

Uhåndterlige følelser. Oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet forstått i et emosjonsreguleringsperspektiv

Når ens følelsesmessige aktivering er forvirrende og overveldende, er det vanskeligere å regulere oppmerksomhet, atferd og emosjonsuttrykk. Kunnskap om barns emosjonelle utvikling kan ha betydning for hvordan man bør møte barn henvist med mistanke om AD/HD.

TEKST

**Marianne Hoffart
Birgit Svendsen**

PUBLISERT 6. august 2013

ABSTRACT:

Unmanageable feelings. Attention difficulties and hyperactivity viewed from the perspective of emotional regulation

Many children referred to psychological treatment have difficulty regulating emotions. Some exhibit symptoms consistent with an AD/HD diagnosis, like agitation, hyperactivity and attention difficulties and at times disruptive behavior. These symptoms may have several causes. It is the authors' view that many of these children could benefit from specific interventions not mentioned in the national guidelines for treatment of AD/HD. Research in developmental psychology and neurobiology shows that attachment-based communication between adults and children facilitates the maturation of brain-systems involved in affect- and self-regulation. Humans naturally seek «emotional synchronization» with others in order to understand the emotional state of others and experience their own feelings as legitimate and significant. The authors highlight the importance of dyadic regulation in child development and significance in psychotherapy, emphasizing joint attention and emotional exchange. The topic is illustrated by the presentation of a therapy process with a five-year-old girl, Hanna, who was referred to therapy for hyperactivity and attention difficulties.

Keywords: attachment-based communication, attention difficulties, dyadic regulation, emotional development, hyperactivity

EMNER

Tilknytningskommunikasjon

Oppmerksomhetsvansker

Dyadisk regulering

Emosjonell utvikling

Hyperaktivitet



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

Hanna på fem år ble henvist for uro og hyperaktivitet. Hun hadde alltid hatt et høyt aktivitetsnivå, og foreldrene lurte på om AD/HD kunne forklare Hannas vansker. Hun ble omtalt som ei jente med sterke følelsesutbrudd, lett distraherbar, alltid med en stor del av oppmerksomheten rettet mot omgivelsene, som om hun hele tiden strevet etter kontroll og oversikt. Barnehagen beskrev Hanna som ei oppvakt jente med masse energi som aldri kunne få nok oppmerksomhet. I lek kunne hun bli styrende, og ofte førte dette til avvisning fra andre barn. «Det er så mye av henne», kommenterte foreldrene, og la til at hun derfor mottok veldig mye irettesettelse og tilsnakk, uten at hun hadde blitt roligere av det. Hanna bodde sammen med foreldre, en eldre søster og bror.

«Barn som har vansker med emosjonell differensiering og regulering, kan fremstå som urolige, ukonsentrerte og hyperactive»

[1] Stadig flere barn henvises til psykologisk utredning for mistanke om AD/HD. Den største diagnosegruppen innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Norge er diagnoseblokken F90–98 Adferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser, og i 2009 fikk 62 prosent av barna som havnet i denne gruppen diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse, AD/HD (Helsedirektoratet, 2010). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) vektlegger kvalitetssikring og evidensbasert behandling – «*rett tjeneste til rett bruker, til rett tid*» (side 64), og sier at nasjonale veiledere og retningslinjer bør legges til grunn for utredning og behandling. Veileder for behandling av AD/HD (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005) skriver at behandlingens hovedmål er å redusere symptomer, bedre funksjon i hverdagen og hindre eller begrense utvikling av tilleggsvansker. Tiltakene som anbefales, er behandling ved hjelp av legemidler, tilrettelegging i hjem og skole eller barnehage og eventuelt behandling av komorbide tilstander. AD/HD anses som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse, og behandlingen er rettet mot symptomreduksjon, men i veilederen presiseres det at mange ulike årsaker kan føre til de samme symptomene, og at god differensialdiagnostikk er viktig for å sikre adekvat behandling.

Barn som har vansker med emosjonell differensiering og regulering, kan fremstå som urolige, ukonsentrerte og hyperaktive (Perry, 1997). De kan ha store svingninger i affekt og være svært fysiologisk reaktive (Sroufe, 1995). Samlet oppmerksomhet utover oppmerksomhet på egen indre aktivitet blir vanskelig (Jacobsen, 2010). Mangelfull emosjonell utvikling, eller skjevutvikling, kan dermed bidra til at barnet tilfredsstillende en AD/HD-diagnose, som baserer seg på atferdsmål.

For mange av de ovennevnte henviste barna vil behandling rettet mot symptomreduksjon antagelig være viktig og helt riktig, men det er vår påstand at for en del av disse urolige barna kan symptomene forstås som mangelfull emosjonell utvikling også uten eller med mindre innvirkning fra en underliggende nevrobiologisk AD/HD-tilstand. Dersom vi i møte med barna utelukkende behandler symptomene, uten å forstå hva symptomene representerer, risikerer vi å få ytre regulerte barn uten at noe er gjort med den underliggende tilstanden (Jacobsen & Svendsen, 2010), og det er rimelig å anta at symptomer vil dukke opp igjen, kanskje på en ny måte. Vi vet at utvikling av evnen til å differensiere og regulere egne følelsesmessige opplevelser er noe som skjer ved dyadisk regulering i tilknytningsrelasjonen til nære omsorgsgivere, hvor felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon er sentralt (Fonagy & Target, 2002; Schore, 2006; Sroufe, 1995; Stern, 2003; Tronick, 1989, 1998). Kan denne kunnskapen også bidra til forståelse og utforming av behandling ved denne typen problematikk?

Utvikling av emosjonell differensiering og regulering. Schore og Schore (2008) beskriver tilknytning som et bånd av emosjonell kommunikasjon mellom barnet og barnets omsorgsgiver, og de har introdusert det de kaller en «oppdatering» av Bowlbys tilknytningsteori fra 1969. Deres moderne tilknytningsteori, kalt reguleringsteori, bygger på utviklingspsykologisk og nevrobiologisk forskning som viser at den affektive tilknytningskommunikasjonen, herunder ubevisst, interaktiv regulering bidrar til modning av hjernesystemer som er involvert i affekt- og selvregulering. Om barnet får gjentatt erfaring med økt affektiv aktivering og påfølgende modulering, vil hjernen bli bedre tilpasset til å dempe høy aktivering (Fonagy & Target, 2002; Sroufe, 1995). Om tidlig opplevd høyt stressnivå ikke blir regulert tilstrekkelig, vil det kunne resultere i et høyt nivå av steroider som direkte påvirker genuttrykk og videre utvikling av det neuroendokrine stressresponsystemet. Det kan resultere i at barnet får et mer sensitivt stresssystem og blir mer emosjonelt reaktivt (Coplan et al., 1996; Fonagy & Target, 2002; Gerhardt, 2004; Shuder & Lyons-Ruth, 2007). Et barn som i utilstrekkelig eller varierende grad blir respondert på og får bistand til emosjonell regulering, vil derfor kunne ha sterke affektive uttrykk (Saarni et al., 1998). Ved stadig overveldelse av affekt på grunn av høy aktivering som ikke reguleres tilstrekkelig, vil barnet få vansker med å forstå og å integrere de emosjonelle opplevelsene (Jacobsen, 2010). Det er viktig i denne diskusjonen å anerkjenne at det ikke kun er den voksnes atferd, men også barnets genetiske disposisjoner, barnets temperament, som påvirker den affektive kommunikasjonen, og følgelig hva slags tilknytning barnet får (Torgersen, 2013). Ulike barn reagerer ulikt på like omgivelser, og omgivelsene reagerer ulikt på ulike barn. Vi kan tenke oss at et barn som er mer emosjonelt reaktivt enn søsknene sine, vekker andre responser hos sine omsorgspersoner, men også er i behov for en annen type respons for å skape en trygg tilknytning.

En forutsetning for adekvat regulering er at omsorgsgiveren oppfatter barnets nonverbale uttrykk, og at barnet også fanger opp affektiv informasjon fra omsorgsgiveren. Den menneskelige hjerne synes å være tilpasset akkurat dette i stor grad allerede fra spedbarnsalder av (Saarni et al., 1998; Tronick, 1998). Mennesker søker affektiv synkronisering med andre mennesker (Hart & Kæreby, 2009; Shore, 2006; Tronick, 1998). Dette forutsetter muligheten til å kunne dele og være sammen i en emosjonell tilstand, og å kunne påvirke hverandres subjektive opplevelse, det som Stern (2003) kaller «intersubjektiv relatering». Omsorgspersonen kan regulere barnet ved å modulere sin egen affektive tilstand (Schore, 2006), og slik får barnet en utvidet reguleringskapasitet (Tronick, 1998).

Dyadisk regulering gjennom felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon i samspillet mellom barn og terapeut. Den virksomme terapeutiske faktoren vi fremhever, er dyadisk regulering, hvor felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon blir viktige terapeutiske intervensjoner.

Når vi vet at mennesker intuitivt plukker opp emosjonelle signaler i møte med andre (Gallese, 2003; Jackson et al., 2006), og har en naturlige søken etter affektiv deling og synkron affektive opplevelser (Hart & Kæreby, 2009), vil også terapeutens egne

intuitive responser på barnets kommunikasjon gi verdifull informasjon om barnet (Hart & Kæreby, 2009; Schore & Schore, 2008). Lekens affektive innhold blir viktig for å forstå hva barnet formidler, og dette kan utforskes ved at terapeuten er nysgjerrig på sine egne følelser og reaksjoner i møte med barnet. Ut fra vår forståelse blir det viktig at terapeuten retter oppmerksomheten dit barnet retter sin (Haavind, 1996), er til stede i barnets formidling (Hansen, 2002) og lar seg påvirke av følelser og deltar i gjensidig konkret utveksling (Hansen, 1994). Gjennom intersubjektive møter med en emosjonelt tilgjengelig annen (Schore, 2006; Stern, 2003) og gjensidig dyadisk regulering (Tronick, 1989, 1998), får barnet erfaring med sin egen aktivering og utvikler sin egen evne til emosjonell regulering (Fonagy & Target, 2002; Sroufe, 1995). Gjennom den terapeutiske prosessen blir det viktig at terapeuten bekrefter og navngir følelser som barnet formidler, slik at følelsene blir mer forståelige og mindre overveldende (Eide-Midtsand, 2002; Russ, 2004).

Metode

Kasusstudier gir gode muligheter for å gå i dybden av en terapeutisk prosess og er derfor godt egnet til å utforske *hvordan en behandling virker*. En slik induktiv tilnærming vil kunne gi et innblikk i komplekse terapeutiske prosesser (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Denne kasusstudien er retrospektiv, og bygger på DVD-opptak og journalnotater fra et behandlingsforløp. Førsteforfatteren var terapeut, mens andreforfatteren bistod med veiledning av terapiprosessen og veiledet hovedoppgaven denne artikkelen bygger på. Terapiforløpet ble gjennomført som studentterapi med to studenter bak speil, og disse deltok i drøfting med terapeut og veileder etter hver terapitime. Utredning og behandling bestod av to samtaler med barnets foreldre alene, en samtale med barnet og foreldrene sammen, tre innledende individuelle møter med barnet med påfølgende ti timer individualterapi og tre samarbeidsmøter med foreldre og barnehage. Individualterapien ble gitt i form av tidsavgrenset psykoterapi (se Svendsen & Johns, 2012, for gjennomgang av metode).

Hanna - jenta det var for mye av

Hanna ble henvist for vansker med uro og hyperaktivitet, oppmerksomhetsvansker, sterke følelsesmessige svingninger og utfordrende atferd overfor andre, voksne som barn. Disse symptomene var som oftest til stede, uavhengig av tid og situasjon.

De første tre timene på lekerommet med Hanna var preget av svært høy aktivitet og raske brudd. Hanna tok i bruk hele rommet, nye aktiviteter ble stadig påbegynt for så å brytes av uten naturlig avslutning. Innholdet i leken var preget av mye negativ affekt, som redsel, sinne og skremsel; barn måtte være uten foreldrene sine, de ble latterliggjort og kjeftet på og behandlet hverandre svært dårlig. En rigid gjentakelse av denne tematikken utspilte seg, og Hanna fremstod som svært aktivert og oppjaget. Følelsene Hanna viste med kropp og ansikt, så ut til å stemme dårlig overens med innholdet i leken. Hun uttrykte en hektisk og oppkavet glede når leken var preget av

sinne og ødeleggelse. Hele tiden hadde Hanna kontrollen, i leken og overfor meg, ved å fortelle hva som skulle skje og hvordan jeg skulle te meg. Om jeg avvek fra dette, virket Hanna enda mer oppjaget.

Psykologisk forståelse. Hanna fremstod som ei jente med svært høy følelsesmessig og atferdsmessig aktivering, og hennes evne til å regulere denne aktiveringen lot til å være begrenset til en ytre form for regulering. Når ingen ytre regulering fant sted, syntes Hannas indre aktivering å eskalere til det ganske ubehagelige. Jeg satt stadig igjen med en opplevelse av begrenset handlefrihet og undret meg på om denne kontrollen gav henne en slags oversikt over den ytre verden. Kanskje var det et forsøk på å regulere egen aktivering. Hennes følelsesuttrykk virket både uregulerte og tvetydige, og det kunne virke som at Hanna hadde vansker med å forstå sin egen følelsesmessig aktivering og skille ulike følelser fra hverandre. Jacobsen (2010) beskriver hvordan dårlige utviklede evner til emosjonell regulering gjør emosjonell differensiering vanskelig. Når følelser ikke kan differensieres, blir den emosjonelle aktiveringen uforståelig, og en generell forhøyet kroppslig aktivering og uro blir opprettholdt. Samlet oppmerksomhet blir vanskelig, og uten differensierte følelser som guide får oppmerksomheten heller ingen retning. Hanna uttrykte noe jeg ikke kunne forstå, og derfor hadde jeg vansker med å ta imot og romme.

Hanna fikk tilbud om tidsavgrenset individualterapi med ukentlige møter over ti uker. Det ble vurdert som viktig å møte og dele, bekrefte og anerkjenne Hannas emosjonelle uttrykk, slik at Hanna kunne få muligheten til større integrering og forståelse av sitt eget følelsesliv. Derfor anså vi det også som viktig å gi Hanna sitt eget terapeutiske rom hvor hun fikk formidle seg via lek. Ved å legge til rette for økt forståelse og toleranse for egen aktivering ønsket jeg å støtte opp under utviklingen av emosjonell reguleringssevne. Fokuset for terapien ble «å bli kjent med Hanna og Hannas kraft».

Følelser som tar overhånd. De første timene brukte Hanna det meste av tiden til å tømme hele-verden-skapet for samtlige leker ved å kaste dem hardt i sandkassen, rundt i rommet, og på meg, mens hun lo høyt og oppkavet. Deretter samlet hun seg ofte om dukkelek. Hun laget en stor familie som fulgte oss gjennom flere timer, hun tildelte meg roller og instruerte meg om hvordan de skulle spilles. Uavhengig av scenarioer som ble regissert, var temaet i leken alltid det samme, med ufravikelig rigiditet; Storesøster, spilt av Hanna, hadde en unik plass i familien. Hun kontrollerte alle, kjeftet, skremte og gjorde narr av de andre barna, mens hun lo høyt. Intensiteten økte stadig, og jeg var usikker på hvordan jeg skulle møte henne. Skulle jeg ta imot og romme kraften hun viste, eller skulle jeg sette grenser for hennes utfordrende atferd? Jeg valgte å ta imot alt «guffet» hun gav meg, jeg var til stede, forsøkte å benevne hennes atferd og å møte og speile affekt. Ved å delta i og bekrefte Hannas emosjonelle uttrykk var intensjonen å bidra til å utvide Hannas reguleringskapasitet og gjøre hennes opplevelser og reaksjoner mer meningsfulle og tålelige. Når Hannas affektive uttrykk var så tvetydige, var det til tider vanskelig å vite hva hun forsøkte å uttrykke. Den oppkavede, hektiske gleden opplevdes ubehagelig. Som terapeut kjente jeg selv et emosjonelt kaos hvor ingenting lot seg plassere. Jeg forsøkte å matche det som fremstod som den emosjonelle

stemningen i det hun formidlet, redselen, tristheten og sinnet, og tillegge den tydelig mening med stemme, kroppsholdning og atferd. Hanna gav tydelig uttrykk for at hun likte min oppmerksomhet, og fulgte nøye med på meg og mine responser, men hun fortsatte å behandle meg som dukkene hun gav liv gjennom leken. Hun tok full kontroll over min atferd, kjefte og kalte meg «dumme baby». Etter hvert kjente jeg på en voksende irritasjon overfor Hanna og fikk et behov for å protestere. Kanskje var det slik det var for Hanna også. Alle i Hannas omgivelser forsøkte å begrense henne, korrigere, roe og dempe. Hennes behov for å ta kontroll over sine omgivelser ble mer forståelig etter hvert som jeg tilbrakte tid med Hanna.

Etter som de destruktive lekescenarioene fortsatte å utfolde seg, forsøkte jeg å tilføre elementer i leken som kunne være en form for redning for de redde barna, men alle mine forsøk ble blankt avvist. Jeg forsøkte å yte motstand mot kontrollen hun utøvde, og uttrykke eget ubehag og egne grenser, hvorpå Hanna reagerte ved å eskalere ytterligere til hun til slutt skrek av full hals at jeg måtte gjøre som hun sa. Ganske eksplisitt kommuniserte hun at jeg gjorde noe galt. Jeg tok ikke del i opplevelsen hennes, tvert imot gjorde jeg akkurat det samme som de fleste andre voksenpersoner gjorde i møte med Hannas kraft. Jeg tok ikke imot det hun formidlet. Signaliserte jeg med dette at jeg ikke kunne tåle hennes opplevelser? At de faktisk ikke var håndterbare, heller ikke for meg? Kanskje var det mitt behov, og ikke Hannas, å ta vekk de vonde følelsene. Jeg bestemte meg for å følge Hanna ved å rette oppmerksomheten mot det hun formidlet, uten å korrigere, men forsøke å ta imot, delta og gjennom affektiv kommunikasjon gi tilbake det jeg opplevde at Hanna formidlet.

Samspill i utvikling. Etter som timene gikk, ble mindre tid viet til dukkelek, og tegning ble den foretrukne aktiviteten. Hanna ble raskt mer opptatt av mine tegninger enn sine egne. Hun «kakket» alle fargeblyantene hardt på en av mine tegninger og knekket alle spisser i tur og orden fordi hun skulle lage lyn og torden på blomstene jeg hadde tegnet, mens hun ropte at blomsten min døde. Dette gjentok seg flere ganger før tegneaktiviteten utviklet seg til noe nytt; jeg skulle tegne i blinde, av og til også i mørket, mens Hanna instruerte meg. Som tidligere fortsatte jeg å la meg styre, og jeg beskrev høyt hvordan det opplevdes å bli styrt på denne måten, med en tanke om at jeg med dette kanskje satte ord på og gjorde tydeligere Hannas egne opplevelser av å bli styrt og begrenset. Etter hvert ble dette en aktivitet preget av glede og engasjement, Hanna frydet seg over min uvitenhet og underdanighet, og hun begynte å hjelpe til når jeg stod fast. Idet hun fikk beholde kontrollen og jeg begynte å beskrive følelsene jeg selv kjente da jeg satt der og tegnet i blinde i mørket, endret etter hvert både innholdet, affekten og intensiteten i leken seg. Jeg opplevde at Hanna var på vei mot bedre selvregulering. Den voldsomme, utfordrende atferden ble etter hvert gradvis redusert. Innholdet i leken endret seg og fikk større innslag av varme, glede og omsorg. En rollelek hvor vi selv spilte i rollene som gode venner, utviklet seg. Hannas affektive uttrykk virket etter hvert ekte og «på sin plass»; intonasjonen i stemmen og atferden hun viste, stemte mer overens med det emosjonelle innholdet i historien hun regisserte. Hanna fremstod som mer regulert både i atferd og affekt. Også den

kontrollerende atferden avtok etter hvert som timene skred frem; den generelle kontrollen og kommanderingen ble avløst av tidvise, kortvarige utbrudd av kjeft og korrigerende, mellom perioder av nært og mer jevnbyrdig samspill hvor jeg fikk mer handlingsrom. De siste timene bar preg av samlek, fysisk nærhet, omsorg, glede og engasjement mellom oss; det var godt å være sammen med Hanna. Sett fra terapeutens ståsted ble dyadisk regulering gjennom felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon virksomme terapeutiske prosesser.

Foreldre og barnehage som reguleringshjelpere. Kanskje var Hanna født med disposisjoner som gav henne en lav terskel for emosjonell aktivering. Emosjonelt reaktive barn krever mer av omsorgspersonene enn andre barn for å kunne inngå i intersubjektiv deling av affekt. Det kreves tydeligere speiling og benevning av barnets følelser. Hanna hadde andre behov enn søsknene sine. Samtaler og samarbeidsmøter med foreldre og barnehage handlet om nettopp dette. Ved å formidle vår forståelse av Hanna og våre tanker om hvordan vi på mest hensiktsmessig måte kunne møte henne, kunne vi alle jobbe i samme retning, og alle de betydningsfulle relasjonelle møtene i Hannas liv endret seg. Hver dag forsøkte foreldrene og de ansatte i barnehagen å møte Hannas sterke affektive uttrykk; ta imot og romme, benevne og akseptere det Hanna formidlet.

«Dersom vi i møte med barna utelukkende behandler symptomene, uten å forstå hva symptomene representerer, risikerer vi å få ytre regulerte barn»

Ti uker senere – fortsatt positiv utvikling. Ti uker etter avslutning av behandling møtte foreldrene til oppfølgingssamtale. De fortalte om fortsatt endring over ukene som hadde gått; Hanna var roligere, gladere, mer fokusert og lettere å samhandle med. Det mest verdifulle de hadde fått ut av terapien, var at de nå så Hanna på en litt annen måte enn tidligere. Fremdeles var Hanna ei aktiv jente, men de opplevde at det å ta imot det hun uttrykte og «å tillate mer Hanna», gjorde at hun ble i bedre stand til egen regulering. Terapiformen syntes å bidra til å støtte opp under Hannas emosjonelle utvikling. Hannas følelsesuttrykk fikk tydeligere mening, både for Hanna selv og Hannas omgivelser, og slik kan vi tenke oss at Hanna fikk delta i flere positive relasjonelle møter, som igjen fortsatte å støtte opp under en god utvikling.

Diskusjon

Gjennom å delta i intersubjektiv deling av affekt får vi ta del i en annens opplevelse, samtidig som vi har innvirkning på denne opplevelsen. Sagt med andre ord, gjennom felles oppmerksomhet og affektiv utveksling i lek muliggjøres dyadisk regulering. Kanskje kan en tenke på terapeuten til dels som en oversetter, en oversetter av barnets

indre verden, som kan gi barnets uttrykk tilbake til barnet i en mer forståelig og håndterbar form, ved at terapeuten navngir barnets uttrykk så vel som egne emosjonelle opplevelser. Dersom følelsene uttrykkes med tydelig ansiktsuttrykk, kroppsholdning og stemmebruk, blir terapeuten en slags forstørrer av barnets uttrykk. Samtidig er det rimelig å tenke at barnet gjennom at følelser tas imot og rommes, opplever sine egne følelser som mer tålelige, barnets egen toleransegrense for aktivering utvides, og barnet kan ha oppmerksomheten rettet mot egen aktivering uten å bli overveldet. Dette muliggjør affektiv integrering. Kanskje kan det virke kontroversielt å skulle følge og bli med på barnets affektstorm heller enn å hjelpe til med å begrense den, eksempelvis ved å skape tydelige ytre rammer for akseptabel atferd og uttrykk, men ved å speile og bekrefte barnets følelser, bekreftes barnets opplevelse som noe legitimt og meningsfullt, også for andre.

Hva så med foreldrenes rolle i dette? Det er tross alt foreldre og andre voksenpersoner i barnets liv som tilbringer mest tid med barnet. Vil den ene timen i uken med terapeuten utgjøre noen forskjell? Kanskje. Eller kanskje det er oversettelsesarbeidet som er gjort med barnets foreldre, som er av avgjørende betydning, ved at barnets uttrykk blir meningsfullt for foreldrene. Uavhengig av dette vil de ovennevnte beskrivelsene være med på å legitimere at barnet får sitt eget terapeutiske rom og at en som terapeut får bruke tid med barnet.

Av og til, om symptomtrykket er stort, vil rask symptomlette være helt nødvendig (Jacobsen & Svendsen, 2010), og en kan tenke seg at symptomlette alene kan ha en rekke positive konsekvenser, også uten å etterstrebe forståelse av symptomene og symptomenes funksjon for individet. Men det er rimelig å anta at ensidig fokus på å fjerne symptomene i mange tilfeller vil kunne bære galt av sted. Med Hannas historie kan vi se for oss en behandlingstilnærming rettet mot symptomreduksjon og atferdskorreksjon, eksempelvis ved hjelp av medikamentell behandling, foreldreveiledning og tilrettelegging i barnehage, lik tilnærmingen som anbefales ved behandling av AD/HD (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Og kanskje hadde dette gitt positive resultater i form av symptomreduksjon og bedre sosial tilpasning, men lite ville ha blitt gjort med de grunnleggende vanskene, her forstått som mangelfull emosjonell utvikling. Med behandling rettet mot symptomreduksjon alene ville Hanna kunnet tilegne seg strategier for å hemme uttrykket av egenaktiveringen. Hun kunne blitt et ytre regulert barn med dårlig utviklet emosjonell differensiering og forståelse av sitt eget følelsesliv. Den kroppslige uroen ville gitt liten eller ingen emosjonell mening, og Hanna kunne blitt utydelig både for seg selv og omverdenen.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi fremhevet betydningen av dyadisk regulering gjennom felles oppmerksomhet og affektiv kommunikasjon som terapeutisk virksomme faktorer. Dette har vi forsøkt å vise med et kasus hvor uro, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker var henvisningsgrunn. Hva slags implikasjoner vil dette kunne ha for hvordan vi møter urolige barn som blir henvist til psykologisk utredning

og behandling? Den terapeutiske tilnærmingen som beskrives her, krever at vi tilbyr barnet sitt eget terapeutiske rom som muliggjør oppmerksomhet på barnets subjektive følelsesuttrykk (Johns & Svendsen, 2012), og det krever en terapeut som er villig til å ta i bruk og lytte til eget følelsesregister i møte med barnet. Terapeuten må så gi en psykologisk forståelse av barnet tilbake til foreldrene og andre viktige samarbeidspartnere (Svendsen, 2007 a, b; 2010), slik at viktige tilknytningspersoner kan støtte opp om barnets emosjonelle utvikling.

I møte med andre inngår vi i gjensidig affektiv utveksling, og vi reguleres av hverandre. Spørsmålet vil derfor aldri være hvorvidt vi «benytter» affektiv kommunikasjon i terapi eller ikke, eller hvorvidt vi deltar i dyadisk regulering, men heller hva slags verdi vi tillegger denne formen for kommunikasjon, og hvordan vi velger å forholde oss til den.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 802-808

TEKST

Marianne Hoffart, Barne- og familietjenesten Østbyen, Trondheim kommune

Birgit Svendsen, Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

KONTAKT: birgit.svendsen@svt.ntnu.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.

Coplan, J. D., Andrews, M. W., Owens, M. J., Friedman, S., Gorman, J. M. &

Nemeroff, C. B. (1996). Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, 93, 1619-1623.

Eide-Midsand, N. (2002). Den barneterapeutiske dialogen: I. Formidling gjennom handling og tilrettelegging. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 39, 595-603.

Eisenhardt, K. M. & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. Academy of Management Journal, 50, 25-32.

Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. Psychoanalytic Inquiry, 22, 307-335.

Gallese, V. (2003). The Roots of Empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. Psychopathology, 36, 171-180.

Gerhardt, S. (2004). Why love matters: How affection shapes a baby's brain. Hove, East Sussex; New York: Brunner-Routledge.

Haavind, H. (1996). Leken som virkemiddel i psykoterapi med barn. I Reichelt S. & Haavind, H. (red.), Aktiv psykoterapi. (s. 245-280). Oslo: Gyldendal.

Hansen, B. R. (1994). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn. Implikasjoner fra nyere spedbarnsforskning. I Kjær, M. & Moe, E. (red.), Skjønner du? Kommunikasjon med barn (s. 79-96). Oslo: Nic Waals institutt.

- Hansen, B. R. (2002). Møtet med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. I Rønnestad, M. H. & Lippe, A. L. v.d. (red.), Det kliniske intervjuet (s. 185-216). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix*, 3, 289-291.
- Helsedirektoratet (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009. Norsk pasientregister. Oslo.
- Jackson, P., Brunet, E., Metzoff, A. & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, 44, 752-761.
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 25-40). Bergen: Fagbokforlaget.
- 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 psykoterapi med barn. I Svendsen, B., Johns, U.T., Brautaset, H., og Egebjerg, I. (red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the 'cycle of violence'. I J. Osofsky (red.), *Children, youth and violence: The search for solutions* (s. 124-148). New York: Guilford Press.
- Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Saarni, C., Mumme, D. L. & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. I Damon, W. & Eisenberg, N. (red.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personal development* (s. 237- 309). New York: Wiley.
- Schore, A. (2006). Kommunikasjon mellom forældre og spædbarn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udviklingen. I Sørensen, J. H. (red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (s. 166-185). København: Hans Reitzels forlag.
- Schore, J. R. & Schore, A. N. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clinical Social Work Journal*, 26, 9-20.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/ attention deficit hyperactivity disorder (AD/ HD) hos barn, ungdom og voksne. Oslo.
- Shuder, M. R. & Lyon-Ruth, K. (2007). «Hidden Trauma» in Infancy. Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System. I Osofsky, J. D. (red.), *Young children and trauma. Intervention and treatment* (s. 69-104). New York: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. N. (2003). *Spædbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Svendsen, B. (2007a). Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Svendsen, B. (2007b) Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I Haavind H. & Øvereide, H. (red.), *Barn og unge i psykoterapi. Samspill og forståelse* (s. 294-327). Oslo: Gyldendal.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I Jacobsen, K. & Svendsen, B. (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: Grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 41-61). Bergen: Fagbokforlaget.

Svendsen, B. & Johns, U. T. (2012) Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I Svendsen, B., Johns, U. T., Brautaset, H. & Egebjerg, I. H. (red.), Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge (s.35-72). Fagforlaget.

Torgersen, A. M. (2013). Forklaringen av individuelle forskjeller i tilknytningsmønstre hos barn og voksne. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50(1), 16-22.

Tronick, E. Z. (1989). Emotion and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.