

Psykdynamisk terapi med barn og ungdom i dag

Fredrik Cappelen , Anders Flækøy Landmark , Line
Indrevoll Stänicke og Helene Amundsen Nissen-Lie

Psykodynamisk terapi med barn og ungdom i dag

Psykodynamisk behandling virker for barn og unge. Terapiformen kan anbefales ved komplekse tilstander der annen behandling er prøvd uten ønsket resultat.

Nora¹ var 9 år da hun ble henvist til en poliklinikk for barn og unges psykiske helse (BUP). Hun havnet ofte på kant med andre, både elever og lærere, og kunne låse seg i konflikter, bli kverulerende, sint og noen ganger true andre barn. I henvisningen var det stilt spørsmål om hun strevde med atferdsvansker, eller om hun kunne ha ADHD. Ved BUP gjennomførte man en utredning med gjennomgang av diagnostisk intervju med foreldre, anamneseopptak, screening for ADHD, legeundersøkelse og observasjon på skolen. Foreldrene hadde lenge hatt en vanskelig periode med flere påkjenninger – far hadde mistet moren sin etter lengre tid med pleie og sykdom. Mor hadde mistet jobben to år tidligere på grunn av nedbemanning, og hun hadde søkt mange jobber uten å få tilbud – noe som hadde gjort henne nedfor, sliten og motløs med tanke på å komme tilbake til arbeidslivet. Foreldrene beskrev at vanskene med Nora hadde kommet de siste tre årene, før det hadde Nora vært mye stille og «enkel å ha med å gjøre». Etter utredningen kom behandler frem til at hun tilfredsstilte kriteriene for opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), som del av mer generelle vansker med å regulere følelser i samspill med andre. Det ble ikke funnet grunnlag for ADHD. Årsakene til problemene syntes å være komplekse og kontekstuelle. Det ble først forsøkt atferdsendrende intervensjoner med vekt på foreldreveiledning, men Nora ble ikke bedre. Det ble derfor besluttet å gi Nora og familien et tilbud med psykodynamisk orientert terapi som innebar foreldresamtaler og terapi med Nora på lekerom (barneterapi) i tillegg til et systemarbeid med skolen.

Den psykodynamiske behandlingstradisjon

Psykoterapi med barn og ungdom har en lang tradisjon i psykodynamisk teori og behandling, med røtter tilbake til Melanie Klein, Donald W. Winnicott og Anna Freud (for historisk oversikt, se

1. Klinisk illustrasjon er sammensatt av ulike kasus, omskrevet og anonymisert.

Landmark & Stänicke, 2016). Psykodynamisk tenkning kan tilby et teoretisk ståsted og forståelse i mange ulike sammenhenger i BUP, eksempelvis ved utredning, kriser og akutt samtaler, forståelse av familier og også av samarbeid mellom hjelpere, familier og andre instanser (Stänicke & Stänicke, 2012). I denne artikkelen vil vi bruke en klinisk illustrasjon, «Nora», for å vise hvordan psykodynamisk psykoterapi kan utføres i praksis, og hvilken nytteverdi den kan ha for barn som sliter med nokså typiske atferdsmessige, emosjonelle og relasjonelle vansker. Vi vil beskrive et klinisk og teoretisk rasjonale for psykodynamisk terapi med barn og unge, og vise til forskning på effekten av denne metoden ved ulike psykiske tilstander og ulike aldersgrupper. Vi ønsker spesielt å gi figur til den evidensbasen som i dag finnes på psykodynamisk barneterapi, både internasjonalt og nasjonalt. Psykodynamisk psykoterapi med barn og ungdom har i mindre grad vært gjenstand for forskning i et moderne evidensbasert paradigme. Dette har mange årsaker, men henger i noen grad sammen med at man tidligere hadde motforestillinger mot å anvende evidensens idealer om objektivitet og standardisering på en behandling der så mange variabler og subjektive faktorer er involvert.

Som behandlere er det viktig å se «barnet bak symptomene» og forstå symptomer som en type kommunikasjon

Psykodynamisk psykoterapi med barn

Fra tidlig på 1900-tallet begynte man å prøve ut psykodynamisk behandling med barn og ungdom etter at metoden hadde vært brukt i flere år med voksne (Landmark & Stänicke, 2016). I dag er det et mangfold av retninger innenfor denne tradisjonen, som psykoanalytisk orientert barneterapi, mentaliseringsbasert terapi og intersubjektiv terapi. Det har også eksistert lokale tradisjoner og fagmiljøer influert av enkelte nøkkelpersoner².

Betegnelsen 'psykodynamisk terapi' refererer til en heterogen praksis. Vi vil i det følgende likevel peke på noen generelle kjennetegn ved psykodynamisk terapi. I en oversiktsartikkel som

² F.eks. har barneterapimiljøet i Oslo vært preget av to sterke fagtradisjoner. Den ene ble etablert på Mentalhygienisk rådgivningskontor (MRK), som nå heter BUP-Vest, og som særlig er influert av The Tavistock Institute i London. Samtidig har det eksistert en sterk intersubjektiv tradisjon, inspirert av bl.a. Daniel Stern, etablert av Bjørg Røed Hansen (Hansen, 2012). Begge tradisjoner har også eksistert ved Nic Waals Institutt.

beskriver effekten av psykodynamisk psykoterapi, fra 2010, fremhever Jonathan Shedler syv kjennetegn ved psykodynamisk psykoterapi. Disse er: 1. Fokus på affekter og følelsesuttrykk 2. Utforsking av forsøk på unngåelse av ubehagelige tanker og følelser. 3. Identifisering av gjennomgående temaer og mønster i tanker, reaksjoner eller handlinger. 4. Arbeid med tilbakevendende temaer i et utviklingsperspektiv. 5. Fokus på interpersonlige relasjoner. 6. Spesifikt fokus på terapirelasjonen mellom terapeut og pasient. 7. Utforsking av ønsker og fantasier (Shedler, 2010; vår oversettelse og oppsummering). Ved arbeid med barn og ungdom er behandlingsmetoden tilpasset barnet og dets utviklingspsykologiske alder.

I psykodynamisk orienterte barneterapier er man spesielt opptatt av barnets evne til lek – *lekeevnen*. Med lekeevne menes barnets evne til å uttrykke følelser, tanker, fantasier og relasjoner gjennom lek (Winnicott, 1971). Ved å arbeide med relasjonelle og indre temaer som kan hemme barnets frie utforskning av lekematerialet, kan barnets potensial for psykisk bearbeiding, tilknytning, symbolisering, mentalisering og utforskning av verden generelt bedres slik at symptomer endres eller lindres og nye ressurser utvikles. Klinisk erfaring, forskning og teori viser at barnets lekeevne er en viktig ressurs og inngang til bearbeiding av konfliktfylte temaer (Fonagy, Gergely, Jurist & Jurist, 2002; Golding, 2016; Winnicott, 1971).

I terapien arbeider og uttrykker barnet seg gjerne gjennom lek med et lekemateriale eller på et *lekerom*. Barn er i behandling enten med en forelder til stede, som ved psykoanalytisk spedbarnsterapi (Salomonsson, 2014) eller psykodynamisk arbeid med sped- og småbarn (*Parent Infant Psychotherapy*) (se Baradon, Broughton, Gibbs, James, Joyce, & Woodhead, 2005; Lieberman & Van Horn, 2008; Masur, 2009; Salomonsson, 2014), eller alene med en terapeut (én-til-én) i barneskole- og ungdomsskolealder. Det er ingen faste regler om foreldrene skal være med eller ikke, så barn i skolealder kan også ha foreldrene med om det er ønskelig. Foreldresamtaler eller fellessamtaler finner sted parallelt (Landmark & Stänicke, 2016). For ungdommer foregår kommunikasjonen som regel i terapisamtaler én-til-én, i gruppe eller med terapeut og familien (Landmark & Stänicke, 2016; Wrangsjö & Winberg, 2007).

Teoretisk og klinisk rasjonale

I psykodynamisk behandling er målsettingen ikke bare å redusere symptomer. Helt fra Sigmund Freuds tid har man innen psykoanalysen vært opptatt av å arbeide terapeutisk med faktorer som

oppretholder pasientens vansker, som er en del av personlighetsstrukturen (dvs. faste mønstre i personligheten som er stabile over tid), som forsvarsstrategier, karakter, tilknytningsmønster, evne til symbolisering og mentalisering.

I psykodynamisk teori i dag tenker man seg at personligheten er i utvikling hele tiden, og at mønstre og strukturer dannes ganske tidlig, fra spedbarnsalder av (Landmark & Stänicke, 2016). Samtidig viser forskning, teori og klinisk erfaring at opprettholdende faktorer også eksisterer i barnets miljø, som for eksempel foreldrenes måte å fortolke og møte barnet på og barnets erfaringer i skolesituasjonen. Barnet har således sin egen kontekst med sitt medfødte temperament og disposisjon, historie, relasjonserfaringer og traumer, skole- eller barnehagesituasjon, og et barns strev og lidelse bør forstås i lys av alt dette. I et psykodynamisk perspektiv vil et ensidig fokus på symptomlette kunne oppleves som for snevert og utilstrekkelig. Man tenker seg at det også er viktig å arbeide med opprettholdende faktorer og skjevutvikling i personligheten for å forebygge risiko for tilbakefall for barn unge med psykiske vansker (Landmark & Stänicke).

Klinisk erfaring, forskning og teori viser at barnets lekeevne er en viktig ressurs og inngang til bearbeiding av konfliktfylte temaer

Mange unge pasienter og deres familier har nytte av symptomrettede tiltak. Vi vet for eksempel at kognitiv atferdsterapi har vist god evidens overfor en rekke mentale helseplager hos barn og unge (James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2013). Vår kliniske erfaring, tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner som «Forandringsfabrikken» (se Forandringsfabrikken.no), og flere forskningsfunn antyder imidlertid at det mange pasienter i BUP trenger, er en behandling som har et bredere og mer helhetlig fokus enn bare å redusere de psykiske symptomene. Som behandlere er det viktig å se «barnet bak symptomene» og forstå symptomer som en type kommunikasjon. I den psykodynamiske terapimodellen har man således ved siden av symptomlette også vektlagt evne til lek, intersubjektivitet, mentalisering og tilknytning som uttrykk for psykisk helse for barn og unge. I tillegg fremheves *møtet* med terapeuten her og nå og det å arbeide i og med relasjonen. Et sensitivt fokus på relasjonen og hvordan barnets psykiske realitet kommer til uttrykk i lek, ord og samspill, kan åpne for en forståelse av barnet og mulighet for endring og utvikling som kanskje ellers ikke ville kommet?frem.

Vi har erfart at den psykodynamiske metoden særlig er nyttig der barnet eller ungdommen strever med utfordringer på flere nivåer, ved utvikling av bekymringsfulle samspillsmønstre, og der barnet bærer på en vanskelig relasjonshistorie – både for foreldre og barnet, eller der mer atferds- og

symptomrettede tiltak er forsøkt og man står i fastlåste prosesser. I slike saker kan man behøve en modell for å forstå hvordan barnets strev og samspill her og nå kan gi oss informasjon om barnets plager, tidlige erfaringer og tilknytningsmønstre, men også hvordan barnets indre verden kan prege og dominere deres opplevelse av seg selv og andre på en måte som gir opphav til psykologisk smerte og vedvarende vansker (Landmark & Stänicke, 2016). Tidligere relasjonserfaringer preger oss, men er også tilgjengelige *her og nå* i handling og i den aktuelle opplevelsen av indre og ytre verden. Et arbeid med dette fokuset kan bidra til endring og psykisk vekst.

Klinisk erfaring viser at barn og ungdom kan oppleve at det foreldre og skole fremhever som bekymringsfullt og grunnlag for henvisning – for eksempel symptomer i form av sinneutbrudd, gjentagende konflikter med foreldre eller venner, spisevansker eller selvskadning, for å nevne noe – *ikke* er det mest plagsomme for dem selv. De kan også uttrykke at de har funnet en måte som holder noe enda vanskeligere på avstand inni dem eller i hverdagen deres – for eksempel overveldelse, angst for å gå i stykker eller paranoide opplevelser. Det kan være en opplevelse av seg selv og verden som verken foreldre, venner eller lærer har kjennskap til. Det betyr ikke at symptomet eller atferden ikke er bekymringsfull, men noen kan trenge tid i mer åpne terapisaamtaler før de kan erkjenne at de har det vanskelig, og komme til at de aktivt vil fokusere på å redusere for eksempel sinneutbrudd eller selvskadning. På denne måten kan en psykodynamisk tilnærming berede grunnen for et mer symptom- og atferdsrettet behandlingsfokus eller -tiltak. Det kan også være at barnet eller ungdommen selv vet hva som kan hjelpe dem, og kan klare å snu destruktiv atferd hvis de får tid og bekreftelse i det vanskelige de står i, og erfarer at noen kan være sammen med dem om det.

Noras behandling

Vi vender nå tilbake til Nora, som var henvist til BUP. Som nevnt innledningsvis tilfredsstilte hun kriteriene for opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), som del av mer generelle vansker med å regulere følelser i samspill med andre. Det ble derimot ikke funnet grunnlag for ADHD. I det følgende vil vi beskrive BUPs arbeid med Nora; vurderingene som lå til grunn for tilbudet om psykodynamisk terapi, behandlingsprosessen samt arbeidet med barnets kontekst.

Vurderingsfasen

Etter det første møtet med familien ble behandleren til Nora opptatt av hvor vekslende hun var – enten vesle-voksen eller tøff, eller usikker og til dels klamrende overfor foreldrene. Han ønsket å

danne seg et inntrykk av Noras relasjonelle væremåte, forsvarsstrategier, selvopplevelse, evne til å regulere følelser, leketemaer, lekeevne og tilknytningsstil. Behandleren besluttet å gjennomføre en lekeobservasjon i tillegg til standard utredning. I en lekeobservasjon er et barn og en terapeut på et lekerom tre ganger, og observasjonene av barnet i lek og i samspill kan gi mer forståelse av barnet (se Våpenstad & Landmark, 2004; Sleire & Johansen, 2010). I undersøkelsen som er tuftet på en psykodynamisk forståelse undersøkes nettopp barnets selvopplevelse, væremåte, relasjonelle stil / tilknytning, regulering av følelse, forsvarsstrategier og viktige leketemaer og evne til å leke, som går utover en symptomforståelse.

I lekerommet virket Nora uinteressert og avvisende til lekene, og brukte dem ikke spontant eller med nysgjerrighet, slik som barn på hennes alder (9 år) ofte pleier. I løpet av hele lekeobservasjonen irettesatte Nora terapeuten ved for eksempel stadig å påpeke ting hun mente terapeuten gjorde feil, eller ting som var galt med rommet. Terapeuten kunne kjenne på en frykt for å gjøre feil, ble anspent og lite avslappet sammen med Nora. Terapeuten opplevde også at Nora tok rollen som den voksne – en som passet på og skulle å ha ansvaret for timen. De eneste lekene Nora spontant viste interesse for, var brettspill. Her var hun engasjert og livlig, til forskjell fra i møtene ellers.

Forståelse, vurdering og tiltak

På bakgrunn av lekeobservasjonen utarbeidet terapeuten en dynamisk kasusformulering. Nora viste en ambivalent relasjonell stil, preget av motstridende følelser som signaliserte utrygghet og stort kontrollbehov. Hun viste lite glede, spontanitet, eller kreativ lek. Nora virket også vaksom, redd for å gjøre feil, men mestret dette gjennom å forsøke å kontrollere andre. Det å heve seg selv opp og bli som en voksen ble forstått som et forsvar mot egen følelse av litenhet, og en grunnleggende frykt for at hun ikke vil bli møtt og hjulpet på en god måte i en mer trengende og sårbar posisjon. Hennes vansker med å samle seg om oppgaver på skolen kunne forstås i lys av emosjonelle forhold og usikkerhet, der all hennes energi ble brukt på å skape kontroll og oversikt i en verden hun ofte opplevde som utrygg. Foreldre, lærere og venner som utfordret hennes kontroll, vekket et veldig sinne, men som bunnet i en engstelse og utrygghet. Vanskene ble også sett i forhold til de utfordringene foreldrene hadde opplevd med selv å miste trygghet og forutsigbarhet i sitt liv. Selv om foreldrene mente de hadde skånet henne ved å ikke prate om sykdom og arbeid, forstod foreldrene etter hvert at Nora hadde merket at de var mindre tilgjengelige, sensitive og hadde vanskeligere for å være til stede og tåle Noras følelser, særlig når de negative følelsene kom til uttrykk. På

bakgrunn av en samlet vurdering av informasjonen som var innhentet fra skole, foreldrene og lekeobservasjonen, ble det besluttet å tilby Nora dynamisk barneterapi én gang i uka. Foreldrene fikk tilbud om parallell foreldreveiledning med enkelte fellessamtaler med Nora, og samarbeidet med skolen ble opprettholdt. Barneterapien ble slik sett en del av et helhetlig behandlingsopplegg rundt Nora, der behandlingsteamet arbeidet med flere viktige områder av hennes liv. Bakgrunnen for at det ble vurdert at psykodynamisk behandling kunne være en egnet behandlingsform, var at Noras plager var sammensatte og ikke avgrenset til ett symptom. Det var tidligere også forsøkt kortere tiltak med mer atferdsendrende fokus uten at det hadde ført frem til tilstrekkelig bedring.

Behandlingsfasen

I terapien gav de temaene som kom opp i leken, en mulighet til å jobbe med de relasjonelle vanskene Nora hadde. Temaene ble utforsket i den konkrete leken, men også i relasjonen mellom Nora og terapeuten. Terapeuten arbeidet på ulike nivåer. Noen ganger var han aktivt med i Noras lek, og andre ganger utforsket han det som skjedde gjennom å forsøke å snakke om, dele eller spørre om det som foregikk, eller han holdt seg mer observerende i bakgrunnen av hennes lek for ikke å forstyrre det som utfoldet seg. Han kunne også speile følelser og anerkjenne dilemmaer og konflikter i lekematerialet. Terapeuten kunne innimellom knytte temaer i leken til Noras opplevelse av seg selv eller av terapeuten. Dette kunne for eksempel bli et tema når de spilte brettspill – som Stigespill. Det å spille og konkurrere var et område for kreativitet der de kunne møtes og dele noe. Her kjente hun seg mer trygg, mindre anstrengt og engstelig enn ellers. Det ble allikevel tydelig hvor mye hun strevde med å tape og falle ned stigen. Hun kastet brettet og brikkene gjennom rommet gang på gang, anklaget terapeuten for å jukse, brøt leken, skrek høyt, m.m. Rammene for spillet, reglene, rettferdighet, det å tape og å føle seg liten til forskjell fra å være stor, seirende og uovervinnelig, ble viktige temaer. Et annet tema som ble mer og mer tydelig, var knyttet til dominans og underlegenhet. Nora ville gjerne dominere i timene og kunne nærmest latterliggjøre behandleren. Dette opplevdes sterkt for terapeuten, men ved å etter hvert benevne rolletildelingen på en nennsom måte og snakke om det, virket det som at følelsene ble mindre påtrengende, lettere å være i kontakt med og dele med terapeuten. Nå kunne de også utforske om hun selv kunne kjenne igjen dette i andre sammenhenger – hjemme, på skolen eller med venner.

Etter hvert ble Nora i stand til å dele tanker rundt disse temaene. Gjennom å dele denne opplevelsen i lek og gjennom relasjonen til terapeuten kunne terapeuten også forstå mer av hvor sterk hun måtte gjøre seg i perioder da hun følte seg sviktet av foreldrene som ikke forstod, og som

også hadde sitt eget å stri med, og samtidig hvor sinte de voksne rundt henne hadde blitt når hun ikke oppførte seg. En følelse av «å være som en liten dritt», var følelsen terapeuten kunne kjenne inne i seg i timer der dominans og sinne dukket opp. Men da denne følelsen ble kommunisert og bearbeidet, kunne Nora tillate seg å være liten og sårbar igjen, i terapien og hjemme med foreldrene, uten skamfølelse. Foreldrene på sin side viste mer forståelse og tålmodighet med henne, slik at de gode møtene mellom henne og foreldrene fikk større plass. Leken utviklet seg mer og mer. Hun begynte å leke mer vitalt og med ulike lekefigurer. I en time var det en liten mus som ble veldig viktig for henne å passe på. Terapeuten ble opptatt av musen som et symbolsk uttrykk for Nora som liten, redd og sårbar, som trengte å bli passet på av en trygg og rolig figur. I lekematerialet kunne Nora bli kjent med ulike sider ved seg selv, og seg selv i samspill med viktige andre, med en passelig avstand slik at følelsene og erfaringene ikke ble for overveldende, skumle eller kaotiske.

Å jobbe med barnets kontekst

Når vi tilbyr psykodynamisk psykoterapi til et barn, vil vi alltid parallelt arbeide med foreldrene og barnehagen eller skolen. Barn med ulike psykiske vansker kan fremstå som uforståelige og vekke sterke følelser i voksne som fort kan forstå barnet fra sitt eget ståsted, og ikke ut fra barnets perspektiv (Landmark & Stänicke, 2016). En viktig del av en behandling vil derfor være å hjelpe de voksne rundt barnet til å komme ut av onde sirkler, og hjelpe dem til å forstå barnet bedre og gjennom det møte barnet på en mer hensiktsmessig måte. Dette kan blant annet være å hjelpe foreldrene til å forstå barnets ståsted og dets relasjonelle behov og måter å kommunisere på. I behandlingen av Nora ble det satt av tid til jevnlig foreldresamtaler med behandler til stede.

I foreldresamtalene kunne behandler fortelle om prosessen, og bidra til bedre forståelse av Nora og det hun strevde med. Det ble også satt opp jevnlig samarbeidsmøter med skole og foreldre sammen. Det foregår ofte en prioritering av hvilken arena som bør arbeides mest med. I arbeidet med noen barn er vanskene størst på skolen, i andre kan utfordringene spille seg mer ut i hjemmet. I arbeidet med Nora ble vanskene vurdert like presserende på skolen som i hjemmet. Skolen var ofte frustrert og opplevde at de ikke klarte å gi Nora den undervisningen hun skulle ha. Det var viktig å hjelpe skolen til å forstå Nora bedre slik at de kunne tilpasse hverdagen og undervisningen.

Gjennom samarbeidet med foreldre og skole fikk behandlingsteamet også nyttig informasjon om Nora, om endring eller mangel på endring. Slik informasjon er viktig for en fortløpende evaluering av tiltakene. Etter at Nora hadde hatt 15 timer i terapi, kunne skolen i et møte fortelle at Nora opplevdes mer forsiktig og ikke så brå og voldsom i møte med de andre barna. Hun låste seg

heller ikke i samme utstrekning i uenigheter og krangler. Vanskene til Nora tok noe lengre tid å få snudd i hjemmet, men etter 20 timer begynte foreldrene å beskrive en endring også der. Foreldrene selv hadde også fått en annen forståelse av det Nora kommuniserte gjennom ord og handling, noe som også kan ha bidratt til endringen. Det ble en gradvis bedring både hjemme og på skolen, og etter ca. ett og et halvt år i terapi ble det konstatert at Nora var i en fin utvikling på skolen, sosialt, faglig og overfor lærere. Hjemme opplevde foreldrene at konfliktene ikke ble så vonde og voldsomme, at de kunne snakke om uenigheter og dele mer positive opplevelser sammen.

Evidens for psykodynamisk psykoterapi for barn og unge

Som vi ser virket behandlingen med Nora forløsende på hennes atferdsmessige og emosjonelle vansker. Hva er evidensen til en psykodynamisk tilnærming, er det neste spørsmålet vi vil se på. Med dette formålet har vi valgt å kort presentere noen sentrale oversiktsartikler og metastudier som presenterer forskning på psykodynamisk psykoterapi med barn og/eller ungdom. Vi har deretter plukket ut noen studier som undersøker effekten av psykodynamisk terapi med ulike tilstander og aldersgrupper, for å kunne si noe om evidensen til psykodynamisk terapi med barn og unge med spesifikke lidelser eller i ulike aldersgrupper.

Oversiktsartikler og metaanalyser på psykodynamisk terapi med barn og unge

I 2011 oppsummerte Nick Midgley og Ellis Kennedy eksisterende studier som var gjennomført på psykodynamisk barne- og ungdomsterapi. De fant 34 studier i alt, hvorav ni var randomiserte kontrollerte studier, tre var kvasi-eksperimentelle studier, åtte var kontrollerte observasjonsstudier, mens 14 manglet kontrollgruppe (Midgley & Kennedy, 2011). De viste til studier på spesifikke enkeltlidelser (depresjon, fysisk sykdom) og mer sammensatte lidelser (komorbide tilstander, kombinasjon av internaliserende og eksternaliserende vansker) samt mer omfattende tilstander med tidlig skade (relasjonstraumer, overgrep, alvorlig omsorgssvikt). Funnene tydet på at psykodynamisk terapi har god effekt på barns symptom- og funksjonsnivå, med effektstørrelser som varierte fra moderate til store. Mange av studiene viste reliabel og klinisk signifikant bedring hos barn som hadde fått psykodynamisk terapi, og noen viste et mønster av økende endring etter terapislutt. Oppsummeringen konkluderte også med at det var behov for flere studier av høy kvalitet (f.eks. med større utvalg og bedre kontrollbetingelser).

Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth og Midgley publiserte i 2013 en metaanalyse som inkluderte 11 randomiserte kontrollerte studier over korttids psykodynamisk psykoterapi (mindre enn 40 timer) med barn og ungdom. Totalt undersøkte metastudien utfallet til 655 unge pasienter med ulike tilstander som angst, depresjon, anoreksi og borderline personlighetsforstyrrelse. Metastudien avdekket robuste overordnede effektstørrelser (Hegdes $g [3]= 1,07$, 95 % konfidensintervall = 0,80–1,34). Det var også en tendens til økning i bedring ved «follow-up» etter avsluttet behandling, noe som av andre forskere har blitt kalt «sleeper-effekten» ved psykodynamisk psykoterapi (se f.eks. Muratori, Picchi, Bruni, Paternello, & Romagnoli, 2003). Selv om Abbas og medforfattere viser til gode resultater av psykodynamisk terapi med barn og unge, var gruppene de sammenliknet, ulike (heterogene), slik at funnene må tolkes med forsiktighet.

Jacqueline M. Golding (2016), som i sin artikkel diskuterer evidensen til psykoterapi for barn og unge, viser til fire metaanalyser over barnepsykoterapi der lek står i sentrum, *play therapy*, som inkluderer et stort materiale på mer enn 200 studier. I dette materialet finner man moderate til store effektstørrelser (0,65 til 0,80) av leketerapi overfor en rekke lidelser. Golding (2016) er kritisk til en del av forskningen på kognitiv atferdsterapi (KAT) for barn, fordi den ofte er kortvarig, og i en naturalistisk setting er det typisk behov for mer enn 12 timer for å hjelpe et barn til en bedret psykisk helse. Samtidig argumenterer hun for at terapier som begrenser seg kun til språklig kommunikasjon med barn, vil kunne streve med å involvere barnet i en terapiprosess. Derimot tenker hun at lek innebærer et større potensial for å nå barnet emosjonelt og møte barnet der det er i sin utvikling, og vil ikke kreve verbal/språklig modenhet på samme måte som terapi som baserer seg på samtale.

I 2017 kom det en ny og oppdatert systematisk oversiktsartikkel fra Midgley og medarbeidere (Midgley, O'Keefe, French, & Kennedy, 2017). Oppsummeringen viser at det fra 2011 til 2017 ble utført ytterligere 23 studier på effekten av psykodynamisk psykoterapi med barn og unge (Midgley et al., 2017). Kvaliteten på studiene vurderes som variabel, men noen vurderes av forfatterne til å ha høy kvalitet. Mange av studiene er på effekt av psykodynamisk terapi på komorbide tilstander, mens andre er på mer avgrensede problemområder som angst, depresjon og atferdsvansker.

I det følgende vil vi løfte frem noen studier fra den voksende forskningslitteraturen på PDT med barn og unge som nevnes over (f.eks. i Midgley et al., 2011; 2017), sortert under ulike relativt vanlige psykiske helseplager.

Depresjon hos barn og ungdom

Det er særlig godt dokumentert at psykodynamisk terapi har god effekt på depresjon blant ungdom (Midgley & Kennedy, 2011). RCT-studiene til Trowell med kollegaer (Trowell et al., 2007; Trowell, Rhode, & Joffe, 2009) har hatt så gode design og demonstrert så god effekt at de britiske nasjonale retningslinjene (NICE guidelines) for behandling av depresjon hos barn og ungdom nå anbefaler psykodynamisk eller psykoanalytisk psykoterapi som et av førstevalgene for behandling av depresjon.

IMPACT-studien (Improving Mood with Psychoanalytic and Cognitive Psychotherapy) (Goodyear et al., 2017) er en annen viktig studie i denne sammenheng. Denne studien regnes som en av de randomiserte kontrollerte studiene med høyest vitenskapelig kvalitet og størst omfang som er gjennomført på barn, uavhengig av behandlingsform. I IMPACT-studien deltok 470 ungdommer, der man sammenliknet KAT (kognitiv atferdsterapi), psykoanalytisk orientert korttidsterapi og en form for psykososial støtteterapi for ungdommer med moderat til alvorlig depresjon. Resultatene viste at det ikke fantes signifikante forskjeller i utfall (bedring i depresjon) mellom de enkelte behandlingene, verken når det gjaldt symptomer eller kostnad av behandlingen. Ved oppfølging ett år etter endt behandling fant man at 85 % av deltakerne som hadde mottatt psykoanalytisk korttidsterapi, ikke lenger fylte kriteriene for depresjon, sammenliknet med 75 og 73 % i de andre behandlingene (KAT og den psykososiale intervensjonen). Dette viste seg ikke å være en statistisk signifikant forskjell, men tyder likevel på at endring over tid synes å være god for psykodynamisk terapi. Studien konkluderer med at psykodynamisk psykoterapi er en virkningsfull behandlingsform for ungdommer med depresjon.

I Norge arbeider Randi Ulberg og kollegaer i dag med et korttids, psykoanalytisk orientert psykoterapiprojekt for ungdommer med depresjon (Ulberg et al., 2012). Ved siden av å se på effekter av psykoterapi for ungdommer med depresjon undersøker de om og når pasientene eventuelt profitterer på å arbeide med temaer som dukker opp i relasjon til terapeuten (overføringsarbeid). For voksne har det vist seg at særlig pasienter som strever mer relasjonelt, har bedre effekt av overføringsarbeid enn de som ikke strever like mye med relasjoner til andre (Høgland et al., 2011). Studien er ennå ikke ferdig, og det gjenstår å se om funnene replikeres med ungdom.

Angst

Flere studier har vist effekt av psykodynamisk terapi ved angst hos barn. To studier nevnt i den siste oversiktsartikkelen til Midgley og medarbeidere (2017) har små utvalg, men gir lovende resultater. Den første (Milrod et al., 2013) undersøkte manualisert psykodynamisk terapi to ganger i uken med

barn fra 8 til 16 år. Med unntak av én pasient som droppet ut, viste det seg at ingen av deltakerne lenger tilfredsstilte kriteriene til en angstlidelse ved behandlingsslutt, de oppnådde signifikant bedring på flere utfallsmål og generell fungering, og endringene vedvarte 6 måneder etter at behandlingen var avsluttet. En annen studie av barn med angst, som også inkluderte en ventelistekontroll (Göttken et al., 2014), viste at 60 % av gruppen som mottok psykoanalytisk orientert leketerapi, ikke lenger tilfredsstilte kriteriene til en angstlidelse, mens for ventelistegruppen hadde ingen av deltakerne opplevd en slik bedring.

Studiene utgjør en lovende og økende evidensbase for psykodynamisk terapi med barn og ungdom

Begynnende personlighetsforstyrrelser og selvskading hos ungdom

Trudie Rossouw og Peter Fonagy (2012) har utviklet en egen psykodynamisk behandlingsmodell for ungdommer som utfører selvskade og har begynnende personlighetsproblemer. De har kalt denne behandlingsmodellen *Mentalization-based treatment for adolescents* (MBT-A). I 2012 gjennomførte de en randomisert studie av denne behandlingen og fant at den var mer effektiv enn annen behandling (TAU). I denne undersøkelsen fant man at ungdommer som fikk MBT-A, selvskadet mindre og hadde lavere nivå av depressive symptomer etter behandlingen enn de som fikk TAU. Man fant også en bedre og mindre forsvarspreget evne til å forstå seg selv og andre gjennom bedret evne til mentalisering, samtidig som ungdommene i denne gruppa reduserte sin tendens til å unngå andre mennesker når de hadde det vanskelig. Med andre ord så de en endring i tilknytningsstrategi, noe de også forstod som en viktig faktor for de gode resultatene.

Komorbide tilstander

Peter Fonagy og Mary Target (1996) publiserte en retrospektiv, naturalistisk analyse av 763 avsluttede barneterapier fra Anna Freud-senteret i London. Barna som ble undersøkt, var i alderen 3 til 18 år. Så mange som 60–70 % av barna med moderat til alvorlige forstyrrelser viste reliabel endring når det gjaldt symptomtrykk og funksjonsnivå i hverdagen. De fant også at barn med mer alvorlige og komplekse lidelser profitterte på mer intensive terapier (dvs. mer enn én time i uka).

Stefani, Horn, Winkelmann, Geiser-Elze, Hartmann og Kronmüller (2013) har gjort en naturalistisk studie på en heterogen gruppe barn og ungdom når det gjelder både alder (fra 6–18 år) og problemområder, men der alle mottok psykodynamisk langtidsterapi. Det spesielle ved denne studien var at de også målte kvaliteten på tilknytningen før og etter endt behandling og ved ett års oppfølging ved hjelp av et tilknytningsinstrument utviklet ved universitetet i Heidelberg. Tilknytningskvalitet har

i andre studier vist seg å være en god prediktor for generell psykisk helse, livskvalitet, mentalisering og global fungering (Levine & Heller, 2010). I Stefani og kollegers (2013) studie fant man at 22,5 % hadde trygg tilknytning ved oppstart av behandlingen. Etter endt behandling fant man at 63,4 % hadde utviklet en trygg tilknytning, og dette økte til 76,6 % ved ett års oppfølging. Til tross for noen metodemessige svakheter, for eksempel at studien manglet kontrollgruppe, tyder funnene på at psykodynamisk orientert behandling kan ha god effekt på barns tilknytningsevne.

Vi vet at endring skjer som resultat av et fruktbart samspill mellom faktorer i barnet selv, i barnets miljø, i den terapeutiske relasjon, i terapeutens væremåte og responsivitet, i metoder og intervensjoner, og rammene for behandling

Ved Erica-stiftelsen i Stockholm ble det gjennomført en serie med studier på barn med komorbide og komplekse psykiske lidelser. De strevde med både eksternaliserings- og internaliseringsvansker, hadde flere diagnoser og strevde på mer enn én livsarena. Studien er kalt EPOS-Studien (Odhammar, Sundin, Jonson, & Carlberg, 2011). Behandlingene var (open-ended) langtidsbehandling (varighet var mellom 1,5 år og 2,5), men målfokusert og med parallelt arbeid med foreldre. Barna var mellom 5 og 10 år. Studien undersøkte både behandlingsprosess, endring og utfall. Man fant store effektstørrelser (Cohen's $d = 1,80$ og $1,98$ på endring fra pre til post), men studien har begrensninger da den ikke hadde kontrollgruppe, og det var relativt få barn med i studien ($N = 33$). I tillegg var det terapeutene som vurderte utfallet av behandlingen, i stedet for foreldrene eller andre i barnas liv, noe som er en svakhet ved studien.

Behandling av barn i fosterhjem

Clausen og medarbeidere (2012) presenterte en studie der 20 barn i fosterhjem mottok langtidspsykoanalytisk orientert leketerapi. Resultatene viste statistisk signifikant bedring i psykiatriske symptomer, vennerelasjoner og skolefungering. Dette kan vise at barn i fosterhjem kan ha nytte av langtidspsykoanalytisk behandling, men studien har flere svakheter, for eksempel at det var terapeutene som vurderte endringen. Det konkluderes med at en trenger bedre studier for å kunne etablere evidens for psykodynamisk terapi for denne gruppen. Samtidig viser artikkelen til at denne pasientgruppen ofte er overrepresentert når det gjelder tilknytningstraumer, utviklingstraumer og psykiske symptomer. På bakgrunn av dette argumenterer forfatterne for at pasientene vil ha behov for mer langvarig terapi, gjerne av psykodynamisk art.

Behandling av spedbarn

Et annet forskningsprosjekt fra Sverige, ledet av Björn Salomonsson (2010), er på psykoanalytisk psykoterapi for spedbarn og deres foreldre. I alt ble 80 små barn randomisert til dynamisk psykoterapi eller til TAU («treatment as usual») gitt ved helsestasjoner i Sverige. Kjennetegnene for de henviste spedbarna var at foreldrene opplevde vansker i samspillet med barna, at barna var urolige og viste ulike tegn på dysregulering. Den psykoanalytiske psykoterapien viste signifikant bedre resultater på flere områder, både for spedbarnet og omsorgsgiver, og økt sensitivitet fra omsorgsgiver overfor spedbarnet sammenliknet med TAU.

Implikasjoner for videre forskning

Det tok tid før man begynte å forske på effekten av psykodynamisk terapi med bruk av kontrollerte studier, men vi har i dag en økende mengde studier av behandling med voksne klienter (se f.eks. Leichsenring et al., 2015), og barnefeltet kommer etter. Det har dels manglet studier i feltet, og dels har de som er gjort, ikke blitt gjort kjent (Midgley et al., 2017). Utvalget av studier som vi nevner i denne artikkelen, er ikke fyllestgjørende eller dekkende for hele feltet av studier på psykodynamisk terapi med barn, men tar utgangspunkt i de viktigste metaanalysene og oversiktsartikler som feltet har frembrakt til nå, og gir en pekepinn på hva som finnes allerede, og hva som fortsatt mangler. Oppsummert er det rimelig å hevde at studiene utgjør en lovende og økende evidensbase for psykodynamisk terapi med barn og ungdom – der behandlingen virker både på utbredte og spesifikke mentale helseplager, men også overfor mer omfattende tilstander der tidlig skade i relasjon til tilknytningsfigurer kan ligge til grunn.

Studiene vi har omtalt, har flere metodemessige svakheter, blant annet at de har små utvalg, og dermed lider de under manglende statistisk styrke. De mangler ikke sjelden kontrollgruppe, noe som gjør det vanskeligere å peke på behandlingen som årsak til eventuell bedring. Enkelte studier opererer med retrospektiv heller enn prospektiv måling av endring. Noen ganger er bedringen kun vurdert av terapeutene, noe som kan gi opphav til ulike fordreininger.

Vi kan derfor si at vi trenger flere studier av psykodynamisk terapi med barn og unge av høy kvalitet, både med avgrensede og sammensatte (komorbide) plager, for med sikkerhet å hevde at denne behandlingsformen har effekt overfor de fleste mentale helseplager. Slike studier, der man studerer en type behandling, må sikre «terapeutisk integritet», altså at det er psykodynamisk terapi

som gis, og ikke noe annet, og en tilstreber at terapeutene følger en manual eller manualliknende prosedyrer. Dette kan imidlertid gå på bekostning av en tilpasning til den enkelte klient fra terapeutens side, eller at behandlingen ikke skreddersys klientens behov. Mange slike fallgruver ved kontrollerte kliniske studier er beskrevet i litteraturen, for en oversikt se Carey og Stiles (2015) og Nissen-Lie (2018).

Det er i dag et krav om at de behandlingsformer som tilbys innenfor offentlig psykisk helsevern, skal være evidensbaserte. Hva evidensbegrepet innebærer, og hvordan det skal anvendes, er imidlertid gjenstand for en pågående diskusjon. Vi skal være klar over begrensningene i dette paradigmet, ikke minst når det gjelder å overføre design og metode fra medisinsk forskning til psykologisk behandling generelt, og psykodynamisk terapi mer spesielt (se for øvrig en mer inngående drøfting av dette i Nissen-Lie, 2018). Selve ideen om at det er behandlingsformen som er ansvarlig for endring i terapi, er også tidvis feilslått. Vi vet at endring skjer som resultat av et fruktbart samspill mellom faktorer i barnet selv, i barnets miljø, i den terapeutiske relasjon, i terapeutens væremåte og responsivitet, i metoder og intervensjoner, og rammene for behandling. Vi vil hevde at den psykodynamiske terapimodellen tar høyde for dette komplekse samspillet, og bør være en arbeidsmetode som har en legitim plass i det psykiske helsevern for barn og ungdom.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi beskrevet noe av det som kjennetegner psykodynamisk arbeid med barn og unge, og illustrert dette med kasuset Nora. Vi har vist til en rekke studier som antyder at psykodynamisk psykoterapi på barn og ungdom har god effekt, både på utbredte og spesifikke mentale helseplager, men kanskje særlig overfor mer komplekse tilstander der tidlige relasjonskader kan ligge til grunn for de psykiske helseplagene. Som nevnt over trenger vi imidlertid flere stringente forskningsstudier av psykodynamisk terapi i barnefeltet, men også kvalitative studier der vi får mer tak i barnets og foreldrenes subjektive opplevelser av behandlingen og kan bruke denne kunnskapen til å forbedre helsetilbudet til barn og unge.

Ved å vise til viktige momenter i en psykodynamisk orientert behandling med Nora har vi forsøkt å fremheve noen særtrekk ved psykodynamisk behandling overfor barn. Med eksempelet Nora har vi også ønsket å vise at forståelsesmodellen ikke er begrenset til terapirommet, men kan brukes på flere arenaer, som for eksempel foreldresamtaler og veiledning til skolen. Den

psykoanalytiske forståelsen åpner for en type klinisk tenkning, muligheten til å gjøre seg tanker og danne hypoteser om sammenhenger mellom den indre og den ytre verden, som er aktuell ved en lang rekke arbeidsoppgaver i en BUP-hverdag, slik som psykoedukasjon, rådgivning og systemarbeid.

I møte med det som fremstår som fastlåst og frastøtende, destruktivt og uforståelig, kan psykoanalytisk kunnskap være til særlig nytte (Landmark & Stänicke, 2016). Vi mener at det å ha et eksplisitt fokus, en behandlingsplan og strategier i klinisk arbeid med barn og unge, deres familier og systemet rundt, med hell kan være preget av psykodynamiske teorier om personlighet, utvikling, psykologisk patologi og terapeutisk endring.

Referanser

- Abbass, A.A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J.S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863–875.
- Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J., Joyce, A., & Woodhead, J. (2005). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy – Claiming the baby*. London: Routledge.
- Hansen, B.R., (2012). *I dialog med barnet*. Oslo: Gyldendal.
- Carey, T.A., & Stiles, W.B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 87–95. doi: dx.doi.org/10.1002/cpp.1942
- Clausen, J.M., Ruff, S.C., Wiederhold, W.V. & Heineman, T.V. (2012). «For as long as it takes: relation-based play therapy for children in foster care». *Psychoanalytic Social Work*, 19 (1–2): 43–53.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14, 137–150.
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, M. & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 793 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 127–77.
- Forandringsfabrikken, se <http://www.forandringsfabrikken.no/>
- Golding, M. (2016). Evidence-based child and adolescent psychotherapy: It's not what you think. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 4, 919–922.

- Goodyer, I.M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, H., (...) & Wilkinson, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109–119.
- Göttken, T., White L.O., Klein, A.M. and Von Klitzing, K. (2014). Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study. *Psychotherapy*, 51(1), 148–58.
- Høglend, P., Hersoug A.G, Bøggwald, K.P, Amlo, S., Marble A., Sørbye, ... Crits-Christoph, P. (2011). Short and long-term effects of transference interpretation in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697–706.
- James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 6.
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689–703.
- Landmark, A.F. & Stänicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648–660.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15–22.
- Levine, A. & Heller, R.S.F. (2010). *Attached: The New Science of Adult Attachment and How It Can Help You find – and Keep – Love*. New York: Jeremy P. Tarcher & Penguin.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children – Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.
- Masur, C. (2009). Parent and Infant Psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57(2), 467–73

- Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Nestic-Vuckovic, T., & Urwin, C. (red.) (2009). *Child Psychotherapy and Research: New Directions, Emerging Findings*. London: Routledge.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, *37*, 232–260.
- Midgley, N., O’Keeffe, S., French, L., & Kennedy, E. (2017) Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: An updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, *43*(3), 307–329. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.1323945>
- Milrod, B., Shapiro, T., Gross, C., Silver, G., Preter, S., Libow, A. and Leon, A.C. (2013). Does manualized psychodynamic psychotherapy have an impact on youth anxiety disorders? *American Journal of Psychotherapy*, *67*(4), 359–66.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 331–339.
- Nissen-Lie, H.A. (2018). Effekt av psykodynamisk psykoterapi ifølge nyere psykoterapiforskning: Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *55*(6), 416–427.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *44*(9), 1127–1128.
- Odhammar, G., Sundin, G., Jonson, G., & Carlberg, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning. *Journal of Child Psychotherapy*, *3*, 3261–3279.
- Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of American Academic Children and Adolescence Psychiatry*, *51*(12), 1304–1313.
- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *45*(4), 444–454.
- Salomonsson, B. (2014). *Psychoanalytic therapy with infants and parents: Practice, theory and results*. London: Routledge.
- Salomonsson, B. & Sandell, R. (2011). A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Mental Health*, *32*(2), 207–31.

- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychology*, 65(2), 98–109.
- Sleire, B.H. & Johansen, R. (2010). *Lekeobservasjon – Faglig veileder for Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-foren...>
- Stefani, A., Horn, H., Winkelmann, K., Geiser-Elze, A., Hartmann, M., & Kronmüller, K.T. (2013). Attachment styles and outcome of psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents. *Psychopathology*, 46(3), 192–200.
- Stänicke, L.I. (2012). Mentalisering i arbeide med barn og unge. *Mellanrummet*, 27, 19–31.
- Stänicke, E. & Stänicke, L.I. (2012). Psykoanalyse og klinisk helsearbeid. I S. Gilbert, E. Stänicke & F. Engelstad (red.), *Psyke, kultur og samfunn. Perspektiver på indre og ytre virkelighet*. Oslo: Abstrakt forlag
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, C., Almquist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anasopoulou, D., Grayson, K., Barnes, J., & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: A place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 3157–3167.
- Trowell, J., Rhode, C., & Joffe, I. (2009). Children depression: An outcome research project. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (red.). *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings*. London: Routledge field.
- Ulberg, R., Hersoug, A.G., & Høglend, P. (2012). Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Trials*, 13, 159. Hentet fra <http://doi.org/10.1186/1745-6215-13-159>
- Våpenstad, E. & Landmark, A.F. (2004). Mer enn å se et barn leke – lekeobservasjon som psykologisk metode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(12), 985–990.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications.
- Wrangsjö, B. & Salomonsson, M.W. (2007). *Tonårstid*. Stockholm: Natur och Kultur.