent var at hun fikk aktivert en tanke som sa: «Stakkar Lise», og at hun da ikke klarer å si nei til henne. På spørsmål om hvorfor det var synd i Lise, svarte hun at det var fordi Lise hadde en så dårlig mor. Foreldreterapeuten fortsatte å utforske hva moren la i dette, og det viste seg at moren hadde et ganske urealistisk bilde av hva det var som utgjorde en god mor, som de fleste ville slitt med å oppnå. Foreldreterapeuten tematiserte forskjellen mellom det å skulle være perfekt og det å være en *god nok* mor, og sammen reflekterte de høyt rundt hvilke egenskaper som moren syntes var viktige for å være en god mor. Moren nevnte kvalitetene trygghet, omsorg og tydelighet. De ble enige om at hun var mer enn god nok på omsorg, og at hun nå var på veg til å bli bedre både på trygghet og tydelighet. I tillegg satte foreldreterapeuten fokus på betydningen av selvomsorg for å kunne fungere godt som forelder. Mor fortalte om store utfordringer i forhold til dette, og at hun opplevde foreldrerollen som altoppslukende i livet sitt. Hun beskrev store vansker med å sette av tid til seg selv, uten å skulle virke for streng mot Lise. Foreldreterapeuten utfordret her moren litt på hvem sin følelse det var hun satt med når hun opplevde seg selv som for streng. Det ble tydelig at barna aldri hadde gitt uttrykk for at moren hadde vært for streng med dem, og hun ble derfor oppfordret til å øve på å sette tydeligere grenser for seg selv. De tre kvalitetene som moren selv hadde nevnt som definerende for en god forelder, var med på å veilede de kommende foreldretimenenes tematikk.

Avslutningsfasen

Ved terapiens avslutning oppsummerte foreldreterapeuten hva de hadde fokusert på i foreldrearbeidet. Foreldrene var enige i at de hadde opplevd prosessen som svært lærerik og givende, mens mor også syntes det til tider hadde vært veldig krevende. Faren ga uttrykk for at han hadde merket en bedring hos Lise på de områdene som de hadde opplevd som problematiske. Konkret nevnte han at hun hadde blitt flinkere på å si ifra til søsteren sin, sette grenser for seg selv og at hun nå i langt mindre grad gråt «uten grunn». Han fortalte også at han opplevde å ha blitt mer bevisst på hva han konkret kunne gjøre for å støtte Lises utvikling, og at han hadde blitt bedre kjent med hennes følelsesverden. Mor nevnte en episode som hadde skjedd nylig hvor moren skulle øve seg på å sette grenser for Lise. Moren hadde hatt besøk av en venninne og dermed bedt Lise om å leke med faren og søsteren sin, hvorpå Lise hadde begynt å gråte. Hun hadde så begrunnet gråten med at hun fikk vondt i en finger og i magen. Moren hadde da reagert med å kommentere overfor Lise at hun nå kanskje følte seg litt utenfor og ble lei seg på grunn av dette. Moren fortalte at hun opplevde at Lise roet

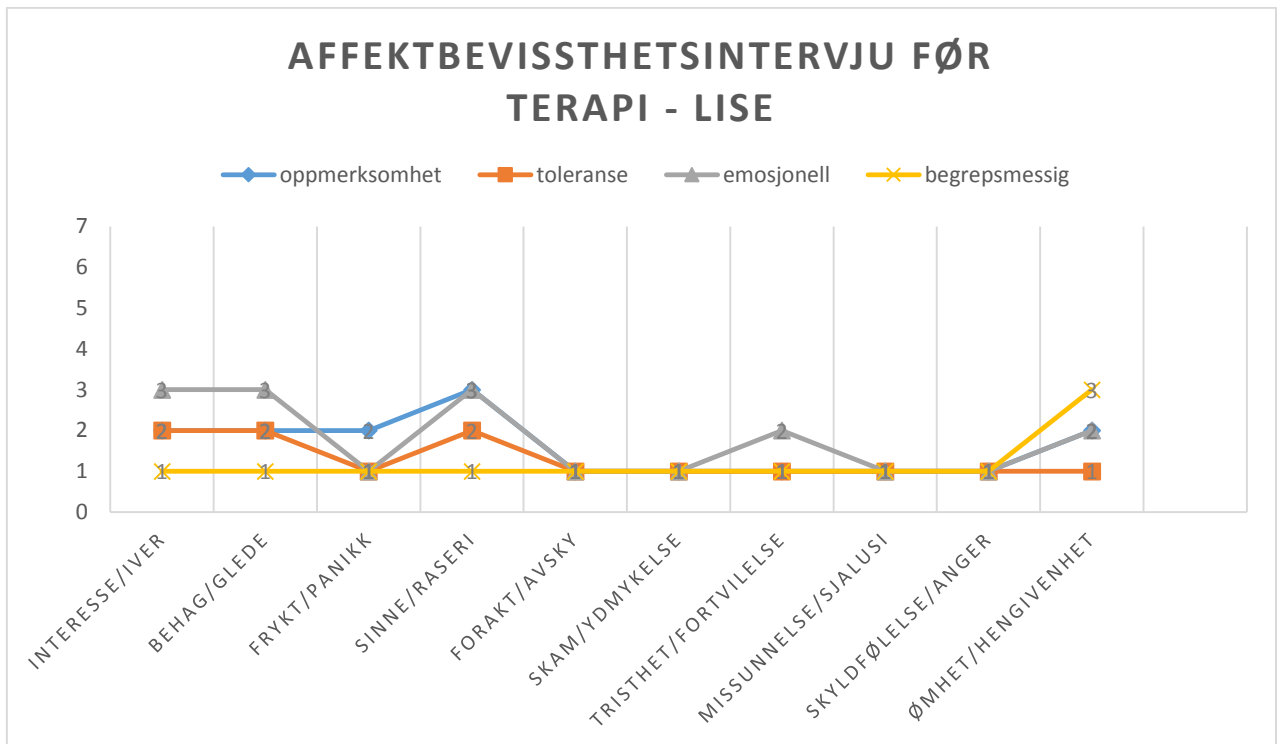
seg raskt etter dette. Hun nevnte også flere eksempler hvor moren i det siste hadde kommentert på Lises indre tilstander fremfor hennes ytre atferd, hvor hun opplevde at dette gjorde Lise godt.

Moren fortalte at hun opplevde å ha blitt flinkere til å sette grenser for Lise med tanke på egentid, og begrunnet dette blant annet med at hun hadde tilbrakt tid med venninnene uten barna den siste tiden, noe hun ikke hadde gjort på svært lang tid. Foreldreterapeuten tematiserte at det var viktig for Lises selvutvikling og emosjonsregulering å få erfaringer med å være sammen med andre enn bare moren.

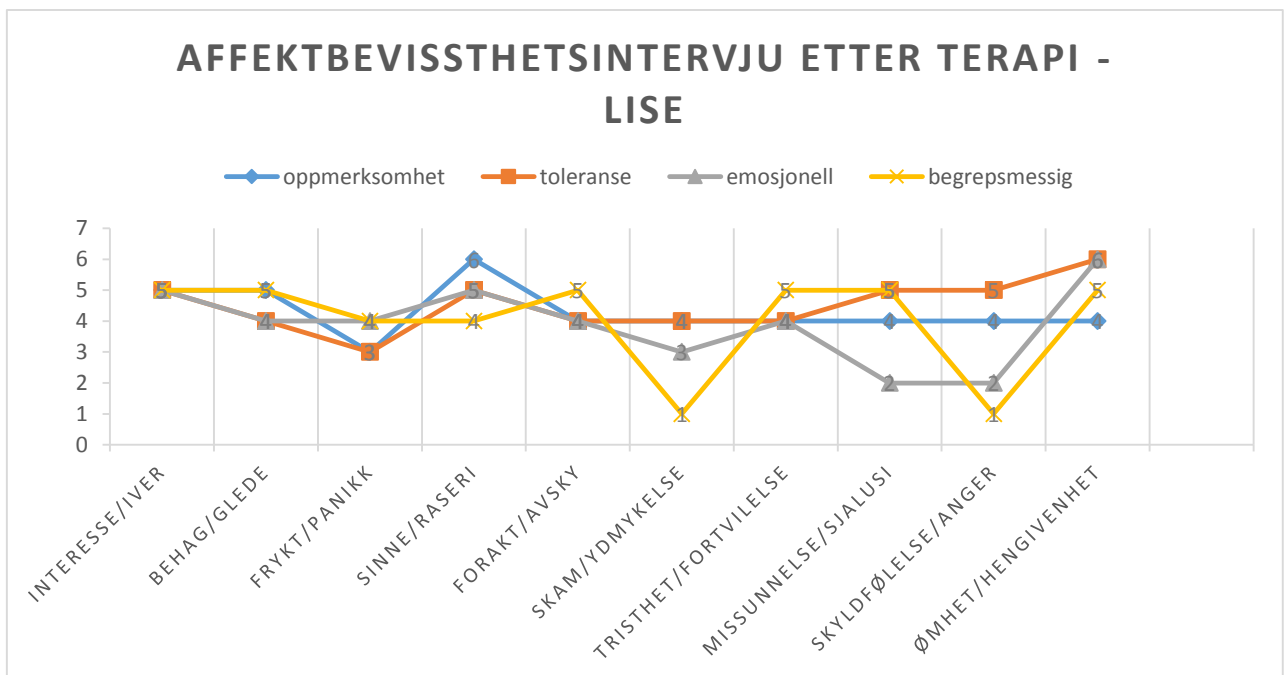
Samlet sett viste foreldrene økt refleksjon og forståelse for hvilken rolle de selv spilte med henhold til Lises problematikk. Mor ga uttrykk for økt bevissthet rundt hvilken rolle hennes egen angst spilte i samspillet med Lise, samt motivasjon til å endre det dysfunksjonelle samspillmønsteret. Ved gjensyn og avskjeder på venterommet før og etter timene observerte vi at moren i langt større grad forholdt seg til Lise på en aldersadekvat måte sammenlignet med før. Foreldrene virket også mer opptatt av hvilke indre tilstander som lå bak Lises atferd. Dette virket å klargjøre hennes egne tilstander for seg selv, noe som gjorde at samspillene fungerte på en tydeligere måte dem imellom. Når mor slapp Lise mer til samtidig som Lise fikk hjelp til å bli mer tydelig for seg selv og andre, observerte vi mot slutten av terapien en jente som i langt større grad kjente og forsto emosjonelle tilstander og behov.

Affektbevissthetsintervju

Skårene på affektbevissthetsintervjuet rangeres fra 0 til 9. En person med god affektbevissthet vil som regel ha jevnt over høye skårer på intervjuet (Taarvig et al., 2015). En voksen person med god affektbevissthet kan ligge rundt 7 til 9 på flere av dimensjonene, mens barn ligger naturlig lavere enn voksne siden de fremdeles er i utvikling. Resultatene på affektbevissthetsintervjuene gjennomført med Lise før og etter terapien er presentert i figur 4 og 5.



Figur 4. Affektbevissthetsintervju med Lise før oppstart av terapi.



Figur 5. Affektbevissthetsintervju med Lise etter fullført terapi.

Lises resultater på affektbevissthetsintervjuet *før* terapiens oppstart viste et mønster som karakteriseres av lave skårer på de fleste områder. Det som var mest iøynefallende var likevel den konsistent lave skåren for *begrepsmessig* uttrykk for egne emosjoner. Her lå alle skårene unntatt én på 1-tallet. Der hun likevel var litt bedre på dette, var på følelsen ømhet/hengivenhet. Hennes *emosjonelle* uttrykk hadde litt høyere skårer og da spesielt innenfor de positive affektene som interesse/iver og behag/glede, men også sinne/raseri som alle kom opp på tre-tallet. Det virket generelt som om Lise hadde vansker med å kommunisere sine følelser til andre, og spesielt de negative følelsene. Et slikt mønster av hemmet uttrykk for negativ affekt er ofte vanlig for barn med internaliserende vansker (Zahn-Waxler et al, 2000). Lise viste også generelt en lav *toleranse* for de fleste affekter, og virket å ha lite *oppmerksomhet* rettet mot sitt eget følelsesliv.

Resultatene fra affektbevissthetsintervjuet som ble gjennomført *etter* terapien viste en rekke positive endringer. Disse inkluderte en økt toleranse for *alle* emosjoner, hvorav økningen var størst innenfor affektene interesse/iver, frykt/panikk, sinne/raseri, misunnelse/sjalousi, skyldfølelse/anger og ømhet/hengivenhet. På samme måte hadde Lise blitt mer oppmerksom på *alle* sine følelser, der emosjonene interesse/iver, glede/behag og ikke minst sinne/raseri hadde den største økningen. I tillegg hadde Lise også blitt bedre på å uttrykke seg, både emosjonelt og begrepsmessig gjennom terapiprosessen. Emosjonelt hadde hun særlig blitt tydeligere på å kommunisere at hun var redd, sint og når hun ønsket seg ømhet og hengivenhet. Begrepsmessig hadde hun også forbedret alle skårene sine, unntatt for følelsene skam/ydmykelse og skyldfølelse/anger.

Foreldrerapportering

CBCL

Child Behavior Check List (CBCL) består av en rekke spørreskjema hvor foreldrene oppgir informasjon vedrørende deres opplevelser av sitt barns atferd og psykiske helse (Achenbach & Rescorla, 2001). Basert på responsen fra foreldrene får vi skårer som blant annet indikerer alvorlighetsgraden av barnets internaliserende og eksterntaliserende vansker. Undersøkelsen gjennomføres både før og etter terapi for å gi oss et bilde av eventuelle endringer i barnets atferd og psykiske helse som følge av terapi.

Før terapien skåret mor Lise som å befinne seg i det kliniske området for internaliserende vansker. Subskåren angst var høyest, men også affektive problemer og somatiske vansker hadde verdier som lå på grensen til de kliniske nivåene. Etter terapien hadde både subskårene angst og affektive problemer hatt en betydelig bedring og Lise befant seg i normalområdet for jenter på hennes egen alder med henhold til disse dimensjonene. Subskåren for *somatiske* vansker hadde imidlertid gått litt opp, noe som gjorde at totalskåren for internaliserende vansker generelt «bare» hadde gått fra en klinisk skåre på 75 ned til en grenseklinisk skåre på 61.

Far rapporterte generelt lavere verdier enn mor, noe som stort sett ga Lise skårer i normalområdet både før og etter terapien. Den eneste dimensjonen faren skåret som å ikke være i normalområdet var kompetanseskåren for sosial fungering før terapi. Her oppga faren skårer som indikerte at Lise befant seg i det subkliniske området. Etter terapien rapporterte faren likevel at også denne skåren nå befant seg innenfor normalområdet for jenter på hennes alder.

Diskusjon

Lises utvikling i terapien kan forstås på flere forskjellige måter. Problemstillingen i denne oppgaven er: «På hvilke måter kan prosesser i terapien med Lise forklare økt selvagens, affektbevissthet og endringer i hennes transaksjonelle samspillsmønstre med sine foreldre?». I det følgende vil jeg diskutere terapiprosessen med utgangspunkt i disse 3 perspektivene.

Selvagens

Basert på de opplysningene vi fikk fra foreldrene ved inntakssamtalen virket det tydelig at Lises oppvekst hadde vært svært preget av morens psykiske sykdom. Det virket som om samspillet mellom Lise og moren først og fremst hadde tatt utgangspunkt i morens behov og følelser, og i langt mindre grad Lises behov. Dette hadde antageligvis gitt Lise manglende erfaringer av å bli bekreftet og forstått i sine subjektive opplevelser noe som er helt sentralt for barnets selvutvikling (Stern, 1985). Hun hadde ikke fått konsekvente opplevelser av at hun i tur og orden selv kunne påvirke og la seg påvirke i samspillet. Det virket som om transaksjonsmønsteret mellom mor og Lise gjorde at Lise fikk vansker med å definere seg selv adskilt fra moren, noe som kan ha ført til en manglende opplevelse av sammenheng og kontinuitet, i tillegg til tap av kontakt med egne følelser og kroppslige tilstander (Stern, 1985; Johns & Svendsen, 2012; Johns & Svendsen, 2015). Dette kan ha gitt Lises kjerneselv mangelfulle muligheter for utvikling. I terapien fikk Lise konsekvente erfaringer både med å kunne påvirke terapeuten samtidig som hennes emosjonelle uttrykk ble oppfattet og reagert på. Det er nettopp gjennom slike erfaringer at fornemmelsen av *agens* utvikles, som er helt grunnleggende for å oppleve seg som et individ med handlingsmuligheter (Stern, 1985; Johns & Svendsen, 2012). Gjennom terapien fikk Lise hjelp til å oppdage seg selv.

Ett viktig aspekt av terapien var at terapeuten tillot Lise å dele subjektive opplevelser, sammen med en emosjonelt regulerende og inntonet voksen. En grunnholdning som terapeuten hadde med seg gjennom hele behandlingsforløpet var å forsøke å tilby Lise en arena hvor hun kunne få plass til å vise frem seg selv. Dette gjenspeilet seg gjennom valget av terapifokuset «Å gå på oppdagelsesferd i Lises verden». Det syntes viktig for terapeuten å la Lise i så stor grad som mulig styre aktivitetene i timene, og å respondere på de ønskene hun kom med. I begynnelsen virket dette vanskelig for Lise og det virket viktig for terapeuten å forsøke å finne en inngangsport som kunne gi tilgang til Lises egne følelser og behov.

Innenfor TIB anses intersubjektive samspill som grunnleggende utviklingsfremmende for barnet. Det var derfor helt sentralt at terapeuten opprettholdt en undrende og nysgjerrig holdning til det som Lise brakte med seg til terapien. Lekens fasiliterende rolle i det intersubjektive spillet mellom Lise og terapeuten hadde derfor stor betydning. Både gjennom lek og dialog fikk Lise nye erfaringer med å uttrykke egne behov og ønsker, noe som i seg selv er gunstig for barns psykiske helse (Russ, 2004). Her fikk Lise gjentatte og ikke minst konsekvente erfaringer med emosjonell deling, turtaking, bekreftelse, trøst samt en utvidelse av sine interesser og ønsker sammen med en emosjonelt tilgjengelig, regulerende og responsiv terapeut. Intersubjektiviteten mellom terapeuten og Lise virket å være knyttet til økt affektiv utveksling og bevissthet hos Lise. Hun kunne tolerere større ubehag etter hvert som hun fikk erfaringer med at det kunne deles. I begynnelsen av terapien var Lise ganske tilbaketrukket og kom med få uttrykk som opplevdes å være genuine og som å komme fra henne. Når Stjerne ble en del av terapien kunne hun imidlertid uttrykke seg gjennom Stjerne. Vi forstod Stjerne som å representere en *del* av Lise, i den forstand at Lises manifestasjoner av forskjellige følelser, og da særlig de av negativt ladet affekt, bare fikk uttrykk gjennom dette kosedyret de første timene. Da Lise fikk oppleve at hennes behov og følelser ble møtt og reflektert over, forstørret, tatt på alvor og respondert på av terapeuten, ble de samme behovene og følelsene mer holdbare og tolererbare for Lise selv. Når disse behovene og følelsene kunne deles med en annen, kunne de også enklere integreres i en utvidet selvopplevelse. I begynnelsen av terapien svarte Lise ofte «vet ikke» på spørsmål vedrørende negativ tematikk. Etter hvert begynte hun å gi uttrykk for disse følelsene gjennom Stjerne, og til slutt ga hun uttrykk for de på egen hånd. På denne måten så vi at Stjernes betydning falt mer og mer bort fra terapien, samtidig som Lise tok mer og mer av ansvaret for å uttrykke seg selv. Gjennom leken hadde Lise fått trening i å uttrykke seg på forskjellige måter i et intersubjektivt samspill med en annen, noe som hadde vært utviklingsfremmende for henne (Russ, 2004; Johns & Svendsen, 2015).

Stern et al. (1998) beskriver hvordan bestemte sekvenser i terapi kan fasilitere terapeutisk endring. Han vektlegger i så måte den implisitte relasjonelle kunnskapen. Dette er kunnskap vi ikke nødvendigvis har bevisst tilgang til, men som på bakgrunn av hvordan våre tidligere samspillsmønstre med viktige andre påvirker hvordan vi i senere tid oppfører oss, også i nye relasjoner. Gjennom intersubjektive møter mellom terapeut og klient kan denne kunnskapen endres. I Stern et al. (1998) sin terminologi inntreffer et «nå-øyeblikk» når noe nytt og uventet oppstår, som bryter flyten i den terapeutiske dialogen. Dette øyeblikket kan

utvikle seg til et «møte-øyeblikk» dersom det gripes fatt i og begge parter tillater følelsen å vedvare. I terapien med Lise opplevde terapeuten flere slike øyeblikk, men det tydeligste var kanskje når de lekte sammen med mammahesten og føllet i sandkassen. Da ga Lise tydelig uttrykk for egne følelser og behov i det intersubjektive møtet med terapeuten. Føllet i leken ble maset på så mye av mammahesten, at Lise ble irritert og tok grep. I denne sekvensen klarte Lise å sette en tydelig grense, hvor nok var nok og det er mulig dette var en av hennes første erfaringer med å uttrykke sin irritasjon på en så tydelig måte. Terapeuten avga i dette øyeblikket i mindre grad en verbal respons, men var opptatt av å kommunisere at han tålte det hun kom med nonverbalt ved å la denne uventede situasjonen vedvare. De ble sittende sammen i sandkassen i stillhet etterpå. Da Lise så laget det smilende barneansiktet i sanden, kommenterte terapeuten på dette og de så på hverandre uten å si så mye. De visste nok begge at de hadde delt noe nytt i denne sekvensen, og relasjonen hadde dermed fått utviklet seg. Gjennom slike opplevelser fikk Lise nye erfaringer med å uttrykke seg selv og å bli møtt, noe som bidro til å endre hennes implisitte relasjonelle kunnskap (Stern et al., 1998).

Tronick (1989) bidrar til forståelsen av utviklingen av barnets selvagens ved å understreke betydningen interaktive feil og reparasjoner har i samspill med andre. Ingen samspill fungerer helt feilfritt, og det vil oppstå interaktive feil hvor den voksne ikke alltid oppfatter barnets behov slik det er ment fra barnets side. Det viktige for barnets utvikling av selvagens er nettopp at barnet opplever at disse feiltrinnene blir oppfattet, reagert på og korrigert av den voksne (Tronick, 1989). I denne sammenhengen kan episoden hvor Lise ga uttrykk for at terapeuten hadde feilet i samspillet med henne, trekkes frem som en interaktiv feil som ble reagert på og reparert. Når terapeuten hadde glemt at hun likte kaffe, ble Lise sint på ham. Terapeuten ble ganske overrasket over at hun reagerte så voldsomt på dette. Aldri før hadde hun satt terapeuten sånn på plass som på denne måten. Foreldrene kunne også bekrefte at hun ved begynnelsen av terapien sjelden sa ifra om egne behov og følelser. Terapien fungerte derfor som en korrigerende emosjonell erfaring for Lise (Jacobsen & Svendsen, 2010). Lise fikk erfare nye måter å være sammen på, noe som var viktig for hennes videre utvikling (Stern, 1985).

Affektbevissthet

Evnen et individ har til å integrere kognisjon, affekt og atferd, såkalt affektintegrering, operasjonaliseres som forskjellige grader av affektbevissthet (Solbakken et al., 2011). Affektbevissthet korrelerer med flere ulike mål på psykisk helse (Solbakken et al., 2011;

Monsen & Solbakken, 2013; Normann-Eide et al., 2013), og er relatert til grunnfenomener i barns utvikling som emosjonsregulering, oppmerksomhet og mentalisering (Jacobsen & Svendsen 2010; Solbakken et al., 2011). Lises resultater på affektbevissthetsintervjuene kan være en indikator på om Lises psykiske helse ble bedret gjennom terapien. I det følgende vil jeg forsøke å forstå endringene i Lises affektbevissthet sett i lys av hennes terapiprosess.

Samlet sett hadde Lise skåret bedre på alle variablene vi målte i affektbevissthetsintervjuet før og etter terapi. Dette indikerer at Lise har hatt en betydelig utvikling i løpet av terapien. Mer spesifikt ser vi at Lises resultater på affektbevissthetsintervjuet før terapi viste at hun hadde svært lave skårer på blant annet emosjonene sinne og forakt, med en toleranse så lav som 2 på sinne og 1 på forakt. Lave skårer på affektene sinne og forakt er relatert til mangelfull selvhevdelse (Normann-Eide et al., 2013). Dette var i tråd med de observasjonene vi gjorde av Lise i begynnelsen av terapiprosessen. Foreldrene beskrev også en bekymring for Lises manglende evne til å si ifra at nok var nok når noen plaget henne. Det var viktig å gi Lise rom til å uttrykke sitt sinne og sin irritasjon i terapien. I denne sammenhengen står den avsluttende fellestimen igjen som et av de viktigste øyeblikkene for Lise. Her bekreftet Lise selv at moren dullet altfor mye med henne. Dette var en tydelig beskjed fra Lise. Hun klarte nå å uttrykke sin irritasjon, og formidle når nok var nok. Denne sekvensen tydet på at de erfaringene Lise hadde gjort seg i terapien hadde hjulpet henne med å bedre vedstå seg sitt eget sinne. Da kunne hun også klare å uttrykke seg tydeligere når noe ikke var sånn hun ønsket. Ved slutten av terapien ser vi at Lise nå skåret så høyt som 5 og 4 på toleransen sin for henholdsvis sinne og forakt, noe som representerer en økning på 3 poeng på toleransen for begge emosjonene. Det var også innenfor emosjonen sinne at Lise hadde høyest skårer i intervjuet etter terapi forøvrig. Lises skårer var høynet fra 3 til 6 poeng på dimensjonen som målte hvor *oppmerksom* hun var på aktiveringen av emosjonen sinne. Dette indikerer at Lise nå hadde et bedre utgangspunkt for å være mer selvhevdende. Disse resultatene stemmer godt med tilbakemeldingene fra foreldrene og vårt kliniske inntrykk av hennes utvikling.

Det er også viktig å merke seg Lises lave skårer på emosjonen frykt før terapien. Her lå alle Lises skårer helt i bunn, fordelt mellom 1 og 2. Disse resultatene setter episoden som oppsto i starten av terapien, hvor terapeuten diskuterte emosjonen frykt med Lise, i et større perspektiv. Her virket det som om Lise ikke hadde noe begrep eller egen opplevelse av hva frykt egentlig var for henne. Når hun ble oppfordret til å fortelle om noe som kunne gjøre henne redd, refererte hun heller til episoder som gjorde *moren* hennes redd. I resultatene av

affektbevissthetsintervjuet etter terapien ser vi at alle skårene hennes innenfor frykt har økt, og de lå nå fordelt mellom 3 og 4. Et viktig moment også her er at hennes *oppmerksomhet* til emosjonen frykt har økt. Når Lise ikke kunne fortelle om episoder som kunne gjøre *henne* redd, kan dette forstås som et uttrykk for at hennes oppmerksomhet før terapi var såpass utoverrettet at det var vanskelig for henne å få fatt på hva det var som kunne aktivere frykt hos henne. Økningen i skårene hennes tilsier at Lise nå hadde blitt bedre kjent med hva som kunne gjøre *henne* redd, noe som også kunne gjøre det enklere for henne å kommunisere dette til andre.

Det var likevel ikke bare negativt ladede følelser Lise hadde fått en økt bevissthet rundt. I intervjuet før terapien skåret Lise helt nede på 1-tallet for hvordan hun kunne begrepsmessig gi uttrykk for sine interesser. Terapeuten opplevde tidlig at Lise ofte kunne forsvinne litt for ham, og at det var mest morens temaer som Lise ofte brakte på bane i terapien. Terapeuten hadde derfor et bevisst fokus på å forstørre og utvide det som karakteriserte Lise selv og hennes opplevelser. Et eksempel fra terapien er når Lise forteller terapeuten om sine egne interesser. Dette var interesser som sannsynligvis skilte seg fra hva moren ønsket at Lise skulle bruke tiden sin på. Et særlig moment her var hennes fascinasjon for blod, hvor moren selv sa at hun ikke klarte å håndtere dette på noen god måte. Andre eksempler var at Lise var glad i actionfilmer og gikk på karate. Gjennom å møte Lise på hennes interesser og å ta disse på alvor, ser det ut til at Lise fikk erfaring i å uttrykke seg på en måte som utviklet hennes forståelse og begrep om sine egne interesser. Dette karakteriseres av intervjuet etter terapien hvor Lises begrepsmessige uttrykk for interesse har økt fra 1 og helt opp til 5.

Lises evne til å vise hengivenhet var også et interessant område for terapeuten. Det var likevel usikkert hvor mye av dette som stammet fra Lises egne ønsker. På intervjuet før terapien skåret Lise helt i bunn når det kom til toleranse for hengivenhet og ømhet, noe som tilsa at hun ikke var komfortabel med emosjonen i det hele tatt. Det er heller ikke rart dersom hun opplevde den som påtvunget. Hun skåret likevel oppe på 3 poeng når det kom til hennes begrepsmessige uttrykk for følelsen, noe som gir mening da hengivenhet tydelig var en sentral del av hennes hverdag om hun så likte det eller ikke. Det er her Lise har hatt sin aller største enkeltutvikling. På toleransen for hengivenhet og ømhet har Lise økt skåren sin fra 1 på før-intervjuet til 6 på etter-intervjuet. Dette tilsier at når Lise fikk hjelp til å oppsøke ømhet og å være hengiven når hun selv ønsket dette, tålte hun emosjonen langt bedre. I dette tilfellet er det også viktig å være bevisst på at moren fikk hjelp fra sin foreldreterapeut til å begrense sin

dulling med Lise, noe som antageligvis la rammene til rette for et bedre transaksjonelt samspill dem imellom. Når moren ga litt mer slipp, kunne Lise *selv* bestemme mer når hun ønsket å være nær henne og ikke. I denne sammenhengen kan den avsluttende sekvensen mellom Lise og terapeuten nevnes. Da benyttet først Lise Stjerne til å gi terapeuten en avskjedsklem. Faren hennes oppfattet likevel at dette var et ønske som kom fra henne selv, og oppfordret henne til å handle på det. Der hvor hun tidligere antageligvis hadde blitt forlegen og utilpass av denne oppfordringen, kunne hun nå legge fra seg kosedyret og tåle hengivenheten hun følte. Hun ga derfor terapeuten en god avskjedsklem.

Basert på resultatene virket det som om Lise nå opplevde å kunne gi uttrykk for *alle* sine følelser på en bedre måte. Den tydeligste forklaringen til årsaken bak dette er antageligvis at *toleransen* hennes for de forskjellige affektene hadde økt så betraktelig, noe som trolig var med på å bidra til at hun nå kunne klare å kommunisere sine egne følelser til andre på en tydeligere måte. Når Lise nå kunne vedstå seg sitt eget følelsesliv på en bedre måte, kunne hun tre tydeligere frem som egen aktør i sitt eget liv. Dette gjorde det enklere for foreldrene hennes og miljøet rundt henne for øvrig å ta hensyn til hennes behov og emosjoner, noe som var med på å videre underbygge denne positive utviklingen. Nettopp det at foreldrene også fikk hjelp til å støtte Lises utvikling, var antageligvis helt sentralt i å få etablert nye samspillsmønstre som ga Lise større plass til å være seg selv.

Resultatene fra affektbevissthetsintervjuene stemmer godt overens med de kliniske inntrykkene vi fikk underveis i terapien. Det er kanskje spesielt interessant at Lises skårer før terapi så tydelig skildrer et bilde av en jente som har vansker med å uttrykke egne behov og følelser mens skårene etter terapien illustrerer at det er her Lise har hatt en av sine mest tydelige utviklinger. Dette stemte også med våre kliniske inntrykk ved terapiens avslutning.

Endrede transaksjonelle mønstre

I foreldrearbeidet var det særlig viktig å benytte kunnskap fra tilknytningsteori både for å gi foreldrene en forståelse av Lise, men også for å tilby en behandlingsform som kunne hjelpe foreldrene med å bli bedre på å gi Lise den utviklingsstøtten hun så sårpt trengte. I dette tilfellet var foreldrene motiverte for å gjøre en innsats selv, noe som ble ansett som viktig. Mens mor omtrent hadde et sammensmeltet forhold til Lise, var det også interessant å se hvordan faren forhold seg til henne. På overflaten virket deres relasjon å være mer adekvat, men også her kom det frem i timene med foreldreterapeuten at far kunne ha vansker med å

tone seg inn på Lise. Han begrunnet dette med at han ikke var så flink til å snakke om følelser, men at han ønsket å bli bedre på det. Summen av disse transaksjonene virket likevel å etterlate Lise i en situasjon hvor hun ble overveldet av følelser av moren, mens hun kanskje ble mer avvist på dette av faren. Det virket ikke å være en god balanse mellom hva som var for mye, og hva som var for lite i foreldrenes møter med Lise, noe som naturligvis ville gjøre det vanskelig for Lise å kommunisere sine følelser på en tydelig måte til dem.

Ved begynnelsen av terapien var det svært tydelig at Lise og morens samspill var utviklingshindrende for Lises del. Hun ble kun møtt på de følelsene som signaliserte at hun ønsket nærhet og omsorg fra moren. Dette er behov som man i trygghetssirkelens terminologi kaller å ligge «lavt i sirkelen». Her inngår barnets faktiske behov for nærhet og omsorg til tilknytningspersonen, i motsetning til behov som ligger «høyt på sirkelen» som omfatter behov for å utforske på egen hånd (Brandtzæg et al., 2011). Lise ble kun møtt på behov «lavt på sirkelen» av mor, og hadde fått erfaringer med at moren kunne bli sint dersom hun signaliserte at hun var «høyt på sirkel». Lises løsning på dette paradokset ble å benytte seg av forskjellige villedningsstrategier for å opprettholde en god relasjon til foreldrene sine, preget av klenging til mor og selvstendighet ovenfor far (Marvin et al., 2002).

Det var hovedsakelig relasjonen til mor som vi anså som problematisk for Lise, men det var viktig at også faren la ned en innsats i å være mer tilstede hos familien og å bli bedre på å tone seg inn på Lises følelser. Fars nærvær gjorde det også enklere for mor å jobbe med sin egen problematikk. For morens del ble det viktig å bevisstgjøre henne på risikoen dette kunne ha for Lises utvikling videre, samt å tilby støtte og psykologiske teknikker underveis som kunne hjelpe henne med å tåle sitt eget ubehag når hun skulle støtte Lises behov som lå «høyt på sirkelen». Moren hadde likevel en rudimentær psykologisk forståelse av Lises vansker allerede før terapien hadde begynt. For farens del virket Lises atferd og symptomer mer vanskelig å forstå. Han ga ofte uttrykk for at han syntes det var uforståelig hvorfor hun gråt «uten grunn» og han virket heller ikke å forstå hvordan samspillet mellom Lise og moren skulle være problematisk for henne. Gjennom psykoedukasjon og åpen refleksjon sammen med foreldreterapeuten klarte faren etter hvert å gå fra å se at Lise hadde et problem til å se hvordan de selv måtte bli mer tilgjengelig for Lises emosjonelle behov for at hun skulle få det bedre. Dette er det man i trygghetssirkelens terminologi kaller «det empatiske skiftet» (Marvin et al., 2002; Brandtzæg et al., 2011).

Etter hvert som Lise ble tydeligere i sine uttrykk og behov, endret også foreldrene sine måter å møte henne på. Dette gjorde at samspillsmønsteret endret seg sakte, men sikkert, og

Lise fikk mer plass til å være seg selv. Nettopp det at foreldrene endret sin faktiske atferd i sine møter med Lise virket å være helt grunnleggende viktig. De fikk ikke «bare» hjelp til å forstå hva som var vanskelig for Lise, og hvorfor, men de fikk også konkrete oppgaver som fordret en atferdsendring. Denne endringen var tydelig for oss også da samspillet mellom spesielt mor og Lise var langt mer adekvat mot slutten av behandlingen enn ved begynnelsen. Moren hadde fått hjelp til å forstå og håndtere sitt eget ubehag, noe som gjorde at hun bedre kunne møte Lise og respondere på hennes behov for selvstendighet. For farens del handlet det like mye om å bli litt *mer* involvert i Lises liv, noe han også tok på alvor.

Foreldrenes tilbakemeldinger på symptomssjekklisten CBCL før og etter terapi ga oss også noen interessante innblikk i hvordan de opplevde Lises utvikling. Rapporteringen etter terapien tilsa at Lise ikke behøvde klinisk behandling lengre, men moren hadde likevel angitt at Lises somatiske plager hadde hatt en minimal økning. Dette trenger likevel ikke å være et overraskende funn, med tanke på at hun ifølge affektbevissthetsintervjuet nå hadde betydelig bedre kjennskap til, og ikke minst en høyere toleranse for emosjoner generelt, positive som negative. Noen følelser kan, avhengig av intensitet, også akkompagneres av et kroppslig ubehag, uten at dette trenger å være et tegn på at noe er galt (Campos et al., 2004). Det er mulig at Lises bedrede tilgang på eget følelsesliv også kan ha gitt henne en del ubehag som hun tidligere hadde blokkert, noe som kan være med på å forklare denne utviklingen. Det skal likevel sies at denne økningen var marginal og at mor rapporterte en nedgang i samtlige av Lises øvrige symptomer.

Før terapien rapporterte far sosiale vansker hos Lise som lå i grenseområdet for å behøve klinisk oppfølging, mens etter terapien rapporterte far at hun var normalt fungerende også på dette punktet. Med tanke på hvor nær relasjon Lise hadde til sin mor før terapien, er det ikke overraskende at dette kan ha gått ut over Lises sosiale liv for øvrig. At faren etter terapi rapporterer at hun er normalt fungerende også innenfor sosial kompetanse, vitner om at han har opplevd at Lise fungerte mer adekvat i sine relasjoner til andre etter terapi. Dette kan både referere til Lises tydeligere grenser for moren, samtidig som hennes utvikling i terapien sannsynligvis har hjulpet henne til å fungere bedre i sine øvrige sosiale relasjoner også.

Hvordan ville Lise utviklet seg uten terapeutisk hjelp?

Det er naturligvis vanskelig å skulle si noe om hvordan Lise hadde utviklet seg dersom hun ikke mottok denne behandlingen. Det som likevel virket tydelig da hun begynte i terapi,

var at hun var en del av et uheldig transaksjonsmønster, noe som utgjør en risiko for skjevutvikling. Lise var 9 ½ år da hun mottok behandling og ville snart bli tenåring, med de utfordringene det medfører. Wrangsjö (2006) beskriver hvordan denne alderen er så viktig for barnets og ungdommens utvikling av sin egen identitet. En sunn identitetsutvikling vil nødvendigvis måtte omfatte en viss form for løsrivelse fra foreldrene sine, da barnas autonomibehov øker i takt med alderen. I Lises tilfelle ville nok identitetsutvikling og løsrivelse fra foreldre by på problemer. Vi hadde tidlig fått vite at mor kunne bli overveldet av engstelse i de tilfellene hvor Lise hadde gitt uttrykk for et autonomibehov, og at hun kunne reagere med sinne i slike situasjoner. Dette gjorde det naturligvis imperativt å jobbe med morens vansker parallelt som vi jobbet med Lise. Det var liten tvil om at Lise hadde det bedre allerede nå, og at moren forholdt seg til henne på en mer adekvat måte. Det virket likevel å ha vært tilsvarende viktig å hjelpe Lise tilbake til en positiv selvutvikling, slik at hun kunne stå bedre rustet til identitetsutviklingen som kom til å ta til for fullt når hun nådde tenårene.

Barn, og spesielt jenter, med internaliserende vansker som også har mødre med psykiske lidelser, har i utgangspunktet allerede en forhøyet risiko for å utvikle selvskadingsproblematikk når de når ungdomsalderen (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2008). I tillegg ser det ut til at det å vokse opp i en familie hvor uttrykket av selvhevdende følelser, som for eksempel sinne, hemmes, utgjør en ytterligere risikofaktor med henhold til selvskading (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Lises begrensede affektive deling med sine foreldre satt sammen med hennes fascinasjon for blod og morbide temaer i lek kan kanskje si noe om hennes antatte risiko i sin videre utvikling. Lise kunne ofte finne på å stikke hull i lekefigurer med forskjellige skarpe gjenstander. I tillegg tegnet Lise ved oppstarten av behandlingen nesten utelukkende figurer som blødde, eller var skadet på en eller annen måte. Hun ga også gjentatte ganger uttrykk for at hun iblant kunne føle seg gal, noe som senere ble satt i sammenheng med at moren dullet så mye med henne. Det var først etter episoden i sandkassen hvor hun begravet mammahesten som maset for mye, at hun tegnet en figur som var udelt blid og glad – Det smilende barneansiktet. Etter hvert ble det mindre uttrykk av morbid art fra Lise, noe som kan reflektere en sunnere utvikling generelt. Dersom ikke Lise hadde fått hjelp til å uttrykke seg og dersom hun fremdeles skulle være satt i et samspillsmønster som kunne få henne til å føle seg gal, er det dessverre mulig at selvskading kunne blitt en av få måter Lise kunne få oppleve å uttrykke seg selv gjennom, da hennes nære relasjoner ikke gjorde det.

Begrensninger og implikasjoner

Kasusmetoden innebærer et informasjonsfokus som bidrar til svært rike beskrivelser av atferds- og samspillsmønstre som kan gi grunnlag for nye måter å forstå forskjellige problematikker på. Kasusmetodens begrensninger gjør det likevel umulig å generalisere disse resultatene til andre populasjoner. Diskusjonene gjelder Lises terapiprosess alene. Det hadde vært interessant om en i fremtiden kunne undersøkt om man kunne finne lignende resultater også på gruppenivå. Et slikt funn kunne potensielt hatt store implikasjoner for psykoterapi med barn. I tillegg kunne det vært interessant å undersøke hvorvidt resultatene også kan observeres med mer objektive mål, som for eksempel ved psykofysiologiske målinger. Fremtidige publikasjoner tilknyttet forskningsprosjektet «objektive endringsmål i psykoterapi med barn» kan sannsynligvis si mer om begge disse aspektene.

Den subjektive fortolkningen og anvendelsen av litteratur som kjennetegner kasusmetoden kan anses som en begrensning. Tolkningen av det som oppstod i terapien er valgt ut på et subjektivt nivå, og de forskjellige sekvensene gjengitt her er basert på det terapeuten forsto som viktige episoder for å forstå den terapeutiske prosessen. Det er mulig at en annen terapeut ville vektlagt andre sekvenser, med en tilsvarende forskjellig fortolkning av disse.

Bruken av metodetriangulering, her ved bruken av affektbevissthetsintervjuer og datainnsamling av CBCL-skjema, styrker likevel oppgavens konklusjoner. Affektbevissthetsintervjuene ble gjennomført av en psykolog som var ukjent med jentas terapiforløp for å øke intervjuets objektivitet. Parallellene mellom testresultatene og de kliniske observasjoner gjort av Lise underveis i terapien gir støtte til affektbevissthet som et meningsfullt begrep for å forstå endring i terapi. Basert på resultatene gjengitt ovenfor er det tydelig at Lise opplevde god effekt av denne typen intervensjon.

Implikasjonene av denne oppgaven omfatter først og fremst betydningen av å arbeide ut i fra et utviklingsmessig perspektiv i terapi med barn. Basert på det teoretiske rammeverket presentert i oppgaven vil dette nødvendigvis inkludere et fokus på å jobbe med relasjoner i terapi. Det å ha nok tid til å utvikle en trygg relasjon mellom barnet og terapeuten er uvurderlig. TIB virker godt utformet i dette henseende, særlig på grunn av dets innledende undersøkende timer mellom barn og terapeut før terapien igangsettes. I denne sammenhengen er terapeutens emosjonelle tilgjengelighet og responsivitet helt avgjørende.

En annen viktig implikasjon av denne oppgaven er betydningen av å arbeide med de transaksjonelle prosessene rundt barnet parallelt med terapien. I dette tilfellet var det helt sentralt å kunne tilby foreldrene foreldretimer med en egen foreldreterapeut både med henhold til psykoedukasjon, men også for å hjelpe de til å bedre kunne støtte barnets utvikling, og til å øke den intersubjektive delingen mellom barnet og foreldrene. I denne terapiprosessen ser vi hvordan endring kan oppstå som et resultat av at prosesser blir igangsatt «i begge ender» – både hos barn og foreldre. Dette bidrar til å legge grunnlaget for nye transaksjoner og samspillsmønstre dem imellom på en måte som individualterapi eller foreldrearbeid hver for seg sannsynligvis ville hatt større utfordringer med å oppnå.

Referanser:

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant – Mother Attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932 - 937.
- Allen, J. P., & Hauser, S. T. (1996). Attachment Theory as a Framework for Understanding Sequelae of Severe Adolescent Psychopathology: An 11 – Year Follow – Up Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 254 – 263.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16 (3), 252 – 260.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the Childs Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350 – 373.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent – Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge 11 New Fetter Lane.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development*, 75 (2), 377 – 394.
- Cartwright – Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence og anxiety disorders in pre – adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817 – 833.
- Damasio, A. R. (2000). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477 – 493.

- Goldsmith, H. H., & Gottesman, I. I. (1981). Origin of Variation in Behavioral Style: A Longitudinal Study of Temperament in Young Twins. *Child Development*, 52, 91 – 103.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans – Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children’s Internalizing Symptoms: A Meta – Analytic Study. *Child Development*, 83 (2), 591 – 610.
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect Attunement and Maternal Attachment: A Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 10 (3), 157 – 172.
- Hoffart, M., & Svendsen, B. (2013). U håndterlige følelser. Oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet forstått i et emosjonsreguleringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 802 – 808.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & LeMare, L. (1990). Children’s Peer Relationships: Longitudinal Prediction of Internalizing and Externalizing Problems from Middle to Late Childhood. *Child Development*, 61, 2004 – 2021.
- Ijzendoorn, M. H. V., Schuengel, C., & Bakermans – Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225 – 249.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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 (35-73)*. Bergen: Fagbokforlaget
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2015). *Manual for Tidsavgrenset intersubjektiv terapi med barn (TIB) - Et utviklings- og samspillsperspektiv (under utgivelse)*.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 47 – 63.

- Laye – Gindhu, A., & Schonert – Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (5), 447 – 457.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuff, C., & Jaskir, J. (1984). Predicting Psychopathology in Six – Year – Olds from Early Social Relations. *Child Development*, 55, 123 – 136.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta – Analysis. *Developmental Psychology*, 49 (4), 672 – 689.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment – based intervention with caregiver – pre – school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4 (1), 107 – 124.
- McLeod, J. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1 – 10.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development and Cognitive Consequences of Attachment – Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 77 – 102.
- Moilanen, K. L., Shaw, D. S., & Maxwell, K. L. (2010). Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology*, 22 (3), 635 – 653.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and Affect Consciousness: Initial Experiences With the Assessment of Affect Integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 5 (3), 238 – 249.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 50, 740 – 751.
- Monsen, J. T., Taarvig, E., & Solbakken, O. A. (2013). *Kartlegging av affektbevissthet hos barn: Intervjuguide*. Universitetet i Oslo.

- Muris, P., Meesters, C., & Blijlevens, P. (2007). Self-reported reactive and regulative temperament in early adolescence: Relations to internalizing and externalizing problem behavior and “Big Three” personality factors. *Journal of Adolescence*, 30, 1035 – 1049.
- Normann – Eide, E., Johansen, M. S., Normann – Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 149 – 257.
- Rapee, R. M. (2002). The Development and Modification of Temperamental Risk for Anxiety Disorders: Prevention of a Lifetime of Anxiety? *Biological Psychiatry*, 52, 947 – 957.
- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The Heritability of Inhibited and Uninhibited Behavior: A Twin Study. *Developmental Psychology*, 28 (6), 1030 – 1037.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244 – 253.
- Russ, S. W. (2004). *Play in Child Development and Psychotherapy*. I. B. Weiner (red.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rutter, M., & Sroufe, A. L. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and Challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265 – 296.
- Sameroff, A. (2009). *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81 (1), 6 – 22.
- Schore, A. N. (2001). Minds in the Making: Attachment, the Self-Organizing Brain, and Developmentally – Oriented Psychoanalytic Psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17 (3), 299 – 328.

- Shaw, D. S., Keenan, K., Vondra, J. I., Delliquadri, E., & Giovannelli, J. (1997). Antecedents of Preschool Children's Internalizing Problems: A Longitudinal Study of Low-Income Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12), 1760 – 1767.
- Smerud, H. S. (2012) Kasusformulering og behandlingskvalitet. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (22 - 32). Bergen: Fagbokforlaget
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2011). Assessment of Affect Integration: Validation of the Affect Consciousness Construct. *Journal of Personality Assessment*, 93 (3), 257 – 265.
- Sroufe, A. L. (1997). *Emotional Development The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, A. L. (2000). Early Relationships and the Development of Children. *Infant Mental Health Journal*, 21 (1 – 2), 67 – 74.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology*. New York: Karnac Books.
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons – Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweilerstern, N., Tronick, E. Z. (1998). Non – Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The «Something More» Than Interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903 – 921.
- Svendsen, B., & Jacobsen, K. (2013). Emosjoners kommunikative funksjon i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 809 – 813.
- Taarvig, E., Solbakken, O. A., Grova, B., & Monsen, J. T. (2015). Affect Consciousness in children with internalizing problems: Assessment of affect integration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20 (4), 591 – 610.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology*, 3 (4), 269 – 307.

- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3 – 48.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44 (2), 112 – 119.
- Velderman, M. K., Bakermans – Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Ijzendoorn, M. H. V. (2006). Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Attachment: Differential Susceptibility of Highly Reactive Infants. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 266 – 274.
- Vygotskij, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. M. Cole, V. John – Steiner, S. Schribner, & E. Soubermann (red.). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Wrangsjö, B. (2006). Kliniska synpunkter på identitetsutvecklingen. I A. Frisèn, & P. Hwang (red.), *Ungdomar och identitet* (126 – 148). Stockholm: Natur och Kultur.
- Zahn – Waxler, C., Klimes – Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443 – 466.