



Annika Skandsen
Bergen

Til Huttetuenes land – en reise inn i et traumatisert barns raseri

*”Til slutt sa moren hans: Huttetu så vill du er!
Og Max knurret og sa: Jeg skal ete deg”.*

Det innledende sitatet er fra boken ”Til Huttetuenes land” av Maurice Sendak (1963), en bok filmatisert av Spike Jonze (2009). Den filmatiske tolkningen handler om Max, en ung gutt med lav impuls kontroll og stor fantasi. Han kan tidvis oppleves utiltalende, men mest av alt er han et barn, med et barns reaksjoner og måte å te seg på. Han lever i et hjem preget av omveltninger og konflikt. Etter en krangel sender moren ham til sengs, uten kveldsmat, hvorpå han kjenner på et sterkt raseri. Max klarer ikke å identifisere og kontrollere disse følelsene. De overveldende følelsene og fantasien hans fører han ut på et åpent, urolig hav, som skyl-

ler han i land i Huttetuenes land. Stedet er bebodd av de ville Huttetuene, ville monstre som gjør Max til konge, men som også truer med å spise ham. På lik linje med Max er Huttetuene sammensatte skapninger med et veldig sterkt og svært vekslende humør – og uttrykker på ulike måter den indre konflikten i han selv. Huttetuene er store, sterke, myke og lodne. De er gode å ligge inntil, men de kan også være skremmende og skade han. Som seer kan man sitte med en følelse av kaos og forvirring, «er huttetuene snille eller slemme, trygge eller utrygge, venner eller fiender? En får en fornemmelse av å seile på åpent urolig hav uten kjente landemerker. Store

deler av historien handler om hvordan Max i fantasien bygger seg omgivelser i Huttetuenes land som trygger – og hvor vanskelig det er for han å få denne tryggheten til å vedvare.

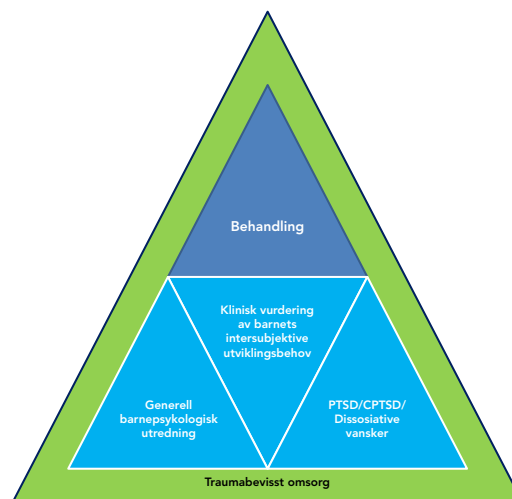
I jobben min med traumatiserte barn er dette en fortelling mine tanker jevnlig streifer innom. I likhet med den filmatiske tolkningen av karakteren Max møter jeg barn fylt med raseri. De lever i hjem preget av konflikt og jobber iherdig med å utvikle strategier for å bygge indre omgivelser som trygger – strategier som er svært krevende å opprettholde.

Innledning

I møte med barn sine kaotiske liv, atferd og kommunikasjonsutfordringer kan det tidvis være vanskelig å utrede og treffe på vurderinger av eventuelle behandlingsbehov, da særlig basert på standardiserte kartleggingsverktøy. I en strukturert kartleggingssamtale/observasjon kan barna fremstå så urolige og kaotiske at det kan være vanskelig å få tak i kvalifiserte svar, både fra barnet selv og deres omsorgsperson. I krevende tilfeller kan dette medføre at en legger bort en helhetlig traumekartlegging og konsentrerer seg om kun de delene av barnets fungering som lettest lar seg rapportere og kategorisere, eks. åpenbare konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker. Med ønske om å bidra til en utvidet forståelse for disse barna har jeg blitt opptatt av hvordan å styrke min kompetanse i å sortere ut hva som er deres viktigste hjelpebehov. Barna trenger en forståelse som gir mening for dem og trygger dem i det å kjenne seg selv forstått – utover den de finner når de rømmer til Huttetuenes land.

Mange av barna har opplevd krenkelser over tid i kombinasjon med begrenset reguleringsstøtte. I en sortering av hjelpebehov bør en i så måte ha særlig et øye for om barnet kan være utviklingstraumatisert. Utviklingstraumatisering er et begrep som referer til komplekse traumatiske belastninger som over tid skjer tidlig i et barns liv. Belastningene er egnet til å forstyrre et barns utvikling ettersom de inntreffer i utviklingssensitive perioder i livet (Nordanger & Braarud, 2017). Traumefeltet, blant annet Nasjonalt kompetansenettverk for utviklingstraumer, Cactus (CACTUS) nettverket (Child and adolescent complex trauma society) har vært opptatt av hvordan forstå ut-

viklingstraumatiserte barn og hvordan gå frem for å få et best mulig bilde på hvilke vansker de sliter med. Nettverket viser bl.a. til nyttige verktøy som Child behaviour checklist (Achenbach og Rescola, 2001), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kaufman et al., 1997), The development and well-being assessment (Goodman et al., 2000), Alarm distress baby scale, (Guedeney et al., 2001) og Neurosequential model of therapeutics (Perry and Hambrick, 2008) – men er også opptatt av nye måter å kartlegge disse barna.



Basert på ervervet traumekompetanse har jeg for min egen del utviklet en integrert traumeutrednings- og behandlingsmodell som hjelper meg å organisere arbeidet mitt og gi meg retning i det tidvis uoversiktlige landskapet. Elementene i modellen omfatter både eksisterende kunnskap i traumefeltet og det jeg har sett behov for, en utvidelse i form av klinisk vurdering av barnets intersubjektive utviklingsbehov. Modellen består kort fortalt av en stor trekant, bestående av flere små trekanter. Den grønne trekanten som omslutter hele modellen består av «Traumebvisst omsorg» (Bath, 2008), og rammer inn all utredning og behandling av traumatisering. «Traumebvisst omsorg» (Bath, 2008) er en forståelsesramme som fokuserer på hvilke omsorgsmiljø traumatiserte barn og unge trenger for å støtte opp om helingsprosesser og optimalisere spesifikk traumebehandling. Forståelsesrammen vektlegger barnets behov for å få leve i fysisk og psykologisk trygghet, hjelp til å utvikle

livgivende relasjoner og evne til følelsesregulering. Ved å tilstrebe et mest mulig traumebevisst miljø rundt barnet under utredning og behandling, er min erfaring at en styrker rammene og øker sannsynlighet for gode behandlingsprognoser.

Den mørkeblå trekanten som representerer «Behandling», står på pilarene av de lyseblå trekantene som er «Utredning». Jeg anser utredning og behandling til å gå hånd i hånd, særlig i møte med ekstra sårbare barn som har opplevd alvorlige tillitsbrudd i relasjon. Ved å dele opp disse tiltakene, eksempelvis mellom ulike behandlere, mener jeg at en mister noe vesentlig av fingerspissfølelsen og den terapeutiske alliansen (Bordin, 1979) som kreves av både pasient og behandler ved et senere tidvis utfordrende behandlingsforløp. Utfall i terapi er nært knyttet opp til den terapeutiske alliansen (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011), men barn utsatt for gjentatte overgrep kan ha utviklet en generell mistillit som gjør det krevende å etablere en slik allianse. Utredning av traumatiserte barn kan derfor være et møysommelig arbeid som innebærer brudd og reparasjoner i relasjonen mellom terapeut og pasient. En slik prosess gir samtidig en uvurderlig førstehåndsinnsikt i pasientens fungering, da særlig dens implisitte kommunikasjon og psykologiske forsvar. Denne innsikten kan igjen styrke terapeutens forutsetning for tilpasset kommunikasjon og muligheter for å navigere best mulig i et senere behandlingsforløp. Modellen utelukker ikke at det legges til rette for flere profesjonelle blikk på et barn under selve utredningen, men fremhever viktigheten av terapeut-kontinuitet over i behandlingsforløpet.

For å få til en grundig og god utredning av traumatisering, starter jeg alltid ut med en «Generell barnepsykologisk utredning», i form av anamnestisk intervju, The development and well-being assessment (DAWBA) (Goodman et al., 2000) eller Kiddie-SADS (Kaufman, 1997), Child behaviour checklist (Achenbach og Rescola, 2001), og somatisk undersøkelse ved behov. Deretter gjennomfører jeg en «Klinisk vurdering av barnets intersubjektive utviklingsbehov» for å vurdere om, og eventuelt hvilke utviklingsoppgaver traumatiseringen har forstyrrt. Avslutningsvis utreder jeg spesifikt for Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), Kompleks Posttraumatisk stresslidelse (CPTSD) og Dissosiative vansker/lidelser. Det finnes flere relevante utredningsverktøy, men jeg velger først

og fremst å fremheve verdien av observasjon i kombinasjon med god kjennskap til traumatisering som fenomen. I tillegg kan en benytte seg av skjemabasert kartlegging i form av Kartlegging av traumatiske erfaringer barn og foreldre (KATES I og II) (NKVTS, 2016), Child dissociative checklist (CDES; Putnam, Helman et al, 1993) og Adolescent dissociative checklist (ADES; Armstrong, Carlson et al., 1997).

Hver av trekantene krever egen spisskompetanse for å kunne gjennomføres og omsider sys sammen til en hel trekant.

Den videre fremstillingen vil kun fokusere på trekanten som heter «Klinisk vurdering av barnets intersubjektive utviklingsbehov». Målet med artikkelen er å belyse: på hvilken måte rammene for utredning kan bidra til sammenheng og bygge bro over i et behandlingsforløp; og hvordan utredning av barnets følelsesreaksjoner i lys av intersubjektive utviklingsbetingelser og sentrale grunnfenomener kan føre til at barnets tilsynelatende uforståelige atferd kan fremstå som meningsfull.

Jeg håper artikkelen kan være et nyttig eksempel på hvordan en kan skape oversikt over barns fungering når deres ytre og indre liv preges av kaos. Den vil særlig kunne være aktuell ved utredning av PTSD og utviklingstraumatisering i spesialisthelsetjenesten BUP, men også for å kunne vurdere hva som blir mest hensiktsmessig henvisningsgrunn i 1. linjetjenesten. Forhåpentligvis vil Utviklingsrettet intersubjektiv forståelse også kunne inkluderes og fremheves av traumefeltet som en nyttig måte å kartlegge potensielt traumatiserte barn.

Teoretisk bakteppe

Den utviklingsrettede intersubjektive tilnærmingen er et resultat av brobygging mellom psykoanalyse og spedbarnsforskning (Stern, 2000; 2003; 2005, Tronick, 1998 med flere). Man er opptatt av hvordan grunnfenomener som emosjonsregulering, oppmerksomhet, selvagens og vitalitetsaffekt utvikles gjennom ulike selvområder. Utviklingsbetingelsene grunnfenomenene får innenfor hvert selvområde får betydning for barnets relasjon til seg selv og andre. Enhver tilstand, inkludert traumatisering vil kunne forstås ut fra disse grunnfenomenene i psykologisk utvikling (Hansen, 1991, 2000, 2012; Stern, 1992, 1997, 2000; Svend-

sen, Johns et al., 2012).

Emosjonsregulering og oppmerksomhet er blant de mest komplekse prosessene i et menneske sin utvikling. De involverer alle deler av hjernen, de henger sammen og påvirker hverandre (Jacobsen og Svendsen, 2010). Har et barn kort oppmerksomhetsspenn og lite fokus innover, vil dette påvirke barnets evne til emosjonsregulering. Har barnet store vansker med emosjonsregulering og blir lett overveldet av følelser, vil det påvirke barnets evne til vedvarende og viljestyrt oppmerksomhet. Utvikling av grunnfenomenene skjer fra fødselen av som en følge av barnets medfødte egenskaper og samspill med andre (Sameroff, 2009; Johns & Svendsen, 2012) og påvirker igjen barnets *selv- og relasjonsutvikling*. Den intersubjektive forståelsen fremhever hvilke *utviklingsbetingelser* disse grunnfenomenene har fått og hvordan utviklingen påvirker individets opplevelse av seg selv og relasjon til andre.

Når omsorgspersoner og barn i et samspill ikke er i stand til, eller ikke vil forsøke, å forstå og dele hva som foregår i den andres sinn, oppstår det et brudd i den livsviktige kontakten med andre (Christie, 2012). I de fleste tilfeller reparerer disse bruddene igjen i samspillet (Tronick, 1998). Der det blir en systematisk manglende deling av viktige affekter over tid, oppstår det en risiko for skjevutvikling i barnets selvutvikling og relasjon til andre. Eksempelvis, for å være årvåkne for fare, vil overgrepsutsatte barn i hovedsak måtte ha sin oppmerksomhet vendt utover og således vekk fra indre tilstander, noe som kan resultere i mindre kontakt innover og evne til fordypning i selvforståelse. Slike forstyrrelser kan gi utslag i både oppmerksomhets- og emosjonsreguleringsvansker, som igjen kan skape ulike typer psykiske vansker, og noen ganger psykiske lidelser.

Hvilke grunnfenomener som forstyrres, samt graden og når tid i utviklingen forstyrrelsen inntreffer vil ha betydning for hvordan barnets intersubjektive vansker arter seg. Dette er hovedfokuset for utredning i tråd med en utviklingsrettet intersubjektiv forståelse. Målet er å kunne bistå med hypoteser om nødvendig utviklingsstøtte som kan hjelpe barnet inn på et sunnere utviklingsspor (Hansen, 2000). Det å gi mulighet til at sentrale selv- og relasjonsopplevelser tas i betraktning ved *behandlingsplanlegging*, vurderes som en kvalitetssikring for at barnet skal få riktig behandling. Det

anses viktig at en her tar utgangspunkt i opplevelser som uttrykkes av barn på deres egne premiser, eksempelvis gjennom lek og samspill (Hansen, 1991, 2000; Haavind, 2000; Stern, 2005; Jacobsen og Svendsen, 2010, Svendsen et al., 2012). Utredning av hvilke selvfornemmelser som er påvirket hos barnet baserer seg ikke på noen spesifikk oppskrift, men vektlegger betydningen av gjensidig påvirkning og mikroprosesser i det terapeutiske rom, eksempelvis blick, rytme, turtaking, synkronisering, tonefall/stemmeleie, tempo og andre små nonverbale utvekslinger (Svendsen et al., 2012). Et behandlingsforløp handler deretter om å gjenskape intersubjektiv deling der denne har brutt sammen som følge av de traumatiske erfaringene. Den intersubjektive forhandlingen og prosessen er overordnet spesifikke intervensjoner, en forhandling som starter under utredning og fortsetter videre i en behandlingsprosess. Sentrale ferdigheter er terapeutisk sensitivitet, responsivitet og involvering (Brautaset, 2021), i tillegg til teoretisk kyndighet og evne til å omsette dette til forståelse i terapirommet.

Selvutviklingen og relasjonsutviklingen skjer ifølge den intersubjektive forståelsen gjennom lagvis utvikling av selvområder som etableres gjennom barnets tre første leveår, men videreutvikles hele livet (Stern, 1992, 1997, 2000). Selvet er i følge Stern en medfødt organiserende evne som virker fra starten av, som en del av biologien uavhengig av vår vilje. Selvopplevelsen utvikles og styrkes, fester seg gjennom samspill med andre mennesker og i en viss rekkefølge de første leveårene. Stern skildrer periodene da disse områdene kommer til syne og etablerer seg, men forutsetter at selvopplevelsene er aktuelle for oss gjennom hele livet. Han mener det er grunn til å tro at perioden da den enkelte selvopplevelsen blir dannet, kan være svært viktig for den videre utviklingen, noe som må tas hensyn til i klinisk arbeid med både barn og voksne. Det finnes sensitive perioder i dannelsen av psykologiske og nevrologiske prosesser, da påvirkningen får større gjennomslag og er vanskeligere å gjøre om på enn om påvirkningen skjer senere. Senere erfaringer kan riktignok modulere tidligere erfaringer og strukturer på basis av disse.

Selvopplevelsene legger i stor grad vekt på interpersonlige relasjoner som ikke er verbale. Det vil si at selvopplevelsen og relasjonsområdene i større grad handler om totalkommunikasjon enn

om verbalkommunikasjon. Utvikling av relasjoner bygger ikke på bevisste strategier, men på de vilkårlige og til dels ubevisste impulsene som driver samspillet mellom ulike individer.

Hvert selvområde har et tilsvarende relasjonsområde, der bestemte samværsformer dominerer.

1. Det gryende selvområdet utvikles i kommunikasjon og samspill med omsorgspersonen, med oppstart de 2-3 første månedene. Her spirer opplevelsen av å være en person. Det er en prosess der organisering blir til. Dette området baserer seg først og fremst på signaler fra kroppen knyttet opp til mobilisering, intensitet og varighet. Barnet utvikler "primær bevissthet", noe som viser til at i *øyeblikket* av samspill med en voksen opplever barnet den voksne som en "annen" med tilsvarende selv. Utover disse øyeblikkene av primær bevissthet vil barnet se på den voksne som en forlengelse av seg selv. Basert på endringer i intensitet og varighet av aktiveringen dannes det små sekvenser som barnet lagrer i minnet. Disse sekvensene kalles protonarrativer. Det viktigste relasjonsområdet og utviklingsstøtten i denne perioden dreier seg om *samvær*, henholdsvis i form av regulering av vitalitetsaffekter, eksempelvis gjennom roing og trøsting (tilstandsregulering).
2. Kjerneselvet utvikles hovedsakelig fra barnet er 2-3 måneder og fram til 7-9 måneders alderen. Kjerneselvet oppleves som en atskilt, sammenhengende fysisk enhet med handlekraft, påvirkningskraft og kontinuitet i tid. Barnet opplever andre med et tilsvarende selv, og fram til 7-9 måneder oppleves dette mest som fysiske og følelsesmessige «enheter», med Sterns ord kalles det "kjerne-selv" og "kjerne-annen". Det viktigste relasjonsområdet og utviklingsstøtten i denne perioden dreier seg om *samspill*. Barnet er nå sosialt, bruker smil, øyekontakt og pludring til å kommunisere. Samspillet utvikler seg ved turtaking, samstemthet og synkronisering av følelsesintensitet i stigning og nedregulering. Barnet får tidlig en opplevelse av å kunne påvirke i samspill ved at den voksne tar hensyn til barnets uttrykk og regulerer seg etter det. En prototype av flere
3. Det subjektive selvet utvikles fra barnet er ca 9 måneder, men fortsetter hele livet. I denne perioden blir bevisstheten om ulike sider av selvet tydeligere og barnet viser dette med sine handlinger og sitt kroppsspråk. Barnet kan oppfatte indre tilstander som refererer til intensjoner, følelser og oppmerksomhetsfokus. Det begynner og å oppleve at slike indre tilstander potensielt kan deles med andre. Det viktigste relasjonsområdet og utviklingsstøtten i denne perioden dreier seg om samforståelse. Samspillet med barnet utgjør nå en mer kompleks prosess enn imitering, mer i retning av empatisk utveksling, en intersubjektiv deling. For å utvikle et mest mulig nyansert, autentisk og rikt Selv, trenger barnet en voksen som toner seg inn på dets affekter og hjelper å regulere intensitet, rytme og endringer. Stern (1995, 2003) bruker begrepet affektinntoning for å forstå og analysere hva som skjer på mikroplan når et barn opplever at dets indre tilstand blir delt av et annet menneske. I denne fasen vil et barn være ekstra sårbart for feilinntoning, overinntoning og underinntoning hos den voksne.
4. Det verbale selvområdet utvikles fra barnet er ca 18 måneder gammelt og utover. Her begynner barnet å sette ord på sin mer bevisste opplevelse av seg selv og andre, noe som øker muligheten for utveksling av opplevelser og gjensidig meningsdanning. Utviklingen av dette området omhandler ikke bare ord, men og evne til symbolsk formidling og lek, indre forestillinger og fantasier. Ved utvikling av dette selvområdet skapes det rom for differensiering mellom erfaring som levd og erfaring som fortalt, jf. Winnicotts *potential space* (Winnicot, 1991). Det viktigste relasjonsområdet og utviklingsstøtten i denne perioden er "*samtalen*". Ord får sin mening gjennom konkret samhandling. Språket kan imidlertid medføre fare for fremmedgjøring ettersom språket bare delvis kan representere erfaringen som levd, fare for utvikling av "falskt selv" (Winnicot, 1991). Utvikling av dette selvom-

rådet kan derfor gi rom for helende, men og psykopatologiske prosesser.

5. Det narrative selvområdet utvikles fra barnet er 3-4 år gammelt og utover. Her utvikles evnen til å integrere ulike erfaringer og danne selvbiografiske fortellinger, noe som bidrar til en identitetsskapende prosess. Barnet ser og fortolker sammenhenger i menneskers handlinger og reflekterer over egne erfaringer. Det viktigste relasjonsområdet og utviklingsstøtten i denne perioden er hjelp til å se og fortolke sammenhenger. Dette forutsetter en voksen som lytter, poengterer, stiller spørsmål og bidrar til løsning og avslutning. Jo mer elaborerte narrativer, jo mer integrerte og meningssskapende blir erfaringene.

De tre første selvområdene er knyttet til det kroppslige, emosjonelle og nonverbale og de to siste er knyttet til evnene til å symbolisere gjennom lek og språk og til å utvikle historier om seg selv. Selvområdene påvirker hverandre gjensidig, en prosess som dog påvirkes av eventuelle sårbarheter innenfor de ulike selvområdene. Ved eksempelvis å jobbe med det narrative selvområdet gjennom utvikling av sammenheng i barns livshistorie vil dette måtte innebære integrering og regulering av affekter og vil i så måte ha en positiv innvirkning også på det gryende selvområdet dersom barn har vist utfordringer også her. Ved å gi barna møter med en regulerende annen i terapirommet og ved styrking av de voksne sin foreldrefunksjon vil dette kun bidra til en opplevelse av tydelige og handlekraftige "kjerne-andre", som igjen vil kunne bistå dem med styrking av egne grenser og således deres selvagens. I en terapeutisk setting med fokus på det narrative selvområdet vil en terapeut som tåler og regulerer egne følelser, samtidig som den mestrer å tone seg inn på både barnet sine positive og negative affekter, kunne bidra til å styrke barnets subjektive selvområde og ruste det i stand til å møte og tåle disse affektene som en del av seg selv. Jo mer sammenheng det skapes i barnet sitt ytre og indre, jo mer sannsynlig vil det være at deres liv som levd vil kunne samsvare med deres liv som fortalt. En adekvat språklig utvikling av det verbale selvområdet fordrer at alle affekter får sitt eget rom og språk.

For å oppnå en optimal utvikling av selvom-

rådene er en avhengig av passende emosjons- og oppmerksomhetsstøtte tilpasset det utviklingsstrinnet en står på i livet.

Klinisk vurdering av barnets intersubjektive utviklingsbehov

For min del har en klinisk vurdering innenfor retningen utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn (Hansen, 2002; Johns & Svendsen, 2012) gitt meg økt forståelse av traumatisering, herunder også utviklingstraumatiserte barn og har vært et nyttig redskap ved utredning av deres eventuelle hjelpebehov. Innenfor den intersubjektive forståelsen anses utviklingstraumatisering som en systematisk skjevutvikling som har rammet flere/alle selvområdene og som er i behov av stimulering og støttende samspill på alle nivåene, fra tilstandsregulering (gryende selvområde), utvikling av agens (kjerneselvområde), deling av indre tilstander (subjektivt selvområde), symbolisering/lek (verbalt selvområde) og utvikling av hensiktsmessige narrativer rundt hva som har skjedd (narrativt selvområde).

Jeg har selv særlig benyttet forståelsen i møte med de barna som i utgangspunktet har vært vanskelige å forstå eller hvor 2. håndsinformasjon fra foreldre og barnehage/skole har blitt vurdert utilstrekkelig for å kunne favne bredt og dypt nok i en øvrig utredning. Utredningen utføres gjennom en 6-steps prosess. Med utgangspunkt i intersubjektiv forståelse og vignetter vil jeg forsøke å vise hvordan en slik prosess kan forløpe. Kasus er anonymisert og satt sammen av flere barn jeg har utredet og hatt i behandling.

Steg 1: Møte med foreldrene med forklaring av rasjonale for arbeidet videre

Mor var bekymret for Maia (5 år) sitt raseri og det hun opplevde som sadistiske trekk ved datteren. Maia opplevdes å utfordre grenser og med vilje skape uro i hjemmet. Mor hadde en opplevelse av at Maia ble urolig når det var fredelig hjemme og at datteren ofte fremstod både redd og sint.

Tom (5 år) var utsatt for og vitne til fami-

lievold. Moren uttrykte bekymring for Tom sin fungering, men både hun og involverte instanser hadde vansker med å sammenfatte guttens atferd og lande på hvilke sider ved guttens fungering de var særlig bekymret for. Tom fremstod tidvis kaotisk i kontakten, forvirret, innbitt og med et eksplosivt sinne.

I min kontakt med barn utsatt for og vitne til familievold uttrykker foreldre og involverte instanser ofte bekymring for deres fungering, men kan samtidig ha vansker med å sammenfatte barnas atferd og lande på hvilke sider ved deres fungering de er særlig bekymret for. Jeg pleier da å tilby 3 sesjoner intersubjektiv klinisk vurdering på lekerom (Johns & Svendsen, 2016), som danner grunnlaget for en vurdering av videre utredning og hjelpebehov. Dersom Barneverntjenesten følger opp familien vurderes det viktig å orientere dem om tiltaket og involvere dem dersom foreldre trenger praktisk hjelp for å gjennomføre forløpet. Før oppstart innhentes fortrinnsvis relevante rapporter fra barneverntjenesten, Krisesenteret, barnehage/skole og Helsestasjonen. Etter gjennomgang av rapportene gjennomføres oppstarts samtale med foreldre/foreldre, hvor rammer for kontakten og beskrivelser av barnet gjennomgås. Foreldre informeres at målsetningen med kartleggingen er å legge til rette for et møte med barnet på en måte som gjør at det kan formidle sin historie og behov på lekerommet. Målet er å belyse barnets vansker og utviklingsbehov.

Ikke sjelden i en slik prosess uttrykker foreldre særlig bekymring for barnets raseri og for det de opplever som sadistiske trekk, symptomer som er hovedfokuset for denne artikkelen. Det kan fremstå som at barnet har blitt vant til ubehag og uro og nå søker det.

Steg 2: Møtene med barnet

En uke etter oppstartssamtale med mor møtte jeg Tom for første gang. Da jeg kom for å hente han og moren, stilte han seg bak mor, holdt rundt foten hennes og kikket morskt på meg. Tom holdt seg tett inntil mor på vei inn til lekerommet og i første del av samtalen. Jeg la merke til at han hadde en ansent kroppstonus og i øynene fornemmet jeg

et underliggende raseri, samtidig som jeg i meg selv kjente på en økende anspenhet og ønske om å unngå å gå for nær.

Det ble en avstand mellom oss, en avstand som opplevdes å styrke tryggheten oss imellom. Jeg kjente derfor på et ønske om å starte en prosess med å skape et trygt rom, uten å gå for nær.

Rammene for vår kontakt er en viktig del av et slikt trygt rom og ble starten av prosessen for å bygge trygghet oss imellom. Jeg opplevde at Tom åpnet mer opp i kontakten med meg etter at vi hadde pratet om rammene. Han fremsto noe mindre ansent og jeg kjente meg modigere. Han gav tydelig uttrykk for at han visste grunnen til hvorfor han var kommet hit til meg, samtidig som han ikke skjønnte hva jeg kunne hjelpe med. Min implisitte forståelse anså dette som riktig tidspunkt å tematisere hvordan det hadde vært for han da pappa var sint. Rommet vårt opplevdes trygt nok og Tom var både i behov for og hadde rett til informasjon om målsetningen med vår kontakt.

Det er min kliniske erfaring at barn utsatt for vold (og seksuelle overgrep) fortrinnsvis bør stilles dette spørsmålet tidlig i et forløp, i den hensikt å få tak i hva som er barnets selvopplevde vansker knyttet opp til volden. I møte med noen barn kan en slik prosess eksempelvis startes ved å spørre barnet om det har noen tanker om hva jeg kan hjelpe det med, mens i møte med andre kan det passe bedre å si at noen barn lurer veldig på hvorfor det skal komme hit til meg eller en kan undre seg høyt om det kanskje er litt vanskelig å skjønne hvem jeg er og hva vi skal gjøre her sammen. Deretter tar jeg utgangspunkt i henvisningsgrunn som er kjent for barnet og spør hvordan opplevelsene var for barnet, og viser til både tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Vurdering av hva som er det rette tidspunktet for å spørre baserer seg i all hovedsak om en intersubjektiv forståelse, en forståelse som i særlig grad dreier seg om en spire av trygghet vurderes etablert hos barnet og om barnet begynner å fremstå forvirret og/eller spørrende til hensikten med vår kontakt. Det barnet uttrykker som selvopplevde vansker vil igjen kunne benyttes som en viktig pekepinn på hva som kan være en rasjonale for forløpet som både gir mening for barnet, dets

omgivelser og meg som behandler. Dette vil gjøre det lettere for foreldre å referere til en slik rasjonale i samtale med barnet utenfor lekerommet og vil således kunne bidra til økt motivasjon hos barnet og en større opplevelse av sammenheng mellom den ytre verden og det som skjer på lekerommet.

Som svar på mitt spørsmål fortalte Tom at han fikk vondt i hjertet og magen når far ble sint og at det fortsatt gjorde vondt. Vi ble enige om at målsettingen med å være sammen på lekerommet var å finne ut hvordan å hjelpe han å få mindre vondt i hjertet og magen.

Når målsettingen med å være sammen på lekerommet er på plass, flyttes hovedfokuset til barnets ulike følelsesmessige reaksjoner og måter å håndtere traumene.

I hver sesjon red mammadukken på en sebra, men falt av igjen og igjen- flere titalls ganger. Maia lo høyt hver gang dukken falt av sebraen. Hun tok pappadukken og brukte den til å trampe på mammadukken når den hadde falt av sebraen. Hun lo når hun gjorde dette og sa at de var en "tullefamilie" (sitat jenta). Maia begynte å ta av klærne til dukkene og ba meg hjelpe henne. Hun lot dukkene falle på gulvet og lo, vikle aldri fra øyekontakt med meg. Det var noe urovekkende ved latteren hennes.

I møte med omsorgsgivere sine beskrivelser av barnets raseri, og til tross for en tematikk i lek som umiddelbart gir meg inntrykk av at vi jobber med denne affekten, slår det meg hvor lite absorbert og emosjonelt berørt av raseri barna kan fremstå når de spiller ut voldelige tema. De kan le med høy og dominerende latter, oppleves instrumentell i leken og lite i kontakt med egne affekter. Når vi er på lekerommet kan jeg få inntrykk av at barna tidvis står fast i leken og gransker hvordan jeg reagerer på det de leker. Dette kan få meg til å tenke på innledende refererte dialog mellom Max og mor. Jeg blir nysgjerrig på hvilket bilde barna har av meg og hvordan de forventer eller ønsker at jeg skal møte dem. Har de en forventning om at jeg blir skremt av dem? Hvor mye skremmende har de selv opplevd? Hvor ofte har de opplevd at andre blir skremt av dem? Hvor krevende kan det ha vært for dem å forsøke og motbevise andres opplevelse av dem

som skremmende? Har dette til slutt blitt for krevende for dem? Blir det lettere å bekrefte andres negative antakelser, med andre ord: blir det om-sider enklere å knurre tilbake som Max, og bli det den andre frykter? Min intersubjektive forståelse er at barnet har opplevd manglende regulering og inntoning på egne følelser. Barnets selvfor-nemmelser har gått tapt. For å ta kontroll og ikke være et offer må barnet skremme istedenfor å kunne uttrykke egen redsel og hjelpeløshet, noe som igjen kan føre til store sosiale vansker og sammenbrudd i intersubjektiv relatering

Som en del av utredningen undersøker jeg hvordan barna reagerer på en aktiv intervensjon fra min side. Barn som er forvirret med hensyn til hvordan å forstå det vonde de har opplevd, oppleves samtidig som drevet i en søken etter å få hjelp til å forstå det tilsynelatende uforståelige.

I det hun kastet dukkene rundt i rommet fanget jeg mammadukken i min favn og sa at jeg ønsket å passe på at dukken hadde det bra. Maia smilte da og kom nærmere meg. Hun bemerket at jeg passet på dukken og sa ved en anledning at dukkefamilien ikke visste bedre fordi de var en tullefamilie. Maia viste et positivt skifte når jeg viste omsorg og ivaretagelse av mammadukken. Hun kom fysisk nærmere meg og virket mer harmonisk i kontakten. Det ble en annen ro mellom oss. Jeg opplevde at denne roen åpnet opp for mer intersubjektiv deling og utveksling i vår relasjon og jeg fikk en fornemmelse av at Maia slapp meg dypere inn i hennes verden. Det var en jevn og fin rytme i vårt samspill.

Til tross for økt nærhet i kontakten i løpet av en terapeutisk prosess, vurderer jeg ofte barna til å streve med å være for lenge i det harmoniske. Denne endringen i kontakten, fra en jevn rytme til en rytme preget ujevn takt og høyt tempo, kan i korte øyeblikk sette meg ut av kontakten med dem. Jeg kan kjenne at jeg lettere forsvinner inn i egne tanker, hvor jeg jobber med å samle meg om det som skjer. I disse bruddene blir barna værende alene og deres manglende erfaring med intersubjektiv deling trer frem. Vi danser ikke lenger sammen, men hver for oss. Når jeg får justert meg til barnets sitt nye tempo, finner jeg igjen roen inni meg selv. Jeg finner da og barnet, men kan kjenne at det fortsatt er vanskelig å holde takten deres- og det oppleves

som det er krevende også for barnet å være i et slikt høyt og ujevnt tempo. Til tross for forvirringen dette vekker i meg kjennes det viktig å være åpen for hvordan barnet sine brå endringer i intensitet og rytme dog kan oppleves kjent, forutsigbart og umiddelbart trygghetsskapende for dem. Min intersubjektive forståelse er at barna har manglende erfaring med å være i det harmoniske over tid, dette fordi slike stunder ofte har blitt avbrutt av uforutsigbare og skremmende opplevelser. For å skape seg oversikt og en fornemmelse av kontroll i møte med mulig forestående skremmende opplevelser kan det være mer adaptivt å holde seg i det disharmoniske enn å senke skuldrene og dermed risikere den uforutsigbare og krevende endringen fra harmoni til disharmoni.

I et forsøk på å nærme meg Maia, valgte jeg å følge henne i leken, kommentere på lekens innhold, samtidig som formen min var rolig, med en jevn rytme. Jeg opplevde dette som regulerende både for Maia og meg- og at en annen ro trådte frem i Maia. Leken ble etter hvert mindre kaotisk, vi hadde blikk-kontakt og det kjentes som vi danset sammen igjen; møtet vårt på lekerommet var igjen blitt et felles prosjekt.

Steg 3: Avslutning av utredningen

Ved avslutningen takket jeg Tom for at jeg hadde fått blitt bedre kjent med han og hvordan han hadde det. Videre fortalte jeg han at jeg nå visste hvilken hjelp det ble viktig at han fikk, at jeg ville bruke alt det viktige vi hadde jobbet med på lekerommet til å hjelpe ham å bli mindre trist i hjertet og få en forståelse for hvordan en vanlig familie kan være.

I tråd med Anna Freud sin tenkning er det også viktig å tre frem som en tydelig helper overfor barnet (Freud A. 2018). Barnet trenger å erfare terapeuten som responsiv og engasjert i det barnet forteller, en som er villig til å hjelpe (Svendsen, 2007).

I oppsummeringssamtale med foreldre etter endt forløp bekreftes det ofte at tematikken barna har spilt ut på lekerommet er erfaringer barnet og de selv har hatt. En forelder kan eksempelvis beskrive hvordan de selv, på lik linje med barnet, ofte

blir forvirret rundt den voldsutøvende forelder og har opplevd sterke motsetninger mellom utøver sin atferd og hvordan vedkommende forholdt seg til atferden i etterkant.

Steg 4: Utledning av hypoteser om skjevutvikling og vurdering av barnets utviklingsmessige og relasjonelle behov videre

Etter endt forløp gjenstår det å oppsummere og analysere vårt intersubjektive møte på lekerommet. Her benytter jeg meg av en utvidet bio-psyko-sosial kasusformulering (Blomen, 2013), som er delt inn i 4 hovedområder: Symptom; Utvikling; Personlighet/psykologisk fungering; og Oppvekstmiljø. Hvert hovedområde har flere underområder for utforsking.

1. Symptom: ytre symptomer; symptomets funksjon; symptomets start, varighet (vedvarende eller skiftende); hva er spesielt med barnet; konsekvenser i dagliglivet/funksjonsnivå; og tidligere symptomer.
2. Utvikling: barnets utviklingshistorie; biologisk sårbarhet; utvikling mht milepæler (motorikk, språk, sosiale evner, kognitive ferdigheter, utviklingsnivå, modenhet); tilknytning/samspill med voksne; tilknytningsmønster; og selvutviklingsområder.
3. Personlighet/psykologisk fungering: kontaktevne; selvbilde; selvreguleringsferdigheter; reflekterende funksjon/mentalisering; problemløsningsevne; ressurser; og sårbarhet/kompenserende evner.
4. Oppvekstmiljø: relasjoner i hjemmet, i skole/ barnehage og fritidsaktiviteter (relasjoner og innhold)

I tillegg til at jeg fokuserer på hvilke selvutviklingsområder (Stern, 1995; Svendsen et al., 2012) som har blitt rammet hos et barn vurderer jeg alltid spesifikt om symptomer også indikerer posttraumatisk stresslidelse (Borren, Eidet et al., 2021). Dersom det blir vurdert at erfaringene har forstyrt viktige grunnfenomener, blir en viktig del av utredningen å belyse hvilke grunnfenomener barna vil trenge profesjonell hjelp til å få styrket. Det kreves samtidig en åpenhet for at forstyrrelser både

kan ha blitt forårsaket av traumatiserende omgivelser i hjemmet, men at samspillsmønster uavhengig av traumer, i tråd med Sameroffs transaksjonsmodell (1975, 1995) kan ha bidratt til utviklingsmessige sårbarheter også før volden startet. Profesjonell hjelp kan innebære terapi på lekerom, veiledning til foreldre og skole/barnehage, men også indirekte profesjonell hjelp som handler mer om å øke forståelse hos samarbeidende instanser og hvordan hjelpe barnet på et bedre utviklingsspor.

Samlet sett vurderte jeg både Tom og Maia til å ha gode intellektuelle evner, men at noen av selvområdene var blitt forstyrret i deres utvikling. I den videre gjennomgangen vil jeg dele noen av disse vurderingene.

Det gryende selvområdet

Maia ble vurdert til å ha noen vansker knyttet opp til det gryende selvområdet. Hun opplevdes i mange situasjoner velregulert, hvorpå hun viste både en adekvat intensitet i kontakten og i varighet av oppmerksomhet, eksempelvis ved å kunne leke samme lek over tid og vise en oversiktlig og forutsigbar struktur i lek fra sesjon til sesjon. I leken med dukker fremstod Maia derimot mer kaotisk, repetitiv og uforløst i møte med affekter og jeg opplevde å komme i kontakt med hennes uintegreerte affekter som sinne og redsel. I disse situasjonene kjentes det som at noen av hennes kapasiteter brøt sammen. Denne redselen og sinneutbruddene indikerte en mangelfull kroppslig vitalitetsregulering og integrering av det gryende selvområdet.

Kjerneselvet

I samspill med andre viste Tom tidvis handlekraft, påvirkningskraft og opplevdes å ha en opplevelse av selvsammenheng. Han viste gode samspillsferdigheter i form av turtaking og regulering av følelsesintensitet i møte med meg. Jeg hadde allikevel en opplevelse av at utviklingen av dette selvområdet hadde blitt forstyrret. Ved lek som inkluderte relasjonelle temaer, eksempelvis dersom vi tegnet mennesker og lekte med menneskefigurer, begynte han å ta mye plass og fremsto dominerende og nedlatende. Det var som om vår relasjon ikke lenger

eksisterte. Min vurdering var at disse sekvensene, når han tilsynelatende viste agens, også var de sekvensene jeg opplevde en distanse i kontakten, ujevn rytme, høyere intensitet og en gutt i større kaos. For min egen del var det og i disse møtene jeg kjente på mer forvirring i kontakt med han. Opplevelsen ble fornemmet som at Tom hadde både for mye og for lite agens på samme tid, men ettersom agens er en intersubjektiv kapasitet som ikke kan være for mye eller for lite var min vurdering at jeg ved disse sammenbruddene i vår intersubjektive deling var i kontakt med Tom sitt forsvar. Teori om forsvar bryter med intersubjektiv forståelse, men er samtidig sentral innenfor traumeteori (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; Steele, 2017). Denne brytningen er utfordrende ettersom det å få tak på og forholde seg til en pasient sitt forsvar er en sentral del av øvrig traumeutredning og behandling. I min kliniske praksis har jeg derfor vurdert det som mest hensiktsmessig å utvide den intersubjektive forståelsen til å inkorporere også teori om forsvar. Tom ble vurdert til å ha utviklet en forsvarsstrategi i form av identifikasjon med aggressor (Freud, 1946), noe som viser til at identifikasjon kan bli den eneste måten å være sammen med og ta vare på relasjonen til en forelder som er overgriper. Da Tom levde i volden vil en slik identifikasjon kunne ha skapt en tilsynelatende oversikt i kaoset, men ved å bli som den man frykter, mister en og noe av seg selv. Min hypotese var at denne distansen blant annet kunne forklares med at de gangene han ble dominerende og nedlatende og tilsynelatende viste agens, i motsetning til hva en skulle tro, faktisk var de gangene han var fjernere fra seg selv og utviste en kompensierende kontroll for manglende selvagens. Den psykiske volden i hjemmet og Tom sin forsvarsstrategi for å avvæpne voldsutøver ble vurdert til å ha svekket hans naturlige utvikling av agens og sammenheng. Han trengte nå at tryggheten ble reinstallert i hjemmet og hadde behov for hjelp av en regulerende annen for å kjenne sammenheng, mestring og kontroll igjen i livet (Tronick, 1998). «En regulerende annen» refererer til det å inngå i et affektivt kommunikasjonsystem hvor det finner sted en gjensidig regulering av barnet og en voksen sine interaksjoner. Jeg opplevde at Tom søkte en kjerne-annen som fremstod trygg, tydeligere og med større handlekraft. Han var i behov for en forutsigbar voksen som inngikk i et kontingent samspill. Tom sin uforståelige atferd i

møte med familien og meg vurderes som et resultat av manglende intersubjektiv utvikling og subjektiv avgrensning. Han opplevdes søkende etter andres avgrensninger i selvet, for så å kunne bruke dette i tydeliggjøring av egne grenser ved utforskning og utvikling av agens.

Det subjektive selvområdet

Generelt sett opplevdes Maia god til å oppfatte indre tilstander hos seg selv og meg. Hun ble også vurdert åpen for å oppleve og *dele* egne indre tilstander overfor meg. Mitt inntrykk var at samspillet med Maia bar preg av at hun var vant med intersubjektiv deling hvor voksne tonet seg inn på hennes affekter og hjalp henne å regulere dem. Jeg satt allikevel med en opplevelse av at det var sider ved hennes subjektive selvområde som trengte ekstra utviklingsstøtte. Jeg vurderte Maia til å ha blitt underinntonet på negative affekter som sinne og selektivt inntonet på positive affekter og aspekter ved henne som utstrålte mestring. Positiv og negativ inndeling av affekter er en overforenkling, eksempelvis kan sinne være både positivt og negativt. Inndelingen er allikevel valgt med henblikk på at noen følelser er det enkelt å være sammen om (positive), andre er vanskeligere å dele (negative).

I noen situasjoner opplevdes mor også feilinntonet, i den grad at Maia selv uttrykte tydelig ubehag ved det, eksempelvis ville mor ved en anledning at hun skulle synge for meg på venterommet. Min vurdering var at overinntoning på positive affekter kan ha medført økt frustrasjon, hjelpeløshet og forvirring hos Maia i møte med det underinntonede sinnet. Den vanskeligste følelsen til Maia var muligens redsel, som igjen var overskygget av en mer håndterlig følelse som sinne. Til tross for dette ble også sinne vurdert til å være en altfor krevende følelse til at Maia klarte å være helt i kontakt med den. Hun lot seg selv kjenne på følelsen, og agerte på den, men ville allikevel ikke vedkjenne seg eller prate om den med andre. Hennes latter vurdertes i så måte til å være et beskyttende forsvar hos henne i møte med redsel og sinne. Kontakten med disse følelsene ble allikevel sett på som avstengt i en slik grad at de ikke hadde blitt integrert som en del av hennes subjektive selvområde.

Det verbale selvområdet

Det verbale selvområdet opplevdes velutviklet hos både Tom og Maia. De var velartikulerte, og bortsett fra i møte med traumehistorien, viste de evne til å sette ord på en bevisst opplevelse av seg selv og andre. Begge mestret symbolsk formidling og lek og viste at de hadde indre forestillinger og fantasier. Jeg opplevde dem som tydelige og velformulerte i beskrivelser av seg selv og til å vise en kontinuitet i møte med meg. De forholdt seg til ting vi hadde lekt og pratet om i tidligere sesjoner og det opplevdes å være en rød tråd i vår måte å forholde oss til hverandre fra sesjon til sesjon. Maia opplevdes i stor grad å ha fått adekvat språklig utviklingsstøtte, men hadde allikevel noen sider ved dette selvområdet hvor hun viste forsinkelser. Hennes utfordringer knyttet opp til det subjektive selvet i form av selektiv inntonning på positive affekter, ble vurdert til å kunne ha blitt forsterket etter hvert som språket utviklet seg. Fremmedgjøring av negative affekter kan i tråd med dette ha økt etter hvert som hun utviklet evnen til å distansere seg fra dem også språklig sett. Maia hadde ofte vært redd og sint. På lekerommet initierte hun aldri redsel som tematikk i lek eller i samtaler. Mor og barnehage har rapportert at jenta ofte kunne vise sinneutbrudd, men i møte med dem og meg pratet hun ikke om sinnet – hun viste det allikevel i atferd og lek. Jeg vurderte det således til å være en sentral distanse nettopp mellom Maia sin erfaring som levd og erfaring som fortalt. Ved utspilling av voldelige tema i leken opplevde jeg det ikke til å være samsvar mellom tema i lek, affekter vist og hennes verbalisering av leken.

Det narrative selvområdet

Jeg vurderte Tom til å ha særskilte utfordringer knyttet opp mot det narrative selvområdet, muligens utfordringer utviklet i etterkant av traumerfaringer. Jeg anså han til å ha blitt forstyrret i utviklingstrinn som omhandlet mentalisering/reflekterende funksjon; det vil si evne til å attribuere følelser, intensjoner og tanker både til seg selv og andre. Tom strevde med å skape sammenheng og mening i egne erfaringsbiter. Han ville trenge ekstra hjelp til å se og fortolke sammenhenger i foreldrene sine handlinger og reflektere over egne

erfaringer. Dette kan skapes gjennom andres reaksjoner og deltakelse i møte med han og hans historie. Foreldrene til Tom sine egne utfordringer/kriser kan ha ført til brudd i deres reflekterende funksjon. Barn bruker sosial referering opp mot foreldrene for å avgjøre om følelser er trygge å vise og utforske. Forvirrende kommunikasjon foreldrene imellom kan ha gjort denne sosiale refereringen vanskelig og Tom ekstra sårbar i møte skremmende situasjoner, noe som igjen kan forklare hans behov for å gjenskape volden i lek og grenseutprøvende atferd i relasjoner- i en søken etter å forstå det tilsynelatende uforståelige. Nye erfaringer og opplevelser gjennom et terapeutisk møte ville kunne bidra til at Tom utvikler alternative historier på det narrative selvområdet, som rommer en mer positiv selvforståelse og integrerer flere erfaringsområder.

Steg 5: Sammenholding av annen utredningsinformasjon

Avslutningsvis sammenfatter jeg det intersubjektive møtet med øvrig utredning. Ved indikasjon på traumatisering og dissosiative symptomer gjennomfører jeg en ytterligere spisset utredning av PTSD, kompleks PTSD og dissosiative vansker/lidelser. Hovedfokuset til denne utredningen er å få tak på både graden og kvaliteten på symptomene.

Tom sin historie kan eksemplifisere hvordan en slik beskrivelse av traumesymptomer kan se ut. Han hadde vært *eksponert* for gjentakende potensielt traumatiserende hendelser: fornærmet/vitne til psykisk vold fra far mot mor og ham. Han ble vurdert til å erfare *gjenopplevelser* bl.a. i form av å gjenskape de traumatiske hendelsene i lek. Tom viste og en betydelig *økning i negative emosjoner* som sinne og forvirring og viste en *økt aktivering og reaktivitet* i form av irritabilitet og raseriutbrudd (etter lite eller ingen provokasjon). Symptomene hans hadde *vedvart i flere måneder* etter at han flyttet fra faren. Symptomene påførte Tom det jeg vurderte som *klinisk signifikant ubehag* i form av uro og forvirring, som forstyrret hans relasjon til foreldre, søsken og venner. Hans reaksjoner ble vurdert til å ikke være forårsaket av fysiologiske effekter av et stoff eller annen medisinsk tilstand. Min vurdering var derfor at Tom viste klinisk signifikante posttraumatiske reaksjoner. I de fleste tilfeller gjennomfører jeg da også standardiserte kartleggings-

skjemaer, ettersom slike konkrete resultater kan være særlig nyttig å vise til i Fylkesnemnda eller rettsvesenet.

Steg 6: Utredningsrapport og behandlingsplan

Til slutt utformes utredningsrapport og behandlingsplan for det videre forløpet.

Jeg vurderer barn til å ha et iboende ønske om å bli forstått, men som vanskeliggjøres utfra egen utviklingshistorie. De viser interesse og profiterer på å bli møtt, speilet og emosjonelt korrigert av en trygg annen som er oppmerksom til stede, viser sensitivitet og kan justere seg til barnet. Jeg vurderer som oftest at det er viktig å legge til rette for at de får fortsette med dette i en trygg terapeutisk setting. Barna trenger å bli møtt på en måte som bidrar til gode utviklings sirkler som vil hjelpe dem og familien videre, slik at de kan komme tilbake til sitt eget utviklingsspor. En slik prosess kan kompliseres dersom voldsutøver ikke vedkjenner seg volden. I den videre oppfølgingen av barnet anser jeg det derfor som viktig å holde oppe det uheldige i å benekte vold som har forekommet i en familie: det vil forstyrre barns intersubjektive utvikling som kontakt med egne følelser og tanker er en del av, og vanskeliggjøre muligheten for sortering og bearbeiding av skremmende erfaringer.

Før oppstart av en eventuell behandling har jeg alltid et tilbakemeldingsmøte med forelder/foreldre og barneverntjenesten dersom de følger opp familien. Barneverntjenesten kan bruke utredningsfunn til å utforme et best mulig skreddersydd tiltak for familien. Skal forståelsen av barnet nå frem fordrer det å kunne oversette utredningsfunn til et språk som også gir mening for andre instanser. Selv om vi jobber med de samme barna, har vi ulikt stammespråk og ulik vektlegging av intervensjoner. Etter å ha jobbet innen flere ulike instanser med voldsutsatte barn er min erfaring at denne ulikheten i seg selv ofte forstyrrer den hjelpen barna trenger. Det å jobbe for økt forståelse av hjelpebehov krever derfor samtidig et like stort fokus på å bli kjent med de ulike instansene sin kultur og språk. Jo mer samkjørt tjenestene er, dess bedre prognoser vil en terapeutisk behandling ha.

Valg av behandlingstilnærming er for min del også avhengig av hvilke selvområder som vurde-

res forstyrret. Dersom barnet eksempelvis viser betydelig sårbarhet på det gryende selvområdet, kjerneselve eller det subjektive selvet er det nødvendig at intervensjoner i særskilt grad vektlegger å åpne opp for implisitt kommunikasjon. I disse tilfellene er jeg derfor forsiktig med å starte opp behandling som baserer seg i stor grad på eksplisitt kommunikasjon, herunder de verbale og narrative selvområdene. Dersom en ikke har øye for hvilke og hvordan alle selvområdene er rammet og påvirker hverandre, står en i fare for å sikte over hodet på barnet med enhver intervensjon.

Avslutning

Jeg har i denne artikkelen beskrevet eksempler på hvordan en klinisk vurdering innenfor retningen utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi (Hansen, 2002) kan være til hjelp ved utredning av potensiell traumatisering, som en del av en av en øvrig utrednings- og behandlingsmodell. Forhåpentligvis vil den kunne være hjelpsom i det å få tilgang på barns reise til "Huttetuenes land" og gi noe innblikk i hvilke indre rammer barna har bygget seg i et forsøk på å skape orden og kontroll i et uoversiktlig landskap. Ønsket er å bidra med en utvidet forståelse av hvor krevende det er for barna å jobbe for at disse rammene skal holde – og ikke minst, hva trengs for å roe det urolige havet og hjelpe barna å finne hjem, til andre og i seg selv.

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
- Armstrong, J., Putnam, F.W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491–497
- Bath, H. (2008). Calming together: the pathway to self-control. *Reclaiming children and youth*, 16 (4), 44–46
- Blomen B. (2013). *Kausformulering*. Forelesning Metodefordypning Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi. RBUP øst og sør
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16 (3): 252–260
- Borren, I., Eidet, L.M., Bræin, M., Dahlgren, A., Elvsåshagen, M. (2021). Kunnskapsoppsamling: effekt av tiltak for traumerelaterte lidelser hos barn og unge [internett]. Oslo: RBUP. *Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse*. ISSN: 2703-8386
- Brautaset, H. (2021). Tiltak: intersubjektiv psykoterapi. I Axelsdottir, B. og Borren I. *Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse*. ISSN: 2307- 8386. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-intersubjektiv-psykoterapi/omtale-forskningen-paa-intersubjektiv-psykoterapi>
- Christie, S.E., "En blomst med muskler- å gjenvinne egen påvirkningskraft gjennom intersubjektiv lek" i B. Svendsen, U.T. Johns, H. Brautaset og I. Egebjerg (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Fagbokforlaget.
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defence*. s 285, 316. New York: International Universities Press, Inc.
- Freud, A. (2018). *Normality and pathology in childhood*. Routledge
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., et al. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645–55.
- Guedeney, A., Fermanian, J.A. Validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *InfMent Health J*, 2001; (5): 559–575
- Haavind, H. (2000). Den lille og den store utviklingen i psykoterapi med barn. I: A. Holte, M.H. Rønnestad & Høstmark Nielsen (red.). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B.R. (1991). Intersubjectivity: A new developmental psychological perspective. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 28 (7), 568–578.
- Hansen, B.R. (2000). Psykoterapi som utvikling-

- sprosess: Sentrale bidrag fra to utklingspsykologiske kunnskapsfelt. I: A. Holte, M. Ha. Rønne-
stad & G. Høstmark Nielsen (red.). *Psykotera-
pi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*.
Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hansen, B.R. (2002). Møte med barnet. Klinisk
intervjuing av barn i et intersubjektivt perspek-
tiv. I M.H. Rønne-
stad & A. von der Lippe (red),
Det kliniske intervjuet (s.185- 219), Oslo: Gylden-
dal Akademisk.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet*. Oslo: Gyl-
dendal
- Havneskøld, L. og Mothander, P.R. (2006). I *Ut-
veklingspsykologi*. Liber
- Jacobsen, K. & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsreg-
ulering og oppmerksomhet: grunnfenomener i terapi
med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2012). "Utvikling-
srettet intersubjektiv terapi med barn" i B. Sv-
endsen, U.T. Johns, H. Brautaset og I. Egebjerg
(2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi
med barn og unge*. Fagbokforlaget
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tid-
savgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)*. Vig-
mostad & Bjørke AS
- Jonze, S. & Eggers, D. (2009). *Til huttetuenes land-
film*. Warner Bros. Pictures.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U.,
Flynn, C., Moreci, P. et al. Schedule for Affec-
tive Disorders and Schizophrenia for School-
Age Children-Present and Lifetime Version (K-
SADS-PL): initial reliability and validity data.
*Journal of the American Academy of Child and Ado-
lescent Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980-988
- NKVTS (2016) *Kartlegging av traumatiske erfaringer
barn og foreldre (KATE-B og KATE-F)*. [https://
www.nkvts.no/kartleggingsverktøy](https://www.nkvts.no/kartleggingsverktøy)
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). *Psychother-
apy relationships that work II* (Vol. 48, nr. 1, s. 4).
Educational Publishing Foundation.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evi-
dence-based therapy relationships: Research
conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*,
48(1), 98-102
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2017). *Utvikling-
straumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny
traume-psykologi*. Fagbokforlaget, Bergen, Norge
- Perry, B.D. and Hambrick, E. (2008) The Neuro-
sequential Model of Therapeutics. *Reclaiming
Children and Youth*, 17 (3) 38-43
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K.
(1993). Development, reliability, and validity of
a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*,
17, 731-741
- Sameroff, A.J. (1975). Transactional models in ear-
ly social relations. *Human development*, 18, 65-79
- Sameroff, A.J. (1995). General systems theories
and developmental psychopathology. I D. Cic-
chetti & D. Cohen (red.), *Developmental psycho-
pathology, Vol. 1* (s. 659-695). New York: John
Wiley & Sons, Inc.
- Sameroff, A.J. (2009). *The transactional model of
development: how children and contexts shape each
other*. Washington, D. C.: American psychologi-
cal association
- Sendak, M. (2001). *Til huttetuenes land*. Cappelen
Damm
- Skandsen, A. *Traumebehandling for barn i bokstavjun-
gelen*. Forelesning Schizofrenidagene, 7. Nov.
2019
- Steele, K., Boon, S. Van der Hart, O. (2017). *Treat-
ing Trauma-Related Dissociation: A Practical, Inte-
grative Approach*. WW Norton & Co
- Stern D.N. (1992). *Et spedbarns dagbok*. Oslo: Uni-
versitetsforlaget
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation: A
unified view of parent-infant psychotherapy*. New
York: BasicBooks
- Stern, D.N. (1997). *Moderskapskonstellationen*.
København: Hans Reitzels Forlag
- Stern D.N. (2000). *Spedbarnets interpersonlige verden*.
København: Hans Reitzels Forlag
- Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige ver-
den*. Gyldendal norsk forlag
- Stern, D. (2005). *Intersubjectivity. The American
psychiatric publishing textbook of psychoanalysis* (s.
77-92). Arlington, VA: American psychiatric
publishing, Inc.: US
- Svendsen, B. (2007). *Den terapeutiske relasjon som
ramme for utvikling i psykoterapi med små barn:
En studie av de innledende samhandlingsprosessene*.
Doktoravhandling. Oslo: Unipub
- Svendsen, B.; Johns, W.T.; Brautaset, H. og Ege-
bjerg, I. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv
psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokfor-
laget
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadically expanded states
of consciousness and the process of therapeutic
change. *Infant mental health journal*. 19(3), 290-
299

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

Winnicott, D.W. (1991) *Playing and Reality*. London: Routledge

Annika Skandsen, psykologspesialist ved BUP Hinna, Stavanger universitetssykehus.

PhD stipendiat ved psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

Spesialist i barne- og ungdomspsykologi og Master of Science (MSc) i ledelse. Skandsen sitter i RBUP Øst/Sør sin ressursgruppe i Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi og er en del av Barn i Bergen prosjektet ved RKBV Vest/NORCE. Hun har utviklet, og er kursleder for, Helsetilsynet sin årlige kursrekke for Statsforvalterne i tilsynssamtaler med barn/ungdom som bor på barneverninstusjoner.

Faglige hovedinteresser er traumebehandling, omsorgssvikt, utviklingspsykologi, tverretattlig samarbeid, kriminalpsykologi og selvskading/suicidalitet. Hun er foreleser, har flere publikasjoner fra feltet og har jobbet med traumatiserte barn/ungdom innenfor ulike instanser: politiet v/Statens barnehus, statlig barnevern v/Bufetat, Sosialpediatrisk seksjon v/Barneklubben Ullevål sykehus/Rikshospitalet og Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP).

