18. ÅRGANG NR. 1-2 – JUNI 2001

Matrix

REDAKTIONELT

MATRIX har haft vokseværk de sidste par år; de enkelte numre er blevet længere og længere – nogle så lange, at de har nærmet sig et dobbeltnummer.

Det er også tilfældet med dette temanummer om psykoterapi med børn og unge. Og vi har derfor taget konsekvensen og tilladt os at gøre dette nummer til et dobbeltnummer.

Redaktionen har længe haft planer om et temanummer om psykoterapi med børn og unge. Det er nu lykkedes – med Karen Vibeke Mortensen, Liselotte Grünbaum og Else Margrethe Holmberg som skrivende gæsteredaktører.

Artiklerne tager alle den længerevarende psykoanalytiske psykoterapi med børn og unge som udgangspunkt. Den illustreres og undersøges, i praksis og teori, ud fra kliniske processer, fra arbejdet med forældre og ud fra forskellige forskningsmæssige perspektiver.

Else Margrethe Holmberg beskæftiger sig, med reference til W. Bion og H. Segal, med forudsætninger for barnets udvikling af evne til at tænke og symbolisere. Endvidere gives en introduktion til A. Alvarez og hendes praktiske og teoretiske arbejder, som vurderes at være værdifulde specifikt i forhold til behandlingen af børn med alvorlige udviklingsforstyrrelser og deprivation. I artiklen præsenteres et psykoterapiforløb, som forsøges anskuet i lyset af bl.a. Alvarez's synspunkter, og der argumenteres for, at det gennem udviklingspsykologisk inspireret, psykoanalytisk psykoterapi er muligt at facilitere udviklingen også hos de psykisk mest medtagne børn.

Liselotte Grünbaums artikel kan læses ud fra to perspektiver. For det første fokuseres der på en af psykoanalysens centrale metoder, forståelsen af drømme, idet forfatteren undersøger det posttraumatiske mareridts rudimentære symbolik og mulige reparative funktioner i lyset af dels psykoanalytisk teori og dels klinisk materiale fra et psykoterapeutisk forløb med en massivt traumatiseret, ung flygtning. For det andet kan artiklen læses som en understregning af, hvor betydningsfuldt det er, at der foregår et arbejde med at videreudvikle det psykoanalytiske og terapeutiske arbejde med massivt traumatiserede børn og unge.

Arbejdet med forældrene til de børn, som er i psykoterapeutisk behandling, er et område, som ofte har været underprioriteret både i teori og praksis. Ikke desto mindre er det en meget vigtig del af den samlede behandlingsindsats, undertiden en nødvendig forudsætning for, at det terapeutiske arbejde med barnet overhovedet kan lykkes. Karen Vibeke Mortensen beskriver et spektrum af måder at arbejde med forældrene på, som ligger mellem et partnerskab og en terapeutisk relation.

Gunnar Carlberg fremlægger et velgennemtænkt forsøg på at bygge bro mellem på den ene side klinikerens behov for at lære af detaljerede procesbeskrivelser og på den anden side de videnskabelige krav om objektive, uafhængige vurderingskriterier. Udgangspunktet er »fokuserede, systematiske casestudier«, en metode som forfatteren har udviklet til at undersøge »vendepunkter« i det terapeutiske forløb, idet bestemte, betydningsfulde begivenheder i det terapeutiske forløb belyses blandt andet ved hjælp af information fra forskellige kilder, f.eks. forældre, terapeut og supervisor.

Knud Hjulmand peger på det aktuelle behov for klinisk relevant forskning inden for feltet børnepsykoterapi. Han appellerer til medvirken til, at der finder en bearbejdning sted af den kløft, som findes imellem forskning og klinisk praksis. Han opfordrer til, at »forskningen lytter til klinikken«, at den igangsætter systematiske beskrivelser og vurderinger af den børnepsykoterapeutiske prak-

sis, som faktisk finder sted, og arbejder på at udvikle instrumenter, som kan tage højde for de sammensatte og sårbare processer i psykoterapeutisk arbejde.

Artikelrækken afsluttes med en kort beskrivelse af den uddannelse i psykoanalytisk børneterapi, som blev iværksat i Danmark i 1997; der redegøres for baggrunden og indholdet i den.

Marianne Bengtsson anmelder tre bøger, som fra lidt forskellige vinkler beskæftiger sig med lidelser inden for det autistiske spektrum, især Aspergers syndrom. Hun finder bøgerne, som henvender sig både til forældre og professionelle, særdeles brugbare.

FORFATTERLISTE

ELSE MARGRETHE HOLMBERG, autoriseret psykolog. Specialist og supervisor i psykoterapi, København.

LISELOTTE GRÜNBAUM, autoriseret psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi og børnepsykologi. Privat praksis, København.

KAREN VIBEKE MORTENSEN, cand. psych., dr. pæd., specialist og supervisor i psykoterapi og børnepsykologi. Privatpraktiserende psykolog, København.

GUNNAR CARLBERG, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil. dr, Ericastiftelsen, Stockholm.

KNUD HJULMAND, klinisk psykolog og ph.d.-stipendiat ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

MARIANNE BENGTSSON, autoriseret psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi og sundhedspsykologi Børnepsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital.

OM BEGREBERNE »OBJEKTETS FRAVÆR« OG »OBJEKTETS NÆRVÆR« SOM FORUDSÆTNINGER FOR UDVIKLING AF TÆNKNING OG SYMBOLDANNELSE

Matrix 2001;1-2, s. 7-28

Else Margrethe Holmberg

Denne artikel diskuterer udvikling af tænkning og symboldannelse, specifikt forudsætningerne herfor. Endvidere gives en introduktion til Anne Alvarez's praksis og teoretiske synspunkter. Der henvises til hendes arbejder med alvorligt udviklingsforstyrrede og depriverede børn og unge. Alvarez integrerer moderne psykoanalytisk teori med viden fra spædbarnsforskning og udviklingspsykologi. Der vil i artiklen blive fremlagt klinisk materiale – vignetter og beskrivelse af et langvarigt psykoterapiforløb – som forsøges anskuet i lyset af de teoretiske synspunkter, som præsenteres. Det er forfatterens antagelse, at psykoanalytisk psykoterapi kan medvirke til, at der skabes forudsætninger for intellektuel og emotionel vækst hos også de mest medtagne børn.

Indledning

Dette indlæg diskuterer, for det første, forudsætninger for børns udvikling af tænkning og symbolisering, og for det andet, muligheder, som psykoanalytisk psykoterapi måtte have for at fremme dannelsen af sådanne forudsætninger, hvor de har været utilstrækkelige.

Indledningsvis introduceres kort W. Bions (1) og H. Segals (2) teorier om udvikling af hhv. tænkning og symbolisering. Det teoretiske materiale vil blive illustreret ved enkelte vignetter.

Derefter følger en præsentation af Anne Alvarez's synspunkter (3,4,5 og 6). Alvarez integrerer moderne psykoanalytisk teori med viden fra spædbarns-

forskning og udviklingspsykologi, og der vil i dette indlæg blive fokuseret på hendes syn på de forudsætninger, som skal være til stede, for at »negative« erfaringer (frustration, tab og fravær af objektet) kan befordre udvikling af tænkning og symbolisering.

Et klinisk eksempel omhandlende et mangeårigt psykoterapeutisk forløb med et grænsepsykotisk barn på en dansk døgninstitution præsenteres og forsøges anskuet i lyset af Alvarez's synspunkter.

Wilfred Bion om tænkning

»Thinking has to be called into existence to cope with thoughts« (1, p.179). Tanken er ikke et produkt af tænkning. Tænkning er derimod en aktivitet, som påtvinges psyken af det pres, som tanker udøver, og ikke omvendt.

Vignet:
En 13-årig velbegavet, psykotisk dreng erfarer dette pres helt konkret. Han er i årevis plaget af, at »tankerne slår løs på min hjerneskal«. Tanker kommer tilsyneladende tilfældigt, meningsløst og helt uden hans viljemæssige kontrol. Det er stærkt angstprovokerende og fysisk smertefuldt. Han anstrenger sig for at »holde fast i dem, men de løber fra mig« og samler sig til en filtret bunke i hans hjerne, »båndsalat«, som han ikke er i stand til at rede ud. Når han i undervisningstimerne forsøger sig med skriftlige fremstillinger, kan det af og til lykkes for ham at skrive en eller to linier i sammenhæng, men derefter bliver også skriften til »båndsalat«. Helt konkret forvandles skriften til tegning af endeløse snoede linier og kruseduller, som slynger sig mellem hinanden, indtil han desperat kyler blyant og papir hen ad gulvet.

Det hører med til historien om denne dreng, at det forhold, at han var i stand til at sætte ord på sine oplevelser, var udtryk for et betydeligt fremskridt. Drengens tilværelse i småbarnsalder, før behandling blev iværksat, var en endeløs nonverbal acting-out, den eneste måde, hvorpå han var i stand til at udtrykke sin psykiske tilstand.

Bions teori om tænkning har sit udgangspunkt i erfaringer med netop psykotiske mennesker. Bion anser psykopatologisk udvikling for at være relateret til en defekt i udviklingen af tanker og/eller til en defekt i, eller sammenbrud af, udviklingen af det »apparat«, hvormed tanker gøres til genstand for tænkning.

Iflg. Bion fødes barnet med en førforestilling (pre-conception), som er en slags forventning, eller a priori viden om brystet (»the empty thought«) (1, p. 179). Enhver forening af en førforestilling med dens realisering driver udviklingen fremad, og herved skabes forestillinger (conceptions). Dvs., at en *emotionel* erfaring med tilfredsstillelse er forudsætningen for, at en forestilling kan udvikles. Tænkning derimod udvikles, iflg. Bion, gennem mødet med en frustration, f.eks. når barnets forventning om tilfredsstillelse mødes med ikke-opfyldelse, med »et fraværende objekt«.

Hvis barnets frustrationstolerance da er tilstrækkeligt god, bliver »no-breast inside« til en tanke, og et »apparat« til at tænke den med udvikles. Apparatets funktion kalder Bion »alfa-funktionen«, som er en forudsætning for at barnet kan udvikle mental sundhed.

Det er helt centralt i Bions teori, at barnet ikke kan udvikle et fungerende tænkeapparat ved egen kraft. Barnet kan kun lære at tænke ved at erfare, at moderen er i stand til at tilbyde sin egen tankemæssige bearbejdning af det, som barnet projicerer. Hun skal være »container« for dette.

Begrebet »projektiv identifikation« er et begreb, som netop indfanger, hvordan følelsestilstande hos en person fremkaldes og bearbejdes i en anden person. Dvs., hvordan en person anvender en anden til at opleve og »containe« (rumme) disse. Der er tale om en kommunikation og interaktion på et ubevidst plan. Den ideale interaktion er, at moderen (primærpersonen) » ikke blot indoptager dem, svinger med dem, men også bearbejder dem psykisk med hele sin kapacitet, hvorved de uden brug af primitive forsvarsmekanismer skæres til, så de får en form, der er til at bære« (7, p.499).

Moderen bliver derfor prototypen på et apparat, som kan tænke tanker, og barnet vil introjicere hende som sådan. »Reverie« kalder Bion denne bearbejdende evne hos moderen.

Hvis barnets tolerance for frustration er ringe, bliver »absent breast« til »bad breast inside«. Dvs., at fravær af det gode objekt bliver lig med tilstedeværelse af et ondt objekt. I stedet for en tanke er der et ondt objekt, som psyken må skaffe sig af med, evakuere, gennem projektiv identifikation. Den projektive identifikation har her en karakter af udstødelse. Det afgørende er da, om der er en modtager, som er i stand til at »containe« projektionerne, eller modtageren tværtimod afviser dem eller lader sig invadere af dem og måske forstærker dem. Som formuleret af Rosenfeld: »If the unbearable and often chaotic thoughts and feelings which are expelled can be contained (Bion 1962 b) it is possible that what is happening can be understood and considered, paving the way for the thoughts and feelings to be tolerated and to become less unbearable« (8, p.159).

Hos det psykotiske menneske er tænkeapparatet enten ikke etableret, eller det har lidt sammenbrud, og mennesket plages derfor så at sige af »herreløse tanker, som tænker sig selv« (7, p. 497). Den føromtalte psykotiske dreng oplevede dette konkret og smerteligt.

Hanna Segal om symboldannelse

Hanna Segal skrev i 1957 en artikel, som anses for at være skelsættende i psykoanalytisk teoridannelse om symbolisering (2). Segal skelner imellem symbolsk ækvivalering og ægte symbolisering og angiver en udviklingsrækkefølge, som har ægte symbolisering som mål.

Kendetegnende for den symbolske ækvivalering er, at symbolet blandes sammen med objektet på en sådan måde, at symbolet er lig med objektet. Segal benytter som illustration af den symbolske ækvivalering et eksempel, som handler om en psykotisk mand, som ikke kunne spille violin, fordi denne aktivitet for ham var ensbetydende med at masturbere offentligt. Symbol og objekt var et og det samme (2, p.161).

Vignetter:
To eksempler med psykotiske normaltbegavede børn kan yderligere illustrere denne ækvivalerende sammenblanding og dens skæbnesvangre følger for udviklingen.

En 12-årig dreng, som ingen vanskeligheder har med at tilegne sig færdigheder i regning og matematik, er stærkt hæmmet i sin indlæring af læsning og skriftlig fremstilling. Ej heller er han i stand til at fastholde eller genfortælle en fortalt tekst. Alt dette fordi en række (harmløse) ord eller stavelser ækvivaleres med seksuel aktivitet. Ordet eller stavelsen »de« (f.eks. i ord som kalde, desuden, bordet) gør det umuligt for ham at læse eller forholde sig til talte eller skrevne ord. Han bliver aldeles forstyrret og ubehersket, skriger og griner pga. de »billeder«, som ord/stavelse fremkalder hos ham.

En 10-årig ekstremt indlæringshæmmet dreng udstyrer sit værelse med en mængde overvågningsapparatur (fjernsynsskærme, alarmer m.v.), fremstillet af ham selv med stor fingerfærdighed og akkuratesse, af kasserede dåser, kasser, snore, ledninger. Udstyret har en forbløffende lighed med reelle overvågningsapparater, og for drengen ***er*** *apparaterne virkelige og udgør en nødvendig beskyttelse imod de væsener, han frygter efterstræber ham på livet. Hvis drengen på nogen måde møder modsigelse eller skepsis fra den omgivende verden i forhold til apparaternes funktionsduelighed, dvs. hvis hans verdensbillede anfægtes, bliver han ulykkelig, angst og ofte rasende. Her er tale om symbolsk ækvivalering.*

For denne dreng er det også livsnødvendigt at have hele sin vågne tilværelse skemalagt, da han, som han siger, ikke kan tåle, at der er »huller i tiden«.

Et ægte symbol er en repræsentant for noget andet, og ægte symbolisering er iflg. Segal et resultat af jegets bestræbelse på at mestre den angst, som objekttab vækker. Symbolisering er kun mulig, når symbolet kan skelnes fra objektet, dvs. at barnet skal have tolerance for, at objektet er uden for dets omnipotente kontrol.

Symbolsk ækvivalering – når den optræder ud over den tid, hvor den hører til i normaludviklingen – er derimod, iflg. Segal, udtryk for benægten af tab og fravær af objektet og/eller for kontrol over det forfølgende objekt.

Segal refererer, som Bion, til Kleins teori om den sjælelige tilstand i den skizoid-paranoide position (9), hvor fravær af objektet ikke blot er fravær af et godt objekt, men tilstedeværelse af et ondt og forfølgende objekt. I den depressive position derimod erkendes, at det gode objekt er afgrænset som noget ydre i forhold til selvet, dvs. til noget, som eksisterer hinsides selvets kontrol, hvilket betyder, at det gode objekt i en vis forstand er tabt. Denne erkendelse af at have mistet det gode objekt skaber et behov for at eje eller installere det som en indre instans. Der opstår et behov for at kunne fremkalde eller skabe objektet i forestillingen.

Dersom der ikke sker erkendelse af objekttabet, betyder det, at der ikke drages grænser mellem selv og objekt, og udviklingen hæmmes eller forstyrres. Evne til symbolisering er således altafgørende for barnets normaludvikling. Den er i sit udgangspunkt følgen af et tab og repræsenterer en lettelse eller lindring i forhold til dette tab.

Til illustration af symboldannelsens betydning og funktion som lettelse og lindring anvendes ofte Freuds beretning om sit 1½-årige barnebarns leg med en garntrisse (10). Eksemplet er blevet paradigmatisk for, hvordan mennesket igennem leg, drøm og kreativt arbejde kan bearbejde oplevelser af separation og tab. Det skal her kort gengives:

Barnet, 1½ år, og normaltudviklet, tålte, at hans mor forlod ham i nogle timer af og til. Barnet legede da en leg, som Freud henførte netop til moderens fravær. Legen bestod i, at barnet smed en garntrisse, hvortil var bundet en snor, ud over sengekanten og ledsagede sin handling med lydene o…o…o. Derefter trak han trissen tilbage med lydene a…a….a. Udråbene udlægges som »Fort og Da« (»væk!, der!«) Den samlede legesekvens med forsvinding og tilbagekomst udlagde Freud som værende udtryk for et udviklingsfremskridt. Barnet var nu i stand til at kompensere for moderens fravær ved symbolsk at iscenesætte fravær og tilbagevenden i sin hyppigt gentagne leg.

I et postscript fra 1979, og først da, argumenterer Segal, under indflydelse af Bions arbejder, for betydningen af det objekt, som skal modtage barnets projektioner i den skizoid-paranoide position, dvs. betydningen af relationen mellem mor og barn, relationen mellem »the container og the contained«.

Præsentation af Anne Alvarez's synspunkter.

Indledning

I det psykoterapeutiske og miljøterapeutiske arbejde med børn og unge møder vi ofte børn, som umiddelbart giver os det indtryk, at de næppe er i stand til at erfare fravær, fordi de mangler erfaringer med nærvær. Det er børn, som ikke synes at have meget at miste, børn, som mangler erfaring med relationer, som de kan overføre på mødet med terapeuterne. Det er børn med uudviklet eller læderet evne til at tænke og symbolisere.

Som behandler kan man få det indtryk, at disse børn i overføringen præsenterer netop deres primære mangel på relation. De overfører et »ikke-eksisterende/ tomt« objekt, eller et »hul«. Mange af dem taler angstfyldt om huller (som drengen ovenfor, som ikke tålte »huller i tiden«), nogle graver huller eller fremstiller huller helt konkret i tegning, som de derefter ræddes for. De kan være monomant optaget af hule genstande, men bliver også bange for at hullerne huser skræmmende uhyrer, som vil efterstræbe dem. Den grundlæggende angst for onde objekters konkrete forfølgelse overføres ofte direkte på de voksne, som har påtaget sig opgaven at hjælpe disse børn. Børnene kommer i samværet med de voksne nemt til at opleve sig forfulgt, mistænkeliggjort, bebrejdet. Der er tale om børn, om hvem man kan sige, at de er i den »position«, som Klein benævner paranoid/skizoid.

I behandlingsarbejde med sådanne børn kan Alvarez's skrifter, blandt andre, give inspiration og befordre en nødvendig behandlingsmæssig optimisme.

Alvarez fremfører den betragtning, at det generelt i psykoanalytisk teori har været almindeligt at anse negative erfaringer i livet for at være de store lære-

mestre. Frustration skulle sætte mennesket i stand til at se virkeligheden og dennes krav i øjnene, hvorimod opfyldelse af behov og ønsker skulle give næring til illusion. Hun omtaler således også Bions teori om frustration som drivkraft for udvikling af alfafunktionen og Segals teori om objektfravær som forudsætning for udvikling af symboldannelse, og henviser naturligvis til Freuds skrifter, ikke mindst »Beyond the pleasure principle« og »Formulations of the two principles of mental functioning«.

Samtidig er hendes teoretiske bidrag funderet i Bions syn på moderens betydning som container, hendes evne til reverie.

Alvarez vælger i mange af sine skrifter, som har talrige og særdeles illustrative eksempler fra terapeutisk arbejde med børn og unge, at lægge fokus på forudsætningerne for, at frustration overhovedet kan blive en drivkraft i udviklingen og refererer hyppigt til vore dages viden fra spædbarnsforskning og udviklingspsykologi.

Hun diskuterer også historien om Freuds barnebarns leg med garntrissen (3, p.165 ff.) og påpeger, at Freud i sin fortolkning tillægger legens første del – garntrissens forsvinden – den største betydning. Det er den ubehagelige erfaring med moderens forsvinden, som er central. At legen også er forbundet med lystfølelse tilskriver Freud, iflg. Alvarez, det forhold, at barnet konverterer en passiv erfaring til aktiv handlen.

Hun påpeger, at elementet af lyst i det hele taget ikke har nogen særlig placering i den tidlige psykoanalytiske teori om leg, og hun anfører i sin omtale af garntrisselegen, at barnets fryd ved at objektet bringes tilbage, hvorved dets forsvinden også kontrolleres, primært har været anset for at være et forsvar imod ulyst. Hun mener, at dette er begrundet i Freuds syn på virkeligheden som fundamentalt frustrerende og skuffende, noget man må konfrontere sig med og komme overens med.

Hun vurderer, at denne synsvinkel på barnets leg kan være hjælpsom, når man skal forstå legen hos det barn, som har tillid til, at det gode objekt eksisterer og er tilgængeligt, men har behov for at bearbejde angst i forbindelse med objektets fravær.

Er der derimod tale om et barn, som mangler tillid til at objektet findes og kan nås, er der brug for en teoretisk tilgang, som rummer håb og lyst. Med andre ord er det barnets indre objektverden, som bestemmer, hvordan garntrisselegen kan forstås. Spørgsmålet er, om barnet leger for at benægte moderens fravær og betydning, fordi det ikke har den nødvendige frustrationstolerance, dvs., at det ikke (endnu) besidder basale forudsætninger for at transformere frustrationen til noget konstruktivt og udviklende, eller det leger for at gøre moderens fravær tåleligt. Udviklingsmæssigt er der tale om to forskellige niveauer. I det første tilfælde svarer niveauet til Segals symbolske ækvivalering og Kleins skizoid-paranoide position og i det andet til et niveau, som iflg. Alvarez vil svare til, at barnet er på vej til ægte symbolisering og den depressive position.

Kan man tænke sig denne leg leget af et depriveret barn, spørger Alvarez, og svarer selv: »The child may not have an illusion of oneness, he may be starting from a vision of empty desolation and nothingness – ash. His first steps towards a phantasy of possession, of winning a longed-for object, pleasing it, attracting it, getting together with it need to be greeted with interpretations which acknowledge not omnipotence but powers and potency, not reassurance but the rightful need for assurance. The deprived child may, with help, arrive at the transitional level in transition from a place different from and, in a way, prior to the one described by Segal and Winnicott. He may then be in the process af learning not about the properties of absentable obejcts, but about the properties of objects which return, and about his own capacities to make them return.« (3, p.168).

Case

Det følgende anonymiserede kliniske eksempel beskriver aspekter af et mangeårigt miljø- og psykoterapeutisk forløb med en pige i en dansk døgninstitution. Fokus i beskrivelsen vil være perioder af det individuelle psykoterapeutiske forløb. Fremlæggelsen er baseret på subjektivt udvalgte dele fra et stort antal noter fra både psykoterapi og supervision og omfatter konkrete og resumerende materiale fra sessionerne såvel som terapeutens refleksioner.

Det drejer sig om en grænsepsykotisk, depriveret pige i latensalder. Psykiatriske og psykologiske undersøgelser antyder generel retardering. Hendes kontakt beskrives som autistisk, hun har kun ganske lidt forståeligt sprog, men betjener sig af et særegent staccato lydsprog, som ikke virker som kommunikation med omverdenen. I tidlig barndom har hun haft traumatiske oplevelser, utilstrækkelig omsorg, og hendes mor led af depression ved fødslen og i en årrække derefter.

På behandllingsinstitutionen oplever voksne sig i forhold til hende som brugsgenstande. Hun skal have hjælp til alt, beder ikke om hjælp, men hendes attitude levner hos den voksne ikke tvivl om, at hun ikke er motiveret for at lære at klare sig selv, eksempelvis i forhold til hygiejne.

En spinkel terapeutisk optimisme knytter sig til hendes adfærd, som er præget af (tilsyneladende) planløs manipulation med ting. Måske er den ikke så planløs endda. I hvert fald vækker den hos nogle medarbejdere en følelse (modoverføringsfølelse) af, at barnet »leder efter noget«. Med Bion kunne man spørge, om dette barn har en førforestilling, som i behandlingen kan mødes med realisering på det emotionelle plan og befordre udvikling. Vil barnet få mulighed for at introjicere og internalisere så positive erfaringer, at følelser, tænkning og symboldannelse kan udvikles ? Med Alvarez (3) kunne man spørge, om det mon kan lykkes at tiltrække og interessere hende, så hun kan blive i stand til selv at tiltrække, eller med Ernst (11) spørge, om det mon kan lykkes at tilrettelægge en daglig tilværelse fri for frustration og på en sådan måde, at hun ikke kan undgå at få vakt lyst og interesse og dermed turde bevæge sig ud af det autistiske forsvar.

Psykoterapien

I psykoterapiens første seks måneder er barnet stort set tavs. Dog ledsager hun sine aktiviteter med lyde og lydsammensætninger, som kunne minde om neologismer. Hun er i sessionerne fysisk urolig, virker rastløs, manipulerer med alt tilgængeligt materiale på en tilsyneladende planløs og meningsløs måde. En enkelt aktivitet skiller sig ud fra barnets øvrige færden i terapirummet. Hun bruger papir og tusch og »tegner« en eller flere streger tværs hen

over papiret, hvorefter hun lader papiret ligge. Da denne handling synes at rumme et element af ønske om/motiv til at meddele sig til »nogen« om »noget«, forsøger terapeuten sig med beskrivende tolkninger, dels bekræftende i forhold til selve handlingen, dels i forhold til den mulige kommunikation »du viser mig, at du tegner« og endelig i forhold til indholdet ud fra det indtryk, tegningen gør på terapeuten, f.eks. »du laver et stakit imellem os« eller »der er et hegn mellem dig og mig«. Terapeuten opfatter barnets tegning som udtryk for forsvar imod fusionsoplevelse, jf. Ernst (11), og forsøger sig også med tolkninger om, at pigen med sit hegn måske undgår, at hun og terapeuten kommer for tæt på hinanden. Barnet synes ikke at reagere på tolkningerne, og da hun fortsætter med at tegne, forsøger terapeuten at anskue aktiviteten som en mulighed for interaktion og prøver at tegne sammen med hende (inspiration: Winnicotts squigglegame (12)). Barnet holder nu op med at tegne, formentlig fordi hendes forsvar ikke respekteres. Tegneaktiviteten genoptager hun i en senere fase af terapien.

Terapeuten formår ikke – end ikke glimtvis – at etablere blikkontakt med barnet og kan i det hele taget længe ikke tilbyde dette barn andet end sin tilstedeværelse og interesse. Selv interessen kan det knibe med at opretholde. Terapeuten forsøger sig med tilbud om noget at spise og drikke ud fra en intention om via en sådan gratifikation på konkret symbolsk vis at give primær omsorg og imødekomme tidlige driftsbehov (11), men det fornemmes ikke, at gratifikationen »flytter noget«, det fornemmes ikke, om der for barnet er tale om nogen form for ækvivalerende symbolisering. Barnet indtager både mad og drikke, men hvorvidt der herved befordres en oplevelse af driftstilfredsstillelse eller hun har nogen oplevelse af, at goderne modtages i en relation, kan ikke registreres.

Barnet ruminerer meget (fremkalder kraftige »bøvser og prutter«). Forfatteren Frances Tustin (13) omtaler det psykotiske barns selvstimulation. Hun foreslår, at de fremprovokerede kropsfornemmelser bevirker, at barnet kan føle sig beskyttet imod omverdenen. De selvskabte fornemmelser i kroppen tænkes at skabe en illusion om at have kontrol. Barnet kan på denne måde benægte eksistensen af »ikke-mig«, objektet, og dermed undslippe

interaktion og kontakt. Terapeuten forsøger at beskrive for barnet, hvad det gør og siger til hende, at hun på denne måde rigtigt kan mærke sig selv og sin krop, »du kan mærke, at du er Lise«, men hun ser hos barnet ingen reaktion på det sagte.

Med reference til Kleins tanker om at barnet i fantasien helt konkret kan skaffe sig af med, evakuere, de onde objekter via udtømningsorganerne, kunne barnets adfærd også opleves meningsfuld, og der bliver forsøgt tolkninger herom, men ej heller her med registrerbar effekt.

Sessionerne opleves utilfredsstillende af terapeuten, som har den indgang til terapien, at alt hvad barnet foretager sig er meningsfuldt, og at alle barnets ytringer bør kunne forstås på et eller andet niveau, hvis altså terapeuten er tilstrækkelig kompetent. Barnet må forstås, før det selv kan begynde at forstå.

Terapeuten gør sig umage med at verbalisere, beskrive, tolke, hvad hun tror meningen er med aktiviteterne, hvad barnet måtte føle og ønske at meddele og til hvem, men terapeuten oplever sig tiltagende hjælpeløs og ikke i stand til at få materialet ind i et metaforisk sprog. Iflg. Bion skal terapeuten som »container« udføre en god portion aktiv tænkning, fordi patienten selv mangler evnen til at tænke, og terapeuten spørger sig selv, om hun er »container« i Bionsk forstand, når hun »blot« er til stede med sin intention om at forstå, om at være gratificerende og undgå at udsættte barnet for frustration. Det giver imidlertid mening for terapeuten at forsøge at opfatte sine egne følelser som en kommunikation fra barnet om hvordan det føles at være hjælpeløs, passiviseret og måske »tom«. Hun finder støtte i at opfatte det, som sker – eller ikke sker – som udtryk for projektiv identificering, forstået som en kommunikation fra barnet om, og en overføring af, følelser på en sådan måde, at hun føler dem som påtvungne. Hun støttes i supervisionen i at holde ud, stille sig tilfreds med at være i rummet sammen med barnet, som kommer punktligt til hver session (en gang ugentlig).

Efter ca. et halvt år, kommer barnet en dag ind ad døren med ordene »sku' vi ikke lege skjul?« Terapeuten bliver forbløffet både over den direkte henvendelse (dog uden blikkontakt) og over det tydelige udsagn. Terapeuten registrerer hos sig selv en lettelse, og hendes første indfald er »den leg skal

der to til«. Intuitivt går hun aktivt ind i legen, lidet anende, at denne leg, som iscenesættes totalt af barnet, skal komme til at udspille sig i knapt ni måneder. Legen er i sin udformning som den måde, man som voksen kan lege skjul med et normaltudviklet 1½-2 år gammelt barn, nærmest at ligne ved en bortetit leg.

Barnet ligger med lukkede øjne under bordet, når hun gemmer sig. Terapirummet, som er lille, tillader kun to skjulesteder. Legen foregår de første gange uden mange ord, men med barnets frydefulde hvinen, både når hun finder og selv bliver fundet. Terapeuten vælger de ord, man bruger til det lille barn »hvor kan hun dog være?«, »jamen der er du jo« og lignende udsagn, udtrykt med en stemmeføring og kropsholdning, som kommunikerer den autentiske glæde ved samværet og den fælles illusion. Barnet imiterer efterhånden i vid udstrækning terapeutens ordvalg, men overrasker ved en dag pludselig at spørge »er det ikke dejligt at blive fundet?«, sagt i det øjeblik hun »finder« den voksne. Terapeutens kommentar er bekræftende og med tilføjelsen »og det er dejligt at finde«.

At barnet initierer denne leg opfatter terapeuten som et muligt udtryk for, at der i barnet nu findes en indre objektdannelse, og at barnet vil ses af og selv se objektet. Barnets fryd ved at opdage, at en person søger efter hende, når hun er »væk« og som ønsker hende, har karakter, som den man oplever hos et normalt ganske lille barn.

Legesessionerne er i grundstemning livfulde, men frustration melder sig hos pigen, hvis hun bliver fundet »for hurtigt«. »Det er for tidligt« skriger hun. Timingen i tid får en stor betydning for hendes velbefindende, og terapeuten vænner sig til at spørge hende, når hun ligger gemt, om hun nu er parat til at blive fundet. Sommetider er hun parat, sommetider får terapeuten besked på at »vente lidt«. Et sådant mellemspil synes ikke at bryde illusionen, og intuitivt fornemmer terapeuten, at frustration, så vidt det er muligt, skal undgås og følger derfor barnet.

I forhold til terapeutens oplevelse af ørkesløshed og hjælpeløshed i de første måneders terapi føler hun sig nu igennem legen bekræftet i, at terapien dog har mening.

I løbet af 6-7 måneders efterhånden nærmest rituel gentagelse af legetemaet, hvor barnet regulerer nærvær og fravær, melder sig imidlertid hos terapeuten et begyndende ubehag. Hun får en påtrængende følelse af at have bragt sig i en situation, hvor hun oplever sig »fanget« i barnets ubevidste iscenesættelse, ved at have identificeret sig med barnets projektioner på en måde, som opleves nu at stå i vejen for nødvendig distance for at kunne tænke. I modoverføringsfølelsen mener hun at finde en meddelelse om, at der må »noget andet« til. Hun overvejer, hvad der mon vil ske, hvis hun nu frustrerer barnet ved at stoppe legen og insistere på dialog.

Hun støttes i supervisionen i at betragte modoverføringsfølelsen som en bekræftelse på, at der hos dette barn er tale om en mangeloverføring, og at den gensidige aktivitet i terapiens emotionelle ramme af gratifikation måske kan være med til at opbygge en affektiv tilstand, som barnet vil kunne bruge som afsæt for videre udvikling. Mens hun fortsat er i en periode af usikkerhed og overvejelse, og derfor ***emotionelt langt mindre nærværende****, tager terapien en for terapeuten overraskende vending.*

Barnet indleder en dag en session med grædende at udbryde: »der mangler noget herinde, der mangler noget – jeg skuffer mig ihjel«. Terapeuten bekræfter over for barnet, at hun føler skuffelse og vrede, og at skuffelsen er meget stærk, fordi barnet tror, at hun herinde får det hun behøver, og nu føler hun sig snydt.

Vendepunktet, hvor barnet pludselig bevidst oplever sig svigtet, mærker savn og længsel og føler sig snydt, giver også terapeuten en følelse af frustration, men samtidig en lettende erkendelse af, at barnet nu er i stand til, i et eller andet omfang, at reflektere over sin situation, og hermed er der tale om udvikling. Barnets tale om sin skuffelse kunne være et vidnesbyrd om, at savn og længsel har været der, men nu først kan tænkes og verbaliseres. Denne udvikling kunne have sammenhæng med den frustration – som måske repræsenterer objekttab – barnet oplever ved terapeutens på det tidspunkt ringere emotionelle tilgængelighed. Terapien bevæger sig hermed ind i en fase, hvor dialog ganske langsomt bliver mulig. Barnet viser sig, overraskende, at udvikle et ret så nuanceret ordforråd.

Der er gråd og rasen forbundet med at mærke frustrationen i forhold til terapeuten, føle og senere huske, rekonstruere og fortælle om en fortid, som har omfattet traumer, følelser af forladthed og oplevelser af indespærring. »Tegningen« af de tværgående streger genoptages og udvikler sig nu til ***symbolske repræsentationer*** *af tildragelser i barnets liv. Tegningerne bliver et vigtigt udgangspunkt for samtaler. Barnet beretter om tildragelser, som er delvis bekræftet af forældre og sagsbehandler. Men selvfølgelig drejer det sig i terapien om, hvad hun i sit sind har skabt om disse begivenheder. Det symboliserede handler om den psykiske realitet.*

Hendes sprog bliver tiltagende metaforisk – et evokativt sprog kunne man kalde det, med en depressiv grundtone, og hun begynder at interessere sig for legetøjet. I den symbolske leg ses reparative elementer.

Det autistiske forsvar synes løsnet, og splittingmekanismer udvikles og kommer til udtryk i forhold til alle voksne omkring hende. Hun synes at være på vej til at kunne tage forsigtige skridt fra den paranoid-skizoide position i retning af den depressive position.

I denne fase af terapien, som strækker sig over ca. 2 år (nu 2 gange ugentlig), bliver frustration over og krav til objektet levende og kan tolkes. Terapeuten udsættes for anklager om at snyde, være dum og utroværdig, og også for trusler om fysiske overgreb (at få ting smidt i hovedet). Det bliver ved verbale trusler, og barnet kan hjælpes til at formulere sig om fantaserede, monstrøse forfølgere. Hendes acting out synes således at være udtryk for evakuering af skræmmende fantasier. I en kort periode taler barnet også angstfyldt om at have »bier i ørerne«, og der hersker tvivl om, hvorvidt hun er hallucineret. I samme periode har hun mareridtsagtige drømme (har ikke tidligere givet udtryk for drømmeaktivitet). Med Klein kunne man sige, at barnet, ved objekttabet, er ekstremt sårbart over for indtrængende objekter, som vil ødelægge hende.

Sammen kan barn og terapeut ganske langsomt begynde at gå på opdagelse, og med Killingmos ord prøve at »finde ud af« (14). Ikke nogen jævn og fremadskridende proces, men et forløb, som ofte står i stampe, når barnet føler sig bebrejdet og mistolker terapeutens formuleringer, eller udsættes for

formuleringer, som ikke er korrekte, hverken på det kognitive eller empatiske plan. Alt i alt synes det imidlertid at være berettiget at tale om en terapeutisk alliance, som overlever også de mange gange, tolkningerne opleves som afvisning eller angreb, og hvor de har udgangspunkt først og fremmest i terapeutens ubearbejdede modoverføring.

I afslutningsfasen, efter et forløb på ca. 7 år, bebrejder den nu unge pige sin terapeut, at det hele er gået for langsomt, og at der er »alt for meget vi ikke har forstået«.

Diskussion

På det tidspunkt, da psykoterapien med denne pige begyndte, var Alvarez's synspunkter om forståelse af, og psykoterapeutisk tilgang til, depriverede børn ikke kendt.

Bekendtskabet med Alvarez's efterhånden omfattende produktion blev imidlertid et værdifuldt redskab til at opnå en retrospektiv, udvidet forståelse af den mangeårige psykoterapi. Sagt på en anden måde bidrog Alvarez's synspunkter til, at terapeutisk intuitiv handlen yderligere kunne bearbejdes intellektuelt og emotionelt. Hendes bidrag blev et betydningsfuldt supplement til den forståelsesramme, som allerede var skabt gennem kendskabet til især Klein, Bion og Segal, og hvis teorier, som nævnt, også har været udgangspunkt for den praksis Alvarez har udviklet og beskrevet så inspirerende. Det er min vurdering, at hendes skrifter fremover vil have stor betydning for børnepsykoterapeutisk arbejde, måske især for psykoterapeuter, som beskæftiger sig med behandling af børn med de sværeste psykiske mangler og forstyrrelser.

Bions begreber om projektiv identifikation og containment er helt centrale i hendes praksis og teori. Begrebet projektiv identifikation som kommunikation beskriver netop den situation, hvor moderen rummer og transformerer det lille barns projektioner, så det utålelige bliver tåleligt, og han sammenligner dette med terapeutens containende funktion. Som Alvarez understreger, er det »*freedom from* frustration which seems to promote thinking – the opportunity to explore the experience in someone else who can feel it deeply and also think about it« (6, p. 195).

Der findes i litteraturen om psykoterapi mange beskrivelser af, hvordan patienter bliver i stand til at udforske traumatiske erfaringer via en anden. Et vigtigt bidrag giver Joseph (15). Hun understreger nødvendigheden af, at terapeuten er container for patientens erfaringer i lang tid uden at give projektionerne tilbage til patienten. Også Winnicott taler om vigtigheden af at vente. Han siger bl.a.:

> »If only we can wait, the patient arrives at understanding creatively and with immense joy, and I now enjoy this joy more than I used to enjoy the sense of having been clever« (16, p. 102).

I det her præsenterede casemateriale åbenbares terapeutens vanskeligheder med at være emotionelt nærværende og containende og undgå præmature tolkninger. Det er svært at bære, at materialet ikke synes at have nogen mening, og terapeuten kan ikke give barnet den af Alvarez omtalte »frihed for frustration«, selvom hendes intention er at undgå at frustrere barnet og være »container«.

Alligevel finder udvikling sted. Måske var den psykoterapeutiske indsats – med de frustrationer den indebar – med Winnicotts ord dog »good-enough«?

I mine øjne kan materialet tjene også til belysning af frustrationens funktion som drivkraft i udviklingen af tænkning og symboldannelse.

Forudsætningen for at frustration kan have en udviklingsfremmende funktion for barnet er, iflg. Bion (1), som tidligere nævnt, at barnet har udviklet en frustrationstolerance, som er stærk nok til at frustrationen kan modificeres, bearbejdes, frem for at benægtes eller evakueres gennem projektiv identificering. En sådan tolerance udvikles, når barnet har erfaret og internaliseret moderens evne til at rumme og bearbejde projektionerne.

Hertil føjer Alvarez nødvendigheden af, at barnet har livfulde oplevelser »in the presence of an object« (6, p. 195). Hendes budskab er, at disse oplevelser er lige så vigtige elementer i en psykoterapeutisk proces som containment og frihed for frustration. Også her synes det berettiget at drage en parallel til Winnicotts ord om, at psykoterapi skal finde sted i en »legende atmosfære« (17).

Det er min overbevisning, at det lange forløb i psykoterapien, hvor terapeut og barn delte glæden ved den livfulde fælles leg og eksperimenteren med nærvær og fravær var afgørende for, at dette barn blev i stand til at opbygge en tolerance for frustration, som var god nok til, at hun senere kunne bruge frustration som afsæt for udvikling. Terapeuten gjorde den erfaring, som også er beskrevet af Cohen og Solnit (18), at hun i perioder af terapien fik stor betydning som virkelig person, mens hendes indflydelse som overføringsobjekt var mindre central.

Som nævnt er Alvarez i sin praksis og sine skrifter i høj grad funderet i udviklingspsykologien, og hun har mange referencer til spædbarnsforskning og udviklingspsykologi. Således henviser hun til Daniel Sterns teorier. Denne artikels kliniske materiale skal afslutningsvis kort anskues i lyset af hans teorier (19).

Den konkrete iscenesættelse af interaktionen i »borte-tit« legen som barnet skaber, kan i tid henføres til Sterns tidligste relationsområder, hvor vitalitetsfølelserne og den følesesmæssige afstemning er helt centrale. Der er imellem barn og terapeut autentiske følelser af glæde ved at være sammen. De finder i fællesskab en rytme i legen. Timingen er således central. Terapeuten forsøger at dele barnets fokus, at tone sig ind på barnets følelser, og der opstår en fælles opmærksomhed, som iflg. Stern skal til, for at barnet kan udvikle et »subjektivt selv«, hvor symboler, ord og fortælling kan udvikles.

Stern beskæftiger sig endvidere specifikt med spædbørns oplevelser af og reaktioner på at have en depressiv mor (20). At leve med en depressiv mor var også dette barns vilkår. Stern anvender udtrykket »død mor komplekset« om barnets samvær med den psykisk og emotionelt fraværende mor. Når man arbejder psykoterapeutisk med sådanne børn, er det meningsfuldt at erindre Alvarez' ord om, hvor vigtigt det er som terapeut »to be carrying a live feeling self and calling the patient back to himself and to live human contact by means of amplifications and reclamations« (5, p.119). Omfattende spædbarnsforskning har bekræftet, at det levende samspil mellem barn og voksen er det fundament, hvorpå al psykisk udvikling hviler. Den viden kan overføres på det terapeutiske arbejde med børn og unge, hvis tidligste barndom har været karakteriseret ved mangler i selvet, i objektet eller i begge.

Konkluderende er det min vurdering, at psykoanalytisk, udviklingspsykologisk orienteret, psykoterapi kan bidrage til at fremme vækst af de *forudsætninger*, som betinger udvikling af tænkning og symboldannelse. En sådan psykoterapi behøver en ramme, som inddrager barnets totale situation. Det ligger uden for denne artikels emne at beskrive en sådan ramme, men i et efterskrift vil der ganske kort blive gjort rede for rammerne for det konkrete psykoterapeutiske forløb, som er beskrevet i artiklen.

Efterskrift

Det psykoterapiforløb, som er præsenteret i denne artikel, fandt sted mens barnet var i behandling i en døgninstitution, et behandlingshjem for børn og unge med alvorlige udviklingsforstyrrelser og sindslidelser.

Det mangeårige behandlingsforløb må betegnes som vellykket, i og med at barnet fra at være autistisk tilbagetrukket og med et funktionsniveau, som gav indtryk af generel retardering, kom i udvikling og i sin sene barndom og ungdom kunne give udtryk for ønske om at lære noget og om at få indsigt. Som voksen kvinde er hun i dag i stand til at leve i et fællesskab i trygge rammer. Hun har beskæftigelse på nedsat arbejdstid, lever et aktivt socialt liv og er i stand til at udfolde sine nu særdeles veludviklede kreative evner, til egen tilfredsstillelse og glæde for andre.

Hendes ophold igennem barndom og ungdom, fra hun var godt 7 år gammel, i et gratificerende miljø, som også var konkret støttende med tilpassede krav i forhold til hendes spirende jeg-udvikling, det mangeårige psykoterapeutiske forløb, som kom til at rumme såvel livfuld interaktion som frustration, har – formentlig i kombination med et fysiologisk modningspres – faciliteret hendes udviklingsproces.

Den samlede behandling var baseret på et tæt samarbejde mellem miljøterapeuter, lærere og den psykolog, som forestod den individuelle psykoterapi, og på åben informationsudveksling dem imellem. Der var en fælles forståelse af, at beskaffenheden af pigens indre verden og af de traumatiske begiven-

heder hun havde oplevet i tidlig barndom, nødvendigvis måtte medføre splitting og acting out, (hvis/når hun blev i stand til at komme fri af det autistiske forsvar), før hun kunne forventes – eller man kunne have håb om – at hun ville være i stand til at meddele sig gennem leg og tale og bevæge sig hen imod integration.

Med støtte gennem supervison kunne medarbejderne hjælpe hende på vej. De kunne glædes over , at hun en dag forsøgte sig med at lyve og tage dette som et tegn på, at hun nu var i stand til at opleve adskilthed og privathed i forhold til objekter, som eksisterede uden for hende selv og som et tegn på en begyndende indrepsykisk struktur. Et vidnesbyrd om fremskridt syntes det også at være, da pigen, i begyndende pubertet, udtrykte ønske om, at det som hun talte med sin psykolog om skulle være »hemmeligt« imellem dem. Et tydeligt udtryk for fremskridt var det også, da hun kunne vise et vist mål af interesse for andres velbefindende.

Med årene blev det muligt, i miljøterapien, at stille krav til den store pige om selvhjulpenhed og aktiv deltagelse i fællesskab m.v., men hun levede med en letvakt mistænksomhed og forblev ekstremt sårbar over for henvendelser – verbale som nonverbale – som kunne rumme den mindste antydning af kritik eller utålmodighed.

Der var igennem det langvarige behandlingsforløb også tale om et intensivt forældrearbejde. Forældrene var skilt, og moderen, hos hvem barnet boede, havde haft et svært liv, psykisk og socialt, både som barn og voksen. At aflevere sit barn til behandling på en døgninstitution betød for hende, at hun måtte genopleve følelser af skyld og mindreværd. Forældrene havde hver sin samtalepartner på institutionen. I forhold til moderen var der tale om personlig hjælp og støtte, og i samarbejde med de sociale myndigheder blev der draget omsorg for hendes tilværelse ud fra et helhedssynspunkt. For barnet blev det af stor betydning, at moderen klart fik det bedre med årene, og mor og barns samvær i weekends og ferier blev til glæde for begge parter. I forhold til faderen og hans nye familie var der tale om vejledningssamtaler.

Abstract

On the concepts »loss of the object« and »presence of the object as conditions of development of thinking and symbol-formation.

This article is discussing the conditions to be fulfilled in order that thinking and symbolformation can develop, and the possibilities that psychoanalytic psychotherapy may have to facilitate such development.

An introduction is presented to the views of Anne Alvarez concerning development of thinking and symbol-formation.

Alvarez sheds new light on ways of understanding autistic, psychotic and severely disturbed children and adolescents. She integrates modern psychoanalytic theory with new findings in infant development and infant psychiatry. Focus in this article is her view on the preconditions that must be present in order that frustration (Bion) and loss of the object (Segal) can be considered to promote the development of thinking and symbol-formation.

Clinical material is presented: many years' treatment, in a Danish residential home, of a traumatized and deprived child/adolescent with psychotic episodes and autistic barriers. The clinical material is discussed in the light af Alvarez's understanding that »freedom from frustration«, »containment« and »the sharing of positive states« are equally important elements with regard to cognitive and affective development, and that knowledge hereof should be used in psychotherapeutic work with severely disturbed children and adolescents.

Litteratur

1 Bion, W. (1967), A Theory of thinking. In: *Melanie Klein Today,* vol.1, Bott Spillius, E. (ed.), Routledge, London.

2 Segal, H. (1957), Notes on symbolformation. In: *Melanie Klein Today,* vol.1, Bott Spillius, E. (ed), Routledge, London.

3 Alvarez, A. (1992), *Live Company.* Routledge, London.

4 Alvarez, A. (1985), The problem og neutrality, some reflections on the psychoanalytic attitude of borderline and psychotic children. *Journal og Child Psychotherapy,* vol 11.
5 Alvarez, A. (1996), Different uses af the countertransference with neurotic, borderline, and psychotic patients. In: Sandler, Anastasopoulos & Martindale (ed.): *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents.* EFPP, Clinical Monograph Series, Karnac.
6 Alvarez. A., Harrison, A. and O'Shaughnessy, E. (1999), Symposium on frustration. *Journal of Child Psychotherapy,* vol. 25. No.2.
7 Andkjær Olsen, O. og Køppe, S. (1996), *Psykoanalysen efter Freud,* bind 1, Gyldendal.
8 Rosenfeld, H. (1987) *Impasse and Interpretation,* Tavistock Publications.
9 Klein, M. (1930), The importance of symbol-formation in the development of the ego. In: *The writings of Melanie Klein,* 1, Hogarth 1975, London.
10 Freud, S. (1920), *Beyond the pleasure principle*, S.E. xviii.
11 Ernst, Ebba og Niels, Symbiosekomplekset, *Nordisk Psykologi*, 1973, vol. 3.
12 Winnicott, D. (1953), Symptom Tolerance in Paediatrics. In: T*hrough Paediatrics to Psycho-Analysis.* Kahn, M. (ed), Hogarth Press, London.
13 Tustin, F. (1986), *Autistic Barriers in Neurotic Patients.* Karnac, London.
14 Killingmo, B., (1989), Conflict an Deficit: Implications for Technique. *Int. J. Psycho-Anal.* 70, 65.
15 Joseph, B. (1988), Projective identification – some clinical aspects. I: *Melanie Klein Today,* vol.1, Bott Spillius, E. (ed), Routledge, London.
16 Winnicott, D.(1969). I: *Playing and Reality*, Plican Books 1974.
17 Winnicott, D. (1977), *The Piggle, An Account on the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl.* London: Hogarth Press.
18 Cohen, P.M., & Solnit, A.J. (1993): Play and Therapeutic Action. *Psychoanalytic Study Child;*
19 Stern, D. (1985) *The interpersonal World of the Infant. New York,* Basic Books.
20 Stern, D. (1995) *The Motherhood Constellation.* New York: Basic Books. 48.

DET POSTTRAUMATISKE MARERIDT: EN VEJ TIL INTEGRATION?

Matrix 2001;1-2, s. 29-56

Liselotte Grünbaum

Den psykoterapeutiske proces med massivt traumatiserede, unge flygtninge kan være vanskelig at etablere, idet den unge kan have trukket sig ind i en overvejende non-verbal, tanketom tilstand præget af depressiv passivitet, kun afbrudt af tilbagevendende symptomklager. Kontaktforholdet og dialogen kan således farves af en død atmosfære, i hvilken terapeuten finder det svært at tænke, og hvor det er, som om enhver mulighed for forståelse og udvikling tilintetgøres. I denne fastlåste stilstand kan samtaler om den unges posttraumatiske mareridt vise sig som en mulig, nogle gange den eneste mulige, vej frem. Det posttraumatiske mareridts rudimentære symbolisme og mulige reparative funktioner undersøges nærmere i lyset af dels psykoanalytisk teori og dels klinisk materiale fra det psykoterapeutiske forløb med en 15-årig ung mand. Det konkluderes, at en dialog om detaljer i det manifeste drømmeindhold set i lyset af den aktuelle overføringskontekst for denne unge mand syntes at hjælpe ham til at genetablere indre forbindelser mellem de tilbagevendende mareridt og ubevidst, udviklingsrelateret fantasi.

Denne artikel handler om en bestemt type vanskeligheder i det psykoterapeutiske arbejde med unge flygtninge, der er massivt traumatiserede af gentagne overgreb i relation til krig, organiseret vold og tortur. For en del af disse unge vil psykoterapien starte med det udgangspunkt, at skønt den unge drives i behandling af svært belastende posttraumatiske symptomer og derfor som udgangspunkt er motiveret, så synes alle muligheder for personlig dialog blokerede. Nogle unge synes således, at have trukket sig tilbage til en overvejende nonverbal, depressiv tilstand, som kun giver få muligheder for, at en terapeutisk proces kan udvikles, hvad enten der fokuseres på indre eller ydre,

eller på fortid, nutid eller fremtid. Resultatet kan være, at samtalerne domineres af stereotypt fremsatte symptomklager afbrudt af lange perioder med en tung tavshed, i hvilken terapeuten finder det svært at tænke. Dette problem er især tydeligt, når det drejer sig om unge og store børn over den alder, hvor leg som samtalemedium kan anvendes. Den lammede atmosfære kan skabe en dødlignende stilstand i sessionen, hvis inerti er vanskelig at udholde og vanskelig at bryde.

Det er således min erfaring, at den centrale terapeutiske vanskelighed i arbejdet med disse børn og unge ofte er, som terapeut at finde en måde, hvorpå den indre terroriserende lammelse, som jeg antager ligger bag den ydre tavshed, kan kontaktes og bringes ind i dialogen, eller sagt på en anden måde: Problemet er, hvordan man som terapeut kan gøre det muligt at etablere en udholdelig dialog med den unge om det uudholdelige.

Tavshed som udtryk for traumerelateret fragmentering af den ubevidste symboldannelse, og på det interpersonelle plan som udtryk for en ubevidst alliance om at undgå bevidsthed og erindring om menneskelig grusomhed, er siden 2. verdenskrig blevet behandlet af mange forskellige forfattere, ofte under betegnelsen »the conspiracy of silence« (se f.eks. 1, 2, 3, 4, 5, 6). I denne artikel bygger jeg videre på denne forståelse, men vil se nærmere på nogle metodiske aspekter, især det forhold, at posttraumatiske mareridt[1] ofte synes at være en brugbar indgang til at starte en psykoterapeutisk proces.

Det følgende er struktureret således: 1) En teoretisk forståelse af ungdomsperioden set i relation til den unge flygtnings integration af sporene fra tidligere livsperioders massivt traumatiserende opvækstbetingelser. 2) En diskussion ud fra teori af det posttraumatiske mareridts rudimentære symboler og funktioner. Det er min *påstand*, at trods disse drømmes repeterende, konkrete natur, så rummer de ofte i en eller anden form en begyndelse til symbolske drømmetanker, som i overføringsforholdet kan videreudvikles, hvilket synes at kunne bidrage til en genetablering af ubevidst forbindelse til udviklingsrelateret fantasi om gode indre objekter. 3) Jeg vil forsøge at belyse dette ved hjælp af klinisk materiale fra behandlingen af en 15-årig ung mand.

Ungdomsperioden: en ny chance for integration af traumatiske spor

Ved ungdomsperioden, eller adolescensen, forstår jeg perioden mellem pubertetens indtræden og den tidlige voksenalder, sådan som denne defineres i en given kultur. I denne periode forventes det, at den unge afrunder grundlæggende viden og færdigheder, som er nødvendige for at klare sig som voksen i den kultur, han eller hun tilhører. Mens periodens begyndelse er defineret ud fra et biologisk perspektiv, så vil dens afslutning være kulturafhængig. Adolescensen kan således, som foreslået af Castillo (7), betragtes som en biokulturelt defineret, universel overgangsperiode, i hvilken den unge trænes i bestemte færdigheder og ritualer, som både praktisk og symbolsk markerer hans eller hendes eksistentielle død som barn samt genfødsel som voksen med ret og evne til at blive gift og få børn.

I industrialiserede samfund med komplicerede uddannelses- og erhvervskrav som f.eks. Danmark, opfattes unge som voksne senere end i præmoderne samfund, bl.a. mange af de lande, hvorfra vi i Danmark modtager flygtninge. Adolescensperioden er hos os følgelig længere og strækker sig langt ind i den alder, hvor den unge biologisk set er i stand til at fungere som voksen. I mindre industrielt udviklede samfund er perioden ofte kortere og ritualerne tydeligere, idet den unge ofte allerede tidligt vil have lært de praktiske færdigheder, han eller hun har brug for som voksen.

Ungdomsperioden kan, som beskrevet af Blos (8), ses som en periode, hvori den unge blandt andet konfronterer udviklingsopgaver relateret til *integration af sporene fra tidligere traumatisering samt etablering af personlig historisk kontinuitet, mening og integritet*, hvorved disse sider af personlighedsudviklingen får endnu en chance for udvikling og integration. Dette forløber i en bredere psykologisk kontekst, hvori den psyko-biologiske udvikling og de øgede sociale krav, f.eks. relateret til uddannelse og/eller forpligtelser til at bidrage til familiens underhold, vil bringe udviklingen af selvstændig kompetence og funktion i fokus. I denne livs-periode må den unge i et eller andet omfang gradvist give afkald på barnets legitime krav på at bruge sine foræl-

dre som en beskyttende forlængelse af eget jeg. Denne proces er ujævn og præget af fluktuering mellem regressive og progressive bevægelser, hvilket formentlig især vil være tydeligt i det moderne vestlige samfunds forlængede adolescensperiode. Den unge kommer i sådanne perioder forbigående i kontakt med ellers overståede barnlige ønsker, følelser og funktionsmåder, hvilket synes at have den funktion, at hans eller hendes nu mere modne jeg konfronteres med aspekter af det indre barn, f.eks. med traumatiske tilstande fra tidligere livsperioder. Dette antages at indebære en ny mulighed for at gennemarbejde disse på et mere modent niveau.

Det er indlysende, at for massivt traumatiserede unge flygtninge kan denne udvikling indebære særlige vanskeligheder og give anledning til tidvis reaktivering af fundamental lammelse og overlevelsesangst. Heri ligger en udviklingsrisiko, men fra et terapeutisk perspektiv også en mulighed for en ny og bedre integration af de angstfyldte spor fra fortiden. Det synes endvidere klart, at etablering af en sammenhængende og meningsfuld personlig historie kan vanskeliggøres, både af den unges egne, forståelige trang til at undgå erindring om traume og tab, men også en ubevidst alliance om at tie mellem familiens medlemmer (1,5).

Det er nærliggende at forstå disse problemer ud fra en teori om separation-individuation, f.eks. har Blos (8) med reference til Mahler et al (9) kaldt ungdomsperioden for den anden individuationsproces, forstået som en indre frigørelsesproces, i hvilken den unge bevæger sig i retning af en fuldt afgrænset, selvstændig identitet og en indre frihed til at træffe egne valg. Denne forståelse af separations-individuationsprocessens betydning for udviklingen af selvet bygger imidlertid på et individualistisk menneskesyn, i hvilket det autonome, selvtilstrækkelige individ idealiseres. Forestillingen om et egocentrisk selv er således udsprunget af den vestlige kulturkreds, og der er visse vanskeligheder ved at overføre denne forståelse til kulturelle sammenhænge, i hvilke det autonome individ ikke opfattes som et ønskeligt endemål for udviklingen. Det ligger uden for denne artikels rammer at gå i dybden med denne komplicerede problematik, som blandt andet drejer sig om, hvorvidt begrebet separation-individuation har tværkulturel mening (10).

Jeg antager i det følgende, at det giver tværkulturel mening at betragte ungdomsperioden som en periode, i hvilken dimensionen *selvafgrænsning-samhørighed* finder en personlig balance (11). Denne proces antages at indebære et ligeledes udviklingsbetinget behov hos den unge for i dette nye lys at *reintegrere de i barnealderen introjicerede familiemyter*, således at disse perspektiveres af en voksen frem for af en barnlig oplevelsesmåde. Det følger heraf, at en ung flygtning med familiære rødder i en overvejende kollektivistisk kulturkreds, men et hverdagsliv i et nordeuropæisk land som Danmark ikke kan undgå at opleve både interpersonel og intrapsykisk konflikt i relation til sin bikulturelle identitet.

Den unge står således over for den psykiske og sociale opgave at forsone forskellige sider af selvet. *På den ene side* står de ubevidste aspekter af det, Roland (10) har kaldt, et traditionsbestemt *»vi-orienteret selv«*, hvis ydergrænser er inkluderende i den forstand, at differentieringen mellem selv og objekt ikke er mere absolut, end at det tillader en vis sammensmeltning med en (afgrænset) kreds af indre objektrepræsentationer, grundlagt i den tidlige barndom som en indre struktur, og i den aktuelle nutid understøttet af ydre sociale forventninger fra forældre og andre betydningsfulde medlemmer af en primær tilhørsgruppe. Heroverfor står *på den anden side* de i det senere opvækstforløb introjicerede dele af et i vestlig forstand separeret og individueret *»jeg-orienteret selv«*, som i nutiden understøttes af kammerater, skoler og sagsbehandlere, idet disse forventer, at den unge har pligt og ret til at træffe sine egne beslutninger, f.eks. om uddannelse, økonomi samt venskabs- og kæresteforhold.

I denne kontekst er det forventeligt, at konflikter relateret til den unges bikulturelle identitet vil forstærke hans eller hendes udviklingsrelaterede behov for at foretage en kritisk revurdering af fortiden, herunder en revurdering af egen og forældrenes rolle i tidligere, traumatiserende hændelsesforløb. Det er således sandsynligt, at den unges øgede kapacitet for at danne mere selvstændige opfattelser af familiehistorien kan medføre intens indre konflikt samt heraf afledt skyld og skam.

Det posttraumatiske mareridt: en vej til integration af traumatisk splittelse?

Søvnforstyrrelser med repetitive mareridt er en velbeskrevet følgevirkning af traume hos både børn, unge og voksne (12,13). Disse mareridt, som kan gentages mere eller mindre enslydende nat efter nat, indeholder som regel konkrete erindringsfragmenter fra ydre begivenheder, som førte frem til eller forekom samtidig med den traumatiske reaktion. Posttraumatiske mareridt er som regel ledsaget af svær angst, og barnet eller den unge kan beskrive opvågnen i en uklar bevidsthedstilstand, hvor han eller hun tror sig tilbage til de mareridtsagtige ydre begivenheder, som tidligere blev gennemlevet i vågen tilstand. Det posttraumatiske mareridt udgør en konstant, pinefuld påmindelse om traumet og kan antages at være med til at fastholde posttraumatisk stress.

Især når det drejer sig om unge, vil en sådan posttraumatisk blokering af evnen til at producere almindelige, udviklingsrelaterede drømme formentlig kunne bidrage til vanskeligheder med at klare adolescensperiodens udviklingsopgaver, f.eks. har Ladame (14) foreslået, at der i ungdomsperioden er en særlig nær sammenhæng mellem evnen til at drømme og muligheden for konstruktiv, udadrettet handling. I denne periode sætter det psykoseksuelle pres samt pubertetens regressive tendenser således den unges selvregulerende kapaciteter på prøve med deraf følgende øget risiko for impulsiv udageren. Ladame påpeger, at kapaciteten for at drømme tilbyder en vis neutralisering af dette pres, idet forstyrrende indtryk og impulser i drømmen omsættes til symboler og samtidig gives en vis udtryksmulighed.

I den psykoterapeutiske proces melder sig derfor hurtigt spørgsmålet om, på hvilken måde terapeuten bedst kan forholde sig til den unges klager over disse mareridt, samt hvorvidt det er muligt at ophæve blokeringen af evnen til at drømme udviklingsrelaterede drømme gennem tolkning.

For at belyse dette spørgsmål teoretisk er det nødvendigt at tage en lille historisk omvej. S. Freud beskrev med et ofte anvendt citat »… drømmetydning (som) kongevejen til kendskabet til det ubevidste i sjælelivet« (15, p.

474). Han undtog imidlertid de posttraumatiske mareridt fra denne forståelse på grund af den konkrete gentagelse af uforarbejdede sanseindtryk, f.eks. synsindtryk, fra den traumatiserende begivenhedskæde. Den posttraumatiske drøms billeder kan således ikke uden videre føres tilbage til symbolsk tænkning vedrørende ubevidst fantasi, men skal måske snarere forstås som en konkret afreagering af den traumatiske overbelastning af psyken (16). I lyset af de efterfølgende års forståelse af jegets funktioner i relation til forsvar og mestring suppleredes den oprindeligt meget enkle model, således at psykens tendens til at gentage overvældende billeder efterhånden snarere blev forstået som en variant af tendensen til identifikation med aggressor, det vil sige som jegets forsinkede forsøg på gennem gentagelsen at vende passiv til aktiv og derved mestre den traumatiske oversvømmelse (17,18). Denne forståelse synes på tværs af psykoanalytiske skoler stort set at være blevet stående siden uden yderligere nuancering (19, 20).

Undtagelser herfra er Lansky et al (21) og van der Veer (22), i hvis arbejder de terapeutiske muligheder i mareridtets konkrete gentagelser fremhæves. Lansky et al foretog en detaljeret analyse af psykoterapeutiske forløb med amerikanske veteraner fra Vietnamkrigen og konkluderer på den baggrund, at posttraumatiske mareridt til trods for den asymbolske udformning kan forstås på linje med andre drømme, det vil sige som *overdetermineret kommunikation* om ubevidste, men aktuelt dynamiske problemområder. De mener således, at det posttraumatiske mareridt udformes på baggrund af en kombination af dagsaktuelle indtryk , erindring om traumatiserende sanseindtryk samt symbolske drømmetanker. I en psykoterapeutisk proces indebærer dette, at det posttraumatiske mareridt som andre drømme kan forstås som udsprunget af *en aktuel kontekst bestående af såvel den unges ydre hverdagsliv, som overføringsforholdet og den aktuelle ubevidste, indre situation*, i hvilken angst, behov, ønsker og konflikter gør sig gældende.

En klinisk case: Mohammad [2]

Den følgende kliniske kasuistik bygger på en kvalitativ analyse af procesnoter, som er nedskrevet umiddelbart efter hver enkelt session. Denne fremgangsmåde har naturligvis sine begrænsninger. Således er f.eks. dataindsamlingen afhængig af min selektive hukommelse, om end jeg ved nedskrivningen har gjort mig umage for at huske alle detaljer. Videre vil procesnoter fra selv et forholdsvist kortvarigt, ikke intensivt terapeutisk forløb i samlet form udgøre et særdeles omfattende materiale, som rummer et væld af muligheder for udvælgelse og tolkning. Det siger sig selv, at jeg i min udvælgelse har fokuseret netop på de informationer, som omhandler den problemstilling, jeg ønsker at undersøge. Der vil følgelig være mange aspekter af den terapeutiske dialog, som er udeladt. Terapeutens forhåbentlig disciplinerede subjektivitet vil således gøre sig gældende både i arbejdsformen, i udvælgelsen og i den kvalitative tolkning af materialet. Der kan fremhæves mange andre metodiske problemer, og man kan spørge, om en enkelt terapeuts arbejde med en enkelt ung overhovedet har bredere interesse, f.eks. om disse overvejelser kan anvendes af andre psykoanalytiske terapeuter i arbejdet med traumatiserede unge med flygtningebaggrund. Jeg vil ikke her gå nærmere ind på disse og mange andre metodiske problemer, men også fordele, knyttet til denne fremgangsmåde, men blot nævne, at jeg forstår den psykoanalytiske metode ikke alene som en terapeutisk metode, men også som en hermeneutisk forskningsstrategi, hvis forudsætning er den subjektive dialog mellem terapeut og klient. Jeg har i det følgende forsøgt at frembringe en vis gennemskuelighed i min systematisering af det basalt set subjektive ved at relatere den kvalitative analyse til teoretiske begreber. Vurderingen af den unges tilstand ved henvisning og afslutning af terapien bygger på eksterne kilder (forældre og skole). Endelig har jeg søgt at skelne mellem direkte citater fra de oprindelige procesnoter, hvilke er angivet med kursiveret skrift, og efterfølgende overvejelser og vurderinger, hvilke er angivet med almindelig skrift.

Af hensyn til den unges anonymitet er der foretaget visse ændringer af de

faktiske baggrundsoplysninger samt enkelte konkrete detaljer i de citerede gengivelser af terapiprocessen.

Familiebaggrund og udviklingshistorie

Mohammad blev 15 år gammel henvist til psykoterapi af sine forældre, som beskrev angst, depression, raserianfald samt svære søvnforstyrrelser med voldsomme mareridt, under hvilke han i søvne skreg og slog omkring sig i angst. Hans koncentrationsevne var nedsat, og han plagedes trods sin gode begavelse af udtalt indlæringsblokering, hvilket blandt andet medførte vanskeligheder med at lære dansk. Hans indlæringsvanskeligheder bekymrede både ham selv og hans forældre, og han havde et stærkt ønske om at klare sig bedre.

Han kom 13 år gammel til Danmark fra et land i Mellemøsten sammen med begge forældre og en 6 år yngre lillesøster. Hans tidlige udvikling havde ifølge forældrene været uproblematisk. De havde altid oplevet ham som et kvikt og lærenemt barn. Familien var velhavende, men havde i flere generationer tilhørt en etnisk minoritet i oprindelseslandet. De ydre forhold for familiens liv var dog nogenlunde trygge, indtil Mohammad var 4-5 år gammel. Fra dette tidspunkt og indtil flugten til Danmark var hans og familiens liv præget af krigstilstande og tiltagende forfølgelse, hvilket blandt andet medførte familiens gentagne flugt og evakuering inden for landets grænser. Mohammads skolegang og kammeratkontakt havde således manglet kontinuitet, og hans bevægelsesfrihed i lokalsamfundet havde af sikkerhedsmæssige grunde været begrænset. Hans fader, som havde deltaget aktivt i modstand mod et autoritært regime, var ofte væk fra hjemmet og i perioder fængslet.

Blandt mange potentielt traumatiserende begivenheder i Mohammads opvækst var der især én kritisk episode, som ifølge forældre havde forandret ham fra en glad, kærlig og vågen dreng til en mut, indelukket og angstpræget dreng med søvnforstyrrelser. De fortalte, at Mohammad 9 år gammel på vej fra skole var blevet taget som gidsel af regeringssoldater med det formål at få faderen til at angive sig selv. Han blev tilbageholdt et døgn, i hvilket han blev psykisk torteret med hånsord, dødstrusler og trusler mod forældrene og søs-

teren. Da faderen herefter meldte sig selv for at få sin søn frigivet, blev Mohammad vidne til ydmygende og hårdhændet behandling af faderen og fik at vide, at han aldrig ville få ham at se igen. Faderen blev herefter fængslet og svært torteret. I de efterfølgende år måtte moderen og børnene mere eller mindre klare sig alene, dog med nogen støtte fra faderens familie. I denne periode var faderen hovedsageligt fraværende, dels i fængsel, dels i krig og dels i skjul for myndighederne, og hjemmet blev med jævne mellemrum undersøgt af regeringssoldater, som ledte efter faderen og andre mandlige familiemedlemmer.

På henvisningstidspunket var livet i familien præget af voldsomme skænderier mellem forældrene samt af faderens fysiske og psykiske torturfølger, som medførte, at han til tider kunne være uligevægtig og blandt andet tilbøjelig til paranoid kontrol af sin søns bevægelser uden for hjemmet.

De praktiske rammer om behandlingen

Mohammads psykoterapi fandt sted ambulant, 1/ugen i godt et år, idet han forløbet igennem afviste mit forslag om hyppigere samtale. Han afviste ligeledes tolk, idet både han selv og forældrene betragtede dette som en sikkerhedsrisiko. Mohammad modtog ikke andre former for støtte eller behandling samtidig, men forældrene var sideløbende i behandling hos andre terapeuter. Jeg varetog selv i samarbejde med forældrene koordination med og vejledning af skole og sagsbehandler i kommunen. Denne overskridelse af min rolle som terapeut for Mohammad kunne af ressourcemæssige grunde ikke undgås. Jeg forsøgte at afbøde de uheldige konsekvenser heraf ved at have Mohammad med til møderne med skole og forældre, men det kan alligevel have haft betydning for det forhold, at han afviste hyppigere samtaler samt ønskede at afslutte, så snart hans symptomer var klinget af.

Den psykoterapeutiske proces

Mohammads holdning til psykoterapien var indledningsvis præget af apatisk depression og modvilje. Han kom dog som regel til de aftalte sessioner, som han altid indledte med at gemme sit hoved bort i hænderne, hvorefter intet

skete. Hans passivitet blev kun afbrudt af stereotypt gentagne klager over forældrene, lærerne og andre voksne autoriteter. Han fremsatte disse klager monotont og uden affekt i session efter session og gentog ordret de samme sætninger om og om igen. Med samme flade stemmeføring og tendens til at gentage sig selv kunne han til tider give udtryk for forbitrelse over faderens hyppige fravær fra hjemmet i hans barndom, og det forhold, at dennes politiske valg havde medført svær lidelse for familien. Bortset fra disse repeterende sætninger talte Mohammad kun nødigt om fortiden, og hans beskrivelse heraf var diffus og ordknap med flugt som et gennemgående tema. Han ville ifølge eget udsagn hellere koncentrere sig om nutid og fremtid, men syntes at være ude af stand til at fastholde sin interesse for disse områder. En sammenhængende dialog med Mohammad var således kun sjældent mulig, og han tabte med jævne mellemrum tråden og forsvandt i en tilsyneladende tanketom tavshed.

I denne kontekst viste samtaler om drømme sig at være en brugbar vej til at etablere en terapeutisk dialog. Mohammad var stærkt forpint af sine mareridt, og det viste sig, at han var motiveret for at fortælle disse, i begyndelsen nok mere for at blive af med dem end for at forstå deres mening. I en periode fortalte han næsten i hver session et mareridt. Når han havde fortalt sin drøm, kunne han ofte live lidt op og i nogen tid tale mere sammenhængende og realistisk om fremtiden, f.eks. sine indlæringsproblemer og uddannelsesplaner. I begyndelsen af forløbet med disse beretninger indskrænkede jeg mig stort set til at lytte empatisk.

Uendelig forfølgelse og flugt

I de første måneder gentog Mohammad med få variationer en stereotypt udformet drøm, hvis tema var familiens flugt fra regeringssoldater gennem bjergene i oprindelseslandet, i det samme bjerglandskab, som han med sin familie ofte havde opholdt sig i under flugt eller evakuering. Disse drømme var detaljefattige, og han havde ingen spontane kommentarer til dem. Der var to variationer:

1) *Mohammad og hans familie flygter til fods gennem bjergene, forfulgt af soldater. De løber, men soldaterne kommer nærmere og skyder. Hele familien, også Mohammad selv, bliver skudt, hvorefter han vågner i angst.*
2) *Mohammad er alene på flugt gennem bjergene, forfulgt af soldater. Han løber, men de kommer nærmere og skyder. Han bliver ramt og vågner.*

Mohammad var som nævnt ikke i stand til at reflektere over sine drømme, men fortalte dem blot f.eks. med bemærkningen: »*Det er den samme som sidst*«. Herefter gik han i stå, og hvis jeg forsøgte at få en drøftelse i gang, f.eks. om hvad det betød for ham at fortælle mig disse mareridt, endte det som regel med, at han sad tavs. Hans beherskelse af dansk var som nævnt ikke helt ubesværet, og i disse øjeblikke erklærede han ofte, at han ikke kunne forstå, hvad jeg sagde. I modoverføringen følte jeg mig tiltagende sprogligt lammet og ude af stand til at gøre mig forståelig. Jeg forsøgte at berolige min egen tvivl om, hvorvidt jeg kunne hjælpe ham ved at indtage den holdning, at han i denne fase havde mest brug for en tilhører, som kunne holde ud at lytte og vente. Dette samspil fortsatte uden variation i de første måneder.

Efter knapt 4 måneder forekom nedenstående session, der retrospektivt synes at have indvarslet en ændring, idet mareridtets sædvanlige forfølgelses-flugt tema her for første gang indeholder en ændring i fordelingen forfølgere-forfulgte, ligesom jeg i denne session for første gang følte, at der var en tydelig forbindelse mellem overføringsforholdet og drømmens kontekst i sessionen:

Mohammad indleder med at klage over, at hans fader hele tiden råber op, vil bestemme alt, mistror ham og ikke vil give ham lommepenge. Han klager også over sine karakterer, samt sin dansklærers manglende forståelse for hans problemer med at lære dansk. Herefter fortæller han følgende drøm:

Han flygter gennem bjergene forfulgt af soldater. Han er meget bange. Da han ser sig tilbage, opdager han sin fader blandt forfølgerne med et maskingevær i hånden. Han vågner i svær angst.

Det var nu for første gang i terapiforløbet muligt at drøfte drømmens forfølgelsestema med Mohammad. Vi kunne forstå drømmen både set i lyset af hans på det aktuelle tidspunkt ret belastede forhold til faderen, og i lyset af overføringsforholdet, det vil sige hans tvivl på, om jeg kunne forstå ham (jf. den uforstående dansklærer).

Mohammads indledende bemærkninger om den aktuelle ydre virkelighed var sandsynligvis ganske realistiske. Han syntes imidlertid samtidig ubevidst at overveje en begyndende investering i overføringsforholdet, idet man på dette plan kan forstå hans reference til den uforstående, krævende dansklærer som overdetermineret, det vil sige også som en reference til sproglige udtryks- og forståelsesvanskeligheder i det terapeutiske forhold. Det var formentlig ikke noget tilfælde, at en ændring af det manifeste drømmeindhold opstod samtidig med, at Mohammad ubevidst syntes at se på sit forhold til terapeuten fra et nyt perspektiv. Denne nye udvikling indebar samtidig en symbolsk og følelsesmæssig investering i forbindelsen til et aktivt angribende, frem for passivt flygtende, faderligt objekt. Hans placering af faderen blandt drømmens forfølgere synes således at rumme en vågnende, ubevidst forarbejdning af, at faderen qua sine politiske valg havde et medansvar for familiens og Mohammads traumatiserende oplevelser.

Umiddelbart syntes dette at kunne rumme en faretruende udvikling, idet selvet i drømmen var helt uden forbundsfæller, og relationen til et primært tilknytningsobjekt var domineret af svær overlevelsesangst. Det var dog ikke desto mindre en bevægelse væk fra den asymbolske tomhed mod en antydningsvis (gen)etablering af associative forbindelser mellem de traumatiske spor og ubevidst, udviklingsrelateret fantasi om indre objekter.

Genindsættelse af en altruistisk objektrelation

I de efterfølgende sessioner blev den verbale dialog noget mindre fattig, især blev de mareridt, Mohammad fortsatte med at berette om, herefter mere og mere detaljerede. Jeg forstod denne udvikling sådan, at Mohammad efterhånden var ved at have udøst sin fastlåste bitterhed og desperation og på vej til at reetablere en indre forbindelse med primære ressourcer i sin ubevidste verden.

Følgende drøm, som forekom nogen tid senere, gav f.eks. plads til et øjebliks genindsættelse af relationen til en beskyttende, men i det ubevidste mistet, faderlig autoritet:

Mohammad er sammen med sin familie på flugt gennem de sædvanlige bjerge, forfulgt af mange soldater. De når til et stejlt bjerg, bygget af træ. De vil skynde sig op på bjerget, men det nederste er for stejlt. Hans fader hjælper dem op. De når alle op i sikkerhed på bjerget, undtagen hans fader, som bliver skudt. Han vågner i angst. Han har ingen spontane associationer til drømmen.

Denne drøm var angstfyldt, men trods alt mere håbefuld end de indledende drømme. Det er ikke længere blot en konkret afbildning af en ydre flugt gennem rigtige bjerge, men Mohammad havde i fantasien skabt et bjerg bygget ikke af sten, men af et mindre massivt og uforgængeligt materiale, nemlig træ. Denne detaljes specifikke betydning blev aldrig opklaret, men er formentlig også mindre væsentlig end det forhold, at evnen til at generere ubevidste symboler syntes at være ved at vågne. I denne drøm kunne selvet overleve, og en god faderlig autoritet blev for nogle øjeblikke genetableret, idet Mohammad i drømmen fremstillede sin fader som en modig, selvopofrende, aktiv beskytter af kone og børn. Man kan forstå drømmens afslutning ud fra et udviklingsrelateret perspektiv eller som en vis hævn for fortidens og nutidens problemer, men under alle omstændigheder forekommer det sandsynligt, at skyld og skam i relation til gidsel-episodens følelsesmæssige dilemma også spillede en vis rolle. Det er tænkeligt, at drømmen også reflekterer en begyndende indsigt i, at faderens politiske aktivitet kan have altruistiske konationer, en dimension, som på sigt kunne indeholde kimen til en ændring af hans relation til faderen.

Personlig historisk identitet og tavshedens sammensværgelse

Ovenstående drøm syntes at markere starten på en ny fase i den terapeutiske proces. I den efterfølgende periode skiftede fokus således til Mohammads forsøg på at etablere en personlig forståelse af sin egen og familiens fortid.

Han fortsatte med at bringe stadig mere varierede drømme. Han brød sig fortsat ikke om at tale direkte om fortiden, men begyndte spontant at sætte enkelte af disse drømme i direkte forbindelse med erindringer om bestemte, ydre hændelsesforløb. Denne udvikling gjorde det tydeligt, at Mohammad ubevidst følte sig bundet af en alliance med sin familie om at undgå omtale af de mest belastende erindringer. Vi kunne senere i forløbet sammen forstå dette blandt andet på baggrund af et ubevidst ønske om at undgå at afdække faderens medansvar for forløbet og dermed i fantasien komme til at belaste forældrenes indbyrdes forhold yderligere. Dette ubevidste dilemma syntes at bidrage til vanskeligheder med at overkomme tab og traumatisering.

Den tidligere beskrevne tendens til en *ubevidst alliance om at undgå bevidsthed og erindring om traumatiserende overgreb* berører samspillet mellem forældre og børn (1, 5, 24). For børn, som vokser op i en diktaturstat, forstærkes den ubevidste tendens ofte af forældrenes bevidste begrænsning af information til børnene, som et realistisk forsøg på at beskytte familie og børn mod konkrete ydre forfølgere. Imidlertid vil denne tavshedens praksis leve videre af psykodynamiske grunde længe efter, at det ydre pres er forsvundet, og således modvirke en mulig afklaring af barnets posttraumatiske forvirring samt bidrage til at opretholde et angstpræget forsvar domineret af benægtelse.[3]

Mohammad vendte således i det senere terapiforløb ofte tilbage til en bestemt barndomserindring, som han fortalte med et smil som en »sød« historie af den slags, der kan indgå i en families mytologi om børnenes udvikling, og som kærligt genfortælles ved særlige lejligheder:

Mohammad fortæller, at da han var omkring 4-5 år gammel skulle han sammen med sine klassekammerater hylde landets diktator ved i kor at omtale denne som »vores store fader«. Han kunne ikke forstå, hvorfor de skulle sige sådan og gik hjem og spurgte sin moder, om det var sandt, at denne mand var hans fader. Hertil svarede hans moder: »Nej, din fader er din fader«, hvilket Mohammad gik tilbage i skolen og sagde. Han fik skældud af læreren, og hans moder blev indkaldt til en dårlig samtale om ham. Han afslutter beretningen med at sige, at fra den dag passede forældrene meget på ikke at sige noget som helst til ham om den slags.

Denne og lignende beretninger fra andre børn og forældre fra lande, hvis styreform præges af absolutistisk diktatur synes i al sin enkelhed at belyse den mentale forvirring, det kan skabe for et barn, når dets indre tendens til omnipotent, magisk tænkning understøttes og forstærkes af en ydre samfundsmæssig praksis præget af tilsvarende omnipotente tendenser.[4]

Det fremgik senere, at Mohammads erindring om denne begivenhed var associeret med ubevidst skam og skyld, idet han med den 5-åriges omnipotente egocentri opfattede sig selv som årsagen til den fortsatte forfølgelse af familien. Med sit mere rationelle 15-årige jeg vidste han udmærket, at denne forfølgelse havde andre grunde og var en del af familiens historie gennem generationer, men det ændrede ikke den ubevidste opfattelse. Hans skyldfølelse blev yderligere forstærket af gidsel-episoden, i hvilken hans fader i den ydre virkelighed, og gentaget i ovenfor beskrevne drøm, satte livet på spil og risikerede fængsel og tortur for sønnens skyld.

Mohammads tendens til at undgå erindringen om traume og tab syntes at involvere introjektion og identifikation med tavse forældrefigurer, samt en indre tomhed knyttet til fragmentering af evnen til at danne indre symboler og dermed af evnen til at begræde tabet af primære objekter. Gennemarbejdning heraf viste sig central for forståelsen af hans vedvarende depression. Dette arbejde indledtes med nedenstående drøm:

Mohammed indleder denne session med at tale om de uddannelses- og erhvervsmuligheder, han som flygtning i Danmark føler sig udelukket fra. Han mener, at lærere og andre autoritetspersoner ikke tror på hans evner, og han taler om den skam, det vil medføre for ham selv og familien, dersom hans vanskeligheder med dansk medfører, at han ikke får lov at gå i gymnasiet. Han nævner at have mistet 3 års skoleundervisning på grund af krig og flugt, og fortsætter med at fortælle følgende drøm:

Han drømte, at han var tilbage i asylcenteret, hvor de tidligere boede sammen med mange andre flygtninge i et stort gammelt hus, som på nogle måder lignede et slot. I drømmen var det helt forfaldent, tomt og uden glas i vinduerne. Han gik ind i huset og ville gå ind på familiens værelse, men en stærk vind kom derindefra og skubbede ham tilbage, så han ikke kunne komme ind.

Han holder en lille pause, da han har fortalt drømmen og siger så, at han dagen før så i fjernsynet, at styret i hans land ruster sig til krig.

Vi kunne sammen forstå det utilgængelige rum med døren, som ikke kan åbnes, som et billede på de virkelige ydre forhindringer for integration, som et ikke særligt gæstfrit samfund mødte ham og andre unge flygtninge med.

På et mere fundamentalt plan syntes Mohammads drømmebillede samtidig at være en metafor for det afspærrede mentale rum, hvori erindringen om krig, traumatiserende hændelsesforløb og stormfulde følelser, især sorg over tab, opholdt sig. Det var således i forløbet ved at blive tydeligt både for mig og på et ubevidst plan tilsyneladende også for Mohammad selv, at han betalte en høj pris for at benægte traumatisk erindring i form af nedsat vitalitet og indlæringsblokering. I den aktuelle overføringsrelation kunne drømmen desuden forstås som en bøn til terapeuten om at lade denne dør forblive solidt lukket, idet han frygtede, at krig og ødelæggelse i den indre og ydre verden ville slippe løs, dersom den blev åbnet.

Det forhold, at Mohammad nu var i stand til at drømme og fortælle sin drøm inden for rammen af en terapeutisk relation, hvori vi sammen søgte at forstå, kan tolkes som udtryk for et vågnende ønske om at genskabe en indre dialog mellem selvet og objekterne. Dette reflekteredes tydeligt i en senere drøm. Denne session viste sig at indvarsle en ny fase i terapiprocessen og gengives nedenfor i sin helhed:

Mohammad indleder med at sige, at han tror, hans vanskeligheder med at lære dansk skyldes, at han tit får det underligt indvendigt; ligesom pludselig ikke er sig selv. Det er svært at sige hvordan, men det er, som om han pludselig bare sidder og kan høre, hvad de andre taler om, men ikke selv kan sige noget. Han vil gerne deltage i, hvad der sker, men kan ikke; er ligesom lammet. Han fortæller herefter følgende drøm:

I drømmen kom hans højt elskede farfader tilbage. Denne farfader blev henrettet af regimet inden familiens flugt og stod i drømmen sammen med andre mistede familiemedlemmer i en gruppe. Lidt derfra stod Mohammad selv sammen med forældrene og lillesøsteren. Farfaderen og de andre stod

længe med bortvendte ansigter, og ingen sagde noget. De var klædt helt i sort. Til sidst kom farfaderen hen mod Mohammad og hans familie og sagde højt: »Men hvorfor var der ingen, der sagde noget?«, hvorefter Mohammad vågnede i en stemning, han beskriver som »helt sort«.

Af hans efterfølgende associationer fremgår, at farforældrene i faderens fravær var det stabile holdepunkt for moder og børn. Da farfaderen døde, forstod Mohammad ikke, hvad der var sket. Han siger, at ingen fortalte ham om henrettelsen, for det var for farligt; han var jo kun et barn, 10 år gammel, og kunne komme til at sige noget videre i skolen. Han troede dengang, at farfaderen måske var død af noget med hjertet. Han kan huske, at hans forældre græd og græd, hans fader blev syg, og hans farmoder døde kort efter. Men han var ikke selv ked af det, for han forstod ingenting; han var nærmest ligeglad. Så nævner han, at farfaderen havde en fugl, som kunne tale, men den døde også nogle dage efter farfaderen. Mohammad så den døde fugl på bunden af buret, og det var som om, der blev slukket for noget inden i ham. Det var det samme, der skete, da han året før var blevet taget som gidsel. Han siger eftertænksomt, at det ligner den måde, han nu får det på i klassen, når han ikke kan deltage i de andres samtale.

Den traumatiske »glasklokke«, hvorfra Mohammad oplevede at kunne registrere sin omverden, kunne høre og se, men ikke være i stand til at overskride barrieren og deltage, syntes at være blevet et fastlåst reaktionsmønster, som bidrog til at fastholde ham i en isoleret position i forhold til den sociale omverden. I drømmen syntes han ubevidst at etablere en sammenhæng mellem dette reaktionsmønster og de voksnes tavshed, som i sin tid havde været med til at berøve ham deres hjælp til at sørge over tabet af farfaderen.

Det kritiske traume og drømmearbejdet

En sammenhængende, symbolsk forarbejdning via drøm af det kritiske gidseltagningstraume syntes først at optræde relativt sent i den psykoterapeutiske proces. En forudsætning herfor var sandsynligvis, at det indledende arbejde med Mohammads forfølgelsesdrømme havde muliggjort en gradvis

genetablering af den ubevidste forbindelse med gode delobjekter jf. drømmen om den altruistiske faderskikkelse, som ofrer sig selv for at redde sin familie (og i bredere forstand sit folk). Denne udvikling syntes igen at have facilliteret en bevægelse fra traumets paranoide-skizoide univers til den depressive positions kapacitet for at sørge over tab jf. ovenstående drøm.

Antagelsen om, at der på dette tidspunkt var ved at ske et væsentligt indre skift vis a vis objekterne, blev understøttet af ekstern information om markant fremgang. Hjemme syntes forældrene, at Mohammad var blevet en gladere og mere åben, men også mere aktivt protesterende, ung mand. I skolen sagde man, at det gik betydeligt bedre med hans indlæringsmotivation og koncentration. Der var stadig visse problemer med danskindlæringen, men mindre end tidligere, og man så fremgang i de øvrige fag.

Denne udvikling kulminerede med nedenstående drøm, i hvilken Mohammad for første gang syntes at etablere en direkte symbolsk forbindelse mellem ubevidst, udviklingsrelateret fantasi og uafklarede erindringsspor fra gidseltagningen.

Drømmens aktuelle, ydre kontekst var en kommende klassetur til udlandet. Mohammad havde fået lov til at deltage af sine forældre, og der var skaffet penge til hans deltagelse, men var opstået visse forbigående problemer med pas og visum. Han glædede sig, men var også anspændt og tvivlede på, at alt ville gå i orden. Rejsen og problemerne med pas og visum syntes at have reaktiveret den gamle, traumatiske angst relateret til flugt, gidseltagning og livsfare, og han følte ubevidst at være uden beskyttelse mod onde magter:

Mohammad indleder med at fortælle, at han har fået ros i skolen; det er gået frem i de fleste fag, men kniber stadig med dansk. Så siger han, at han har haft en slem drøm, nok den værste han nogen sinde har haft. Da han vågnede, var det, som en hånd klemte ham om hjertet.[5]

Han var med hele familien på et skib. Så kom en tyv og tog hans lillesøster som gidsel, fordi han ville tvinge dem til noget. Tyven holdt lillesøsteren ud over skibskanten og truede med at lade hende falde. Et andet skib kom, og de to skibe stødte sammen, så lillesøsteren blev klemt midt over og gik i to halvdele. Han selv og moderen græd og græd. De tog lillesøsteren hen i et

stort værelse, hvor hun blev lagt på en seng. I værelset var også andre mennesker, som var gået i to halvdele. Nogle af dem var danskere. Lillesøsteren begyndte at tale, selv om hun stadig var i to halvdele. Hans moder lagde de to stykker ned i et akvarium med vand og sagde, at vandet ville få hende til at gro sammen igen. Lillesøsteren lignede en lille fisk i akvariet, men hun ville aldrig kunne komme ud af det og værelset igen, for så ville hun gå i stykker igen. En stemme sagde højt og messende, at det ville ske igen. Mohammad råbte vrede ord mod Gud, hvorefter han vågnede rystende af angst.

Han siger spontant, at han er bange for, om drømmen betyder, at der vil ske noget med hans lillesøster. Han tror, det er et dårligt varsel, og desuden er det værste, man kan gøre, at råbe vrede ord mod Gud.

Som det fremgår, er dette materiale komplekst og overdetermineret, langt fra begyndelsens detaljefattige repetition af persekutorisk angst. I drømmen ses visse spor af mere generelle udviklingsrelaterede temaer, f.eks. søskendejalousi og infantile fantasier om destruktiv forening mellem persekutoriske delobjekter. Jeg vil her kun fokusere på de traumerelaterede aspekter.

Mohammad synes i denne drøm at genopleve aspekter fra sin egen gidseltagning med lillesøsteren i offerets rolle. Ud fra dette perspektiv kan drømmens hovedtema forstås som en kredsen om mulighederne for reparation af det spaltede selv, idet dissociering og fremmedgørelse fremstilles konkret som kropslige, sansebundne oplevelser. Det traumatiserede selv er spaltet midt over og isoleret bag en uoverskridelig kontaktbarriere, i drømmen bag akvariets glas, for ellers vil det igen fragmentere – det vil sige igen reagere traumatisk.

Det var på dette tidspunkt i forløbet muligt at have en dialog med Mohammad om de overføringsrelaterede følelser, som syntes gemt i referencerne til det store værelse, hvori dissocierede mennesker repareres, og også danskere opholder sig. Mohammad ville gerne have en fælles identitet med terapeuten og det danske samfund, men følte sig samtidig splittet mellem det arabiske og det danske. I drømmen anes en blanding af aldersrelevant frigørelsestrang og traumerelateret klaustrofobi i relation til afhængigheden af

terapeuten. Han synes i drømmen at spørge, om det traumatiske sår kan heles igen, eller om selvet for evigt er dømt til indespærring i det terapeutiske rums særlige »akvarium«. I denne sammenhæng kan de afsluttende vrede råb mod Gud formentlig forstås som udtryk for en nødvendig, men også angstvækkende mobilisering af vrede knyttet såvel til de traumatiserende overgreb som til en sund, aldersrelevant trang til at gøre oprør og tage personlig stilling til autoriteter i og uden for familien. Mohammad var således på dette tidspunkt på vej til at skabe kontakt til sit eget behov for en personlig revision af familiemyter, holdninger og værdier.

Man bemærker i ovenstående drøm, at ud over en indledende reference til »hele familien« er faderen ikke direkte repræsenteret, på samme måde som han i Mohammads opvækst ligeledes ofte var fysisk fraværende, blandt andet da drengen blev taget som gidsel. Det kan her mere generelt fremhæves, at jeg som terapeut synes, at jeg kan konstatere en tendens hos en del drenge og unge mænd fra traumatiserede familier med flygtningebaggrund til ubevidst at vige tilbage fra fuld maskulin identifikation, idet det maskuline identificeres med nødvendigheden af at tage personlig stilling til mulig politisk aktivitet og en hertil relateret risiko for ny traumatisering. Disse børns og unges opvækst havde været præget af en kombination af en periodevis fraværende, men samtidig meget bestemmende fader samt overgreb eller vidneoplevelser til overgreb, som primært var blevet udøvet af mænd. De indre spor af denne ydre kontekst syntes at kunne have langtrækkende konsekvenser i den indre verden og var tilsyneladende relateret til manglende selvtillid og vanskeligheder med at overkomme konflikter relateret til ødipale dilemmaer.

Mohammads drøm drømmes i en bredere udviklingsmæssig kontekst præget af en kombination af aktuelle ydre krav om individuation og stadig nye, pinefulde erindringer om fortidens traumatiserende hændelser. Disse følelsesmæssige dilemmaer havde således også relation til angst og skyldbetynget konflikt vedrørende identifikation af selvet med familiens filosofiske univers.

Som det forhåbentlig er fremgået, blev det efterhånden muligt at samtale med Mohammad om de ubevidste betydninger af hans mareridt. Indsigten fra

disse samtaler syntes at være en væsentlig hjælp til hans delvise integration af de traumatiske spor. I løbet af terapien syntes Mohammads depression og mareridt at opløses og forsvinde, uagtet at han fra først til sidst blankt afslog at tale mere direkte om særligt traumatiserende oplevelser. Mohammad kunne formentlig have profileret af en mere intensiv og længerevarende behandling, men da hans motivation var skrøbelig og alene hvilede på de generende symptomer, var det ikke muligt at sætte frekvensen op og heller ikke muligt at få ham til at fortsætte, efter at symptomerne var klinget af.

Afsluttende overvejelser

Min erfaringsmæssige pointe er, at der i det terapeutiske arbejde med massivt traumatiserede børn og unge ofte synes at være et tidsmæssigt sammenfald mellem adfærdsændringer i den ydre verden (som beskrevet af forældre, pædagoger og lærere) og det forløb i den terapeutiske proces, hvor barnet bliver i stand til at frembringe *ubevidste forbindelser mellem materiale knyttet til forsinket psykisk forarbejdning af traumatiserende oplevelser og materiale knyttet til udviklingsrelateret konflikt*. Det kan formentlig forstås således, at de fastlåste traumatiske spor derved tilføjes symbolske dimensioner, hvorved en *genetablering af forbindelsen mellem de traumatiserede og de ikke-traumatiserede dele af personligheden* bliver mulig. *Containment og symbolsk forståelse af de reparative dimensioner af posttraumatiske mareridt såvel som gentagelser i leg er forenklet sagt således muligvis en »kongevej« til at reducere den dissociative splittelse* i personligheden, som traumatiseringen har efterladt.

I det belyste terapiforløb synes samtale med den unge om en repeterende, posttraumatisk drøm efter forholdsvis kort tid at udvirke en forbløffende udvikling i den terapeutiske proces. Jeg har således på linje med Lansky et al samt van der Veer (21, 22) erfaret, at det posttraumatiske mareridt rummer en billedskabende mulighed for sammen med den unge at udvikle brugbare metaforer om tidligere traumatisering. Det kan gøres uden, at der gås verbalt i detaljer med gruopvækkende, ydre hændelsesforløb. Sådanne samtaler synes over tid ikke alene at facilitere en ændring af mareridtets rudimentære

symbolindhold til den almindelige drøms kreative variation, men synes samtidig, ikke overraskende, at bidrage til en frigørelse af den unges fremadrettede vitalitet og handlekraft.

Min erfaring fra psykoterapi med denne gruppe unge er således, at det posttraumatiske mareridts tilsyneladende konkrete billeder ofte er i en indre sammenhæng med den unges fragmenterede forsøg på at skabe symbolsk mening af de traumatiserende indtryk, samt at drømmebilledets perifere detaljer rummer begyndelsen til et symbolsprog. Dersom det lykkes at motivere den unge for at fokusere på hans eller hendes mareridt, synes drømmetankerne og den terapeutiske proces at udvikle sig sideløbende. Den posttraumatiske drøms indhold er måske aldrig en blot og bar gentagelse af traumatiserende indtryk, idet ubevidst mening kan være tilføjet til en eller flere, tilsyneladende ubetydelige detaljer. Disse detaljer varieres parallelt med den terapeutiske proces over tid; f.eks. kan nye tilføjes, visse være udeladt, ligesom visse aspekter kan ændre størrelse eller placering. Sådanne ofte yderst diskrete variationer i det manifeste drømmeindhold kan i den psykoterapeutiske proces forstås ud fra de samme principper, som anvendtes til forståelsen af posttraumatisk gentagelse i leg.

Det er således væsentligt, at terapeuten er opmærksom på, at det posttraumatiske mareridt uanset det stereotype præg, på linje med det almindelige mareridt behandler de samme følelsesmæssigt belastende temaer som en helhed med referencer både til fortid, nutid og fremtid. Drømmens fortættede, manifeste gentagelse af et traumatisk tema fra fortiden kan således under overfladen forbinde fortidens overgreb med aktuelle problemstillinger, som har visse følelsesmæssige lighedspunkter. I den forstand fremstår den mest karakteristiske forskel på det posttraumatiske og det mere almindelige mareridt som det forhold, at elementer fra bestemte kritiske, ydre hændelsesforløb har en så dominerende placering i drømmens billedsprog.

Man kan forstå det posttraumatiske mareridt som barnets eller den unges ubevidste forsøg på under ét at gennemarbejde bestemte kategorier af traumatiske og/eller belastende emner, idet disse i følelsesmæssig forstand kan erstatte hinanden i den subjektive livshistories fortættede, ubevidste rum. Så-

ledes fandt f.eks. Lansky & Bley (21), at det posttraumatiske mareridts dagsrest kan afspejle ubevidst skam og narcissistisk krænkelse i relation til drømmerens aktuelle hverdagsliv. De konkluderer, at det posttraumatiske mareridt indeholder et drømmearbejde, hvis funktion er at reetablere selvet som intakt og værdigt, idet drømmeren ubevidst som et mindre onde foretrækker at transformere skam og krænkelse til angst og frygt. De foreslår videre, at skønt det posttraumatiske mareridt rummer svær overlevelsesangst, så er drømmerens fundamentale, narcissistiske ligevægt ikke for alvor truet.

I det fremlagte kliniske materiale, og generelt svarende til min kliniske erfaring med denne gruppe børn og unge, synes en mere objektrelateret tendens at gøre sig gældende, således at mareridtet fremstiller både selvet *og* de primære tilknytningspersoner som interagerende i forhold til en ydre, overvældende livsfare, som rummer en trussel, ikke alene for selvets overlevelse, men også for objekternes. I det ubevidste drømmearbejde synes således især at gemme sig *barnets eller den unges forsøg på at inddrage nutidens primære tilknytninger, i overføringsforholdet terapeuten, i reparation af fragmenterede objektrelationer*. Således syntes den unge ubevidst at gøre forsøg på at *genetablere de indre forældrerepræsentationer som værdige, omsorgsfulde personer med kontrol over de traumatiske begivenheder*. Dette sceneri kan stå i skarp kontrast til barnets oplevelse af tidligere torturrelaterede overgreb på familien; til barnets aktuelle oplevelse af eget hverdagsliv, f.eks. af forældrenes personlige tilstand og omsorgsevner efter tortur; og endelig til de ydmygelser familien og den unge kan møde eksempler på i nutidens tiltagende fremmedfjendske og racistiske tendenser i det danske samfund. Denne forskel mellem Lansky og Bley's resultater vedrørende voksne krigsveteraner og mine egne erfaringer vedrørende traumatiserede børn og unge med flygtningebaggrund skal formentlig især forstås på baggrund af børns konkrete og følelsesmæssige afhængighed af primære forældrefigurer, herunder at børn og forældre oftest vil have været sammen igennem de traumatiserende begivenheder. Det er dog også muligt, at forskelle i psykoanalytisk orientering og terapeutisk fremgangsmåde kan spille en rolle.

Noter

1. Det posttraumatiske mareridt forstås som et hyppigt tilbagevendende mareridt, hvori psyken på en konkret og stereotyp måde genopfører bestemte aspekter af en specifik traumatiserende begivenhedskæde.
2. Dele af dette kliniske materiale er tidligere publiceret (23).
3. Se f.eks. en autobiografisk beskrivelse af denne tendens hos Rachlin (25)
4. Se en lignende beskrivelse hos Garbarino & Kostelny,(26, p. 39).
5. Det konkrete ordvalg er formentlig især udtryk for Mohammads ordrette oversættelse til dansk af et af det arabiske sprogs blomstrende billeder for svær angst og desperation.

Abstract

The posttraumatic nightmare: a way to integration?

Psychoanalytic psychotherapy with massively traumatised adolescents may encounter specific problems related to the youngsters' withdrawal into a predominantly non-verbal, empty state of depressed passivity. The process accordingly becomes coloured by a dead atmosphere in which any possibility of understanding and development seems annihilated, and in which the therapist may experience difficulties in thinking. In this deadlock the understanding and discussion of posttraumatic nightmares stands out as a possible, and in some cases the only possible, route to help the adolescent towards the reintegration of the traces of trauma. The rudimentary symbolism and possible reparative functions of the posttraumatic nightmare is examined in the dual light of theory and case-material concerning a 15 year old boy. It is concluded that by a close attention to the details of the manifest content of these nightmares, as well as to the present transferential context of the dream, it seems possible to help the boy to recover an inner link between the repetitive nightmares and unconscious developmental fantasy.

Litteratur

1. Adelman, A. (1995): Traumatic memory and the Intergenerational Transmission of Holocaust Narratives. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50:343-67.
2. Laub, D. & Auerhahn, N.C. (1993): Knowing and not knowing. Massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74: 287-302.
3. Krystal, H. & Niederland, W.G. (1968): Clinical Observations on the Survivor Syndrome. In: Krystal, H. (ed): *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press, 327-48.
4. Krystal, H. (1971): Review of the Findings and Implications of This Symposium. In: Krystal, H. & Niederland, W.G. (eds): *Psychic Traumatization*. Boston: International Psychiatry Clinics, vol.8 (1): 217-29.
5. Danieli, Y. (1981): Differing Adaptational Styles in Families of Survivors of the Nazi Holocaust. *Children Today*, Sept.-Oct.: 6-10 + 34-35.
6. Danieli, Y. (1984): Psychotherapists' Participation in the Conspiracy of Silence About the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1(1): 23-42.
7. Castillo, R. J. (1996): *Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach*. Pacific Grove, USA: Brooks/Cole.
8. Blos, P. (1989): *The Adolescent Passage: Developmental Issues*. Madison, Connecticut: International Universities Press.
9. Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman, A. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
10. Roland, A. (1996): *Cultural Pluralism and Psychoanalysis*. New York: Routledge.
11. Blass, R.B. & Blatt, S.J. (1992): Attachment and separateness: a theoretical context for the integration of object relations theory with self psychology. *Psychoanalytic Study Child, 47:*189-204.
12. WHO (1994): *ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. København: Munksgård, 1997.

13. Terr, L.C. (1991): Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal Psychiatry*. 148(1): 10-20.
14. Ladame, F. (1995): The importance of dreams and action in the adolescent process. *International Journal Psycho-Analysis, 76*(6):1143-54.
15. Freud, S. (1900): *Drømmetydning: II*. København: Hans Reitzel 1960 (*Die Traumdeutung*. Gesammelte Werke II-III (Standard Edition IV-V).
16. Freud, S. (1917): Fiksering til traumet. Det ubevidste. 18. forelæsning. I: *Psykoanalyse. Samlede Forelæsninger* (pp. 210-220). København: Hans Reitzel, 1990. (*Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.* Gesammelte Werke XI; Standard Edition XV-XVI).
17. Freud, S. (1920): *Hinsides lystprincippet. Metapsykologi 2.* København: Hans Reitzel 1983. (*Jenseits des Lustprinzips.* Gesammelte Werke XIII; Standard Edition XVIII).
18. Freud, A. (1936): *Jeg'et og forsvarsmekanismerne*. København: Hans Reitzel, 1962.
19. Young, L. & Gibb, E. (1998): Trauma and grievance. I: C. Garland (ed.): *Understanding Trauma: A Psychoanalytic Approach* (pp. 81-95). London: Tavistock.
20. Srinath, S. (1998): Identificatory processes in trauma. I: C. Garland (ed.): *Understanding Trauma: A Psychoanalytic Approach* (pp. 139-151). London: Tavistock.
21. Lansky, M.R. & Bley, C.R. (1995): *Posttraumatic Nightmares: Psychodynamic Explorations*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
22. van der Veer, G. (1993): Psychotherapy with young adult political refugees. A developmental approach. I: J.P. Wilson & B. Raphael (eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 651-57). New York: Plenum Press.
23. Grünbaum, L. (2000): Líncubo post-traumatico: via regia alla cura inconscia della scissione traumatica? *Richard e Piggle, 2:181-190.*
24. Almqvist, K. & Broberg, A.G. (1997): Silence and survival: working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal Child Psychotherapy, 23*(3):417-435.

25. Rachlin, R. & Rachlin, I.,(1990): *16 år i Sibirien; Skæbner i Sibirien*. (2. Udgave). København: Gyldendal 2000.
26. Garbarino, J. & Kostelny, K. (1996): What do we need to know to understand children in war and community violence? I: R.J. Apfel & B. Simon (eds.): *Minefields in their Hearts: The mental Health of Children in War and Communal Violence* (pp. 33-51). New Haven: Yale University Press.

FORÆLDREARBEJDE I BØRNETERAPI – PARTNERSKAB ELLER TERAPI?

Matrix 2001;1-2, s. 57-72

Karen Vibeke Mortensen

Arbejdet med forældrene til de børn, som er i psykoterapeutisk behandling, er en central del af den samlede behandlingsindsats for et barn, men har ikke altid været viet tilstrækkelig opmærksomhed. I artiklen beskrives først den forberedelsesfase med forældrene og det øvrige netværk, som er et meget nødvendigt led i etablering af en børneterapi. Dernæst beskrives nogle generelle træk ved forældrearbejdet. Med udgangspunkt i Chethiks opdeling af forældrearbejde omtales forskellige former heraf, nemlig 1) forældrevejledning, 2) forældrestøtte, 3) behandling af forældre-barn-relationen og 4) behandling af barnet via forældrene. Der afsluttes med en drøftelse af samarbejdet med andre, der har med barnet at gøre, og af samarbejdet mellem de to terapeuter.

Et godt resultat af en børneterapi afhænger ofte fuldt så meget af det arbejde, der gøres med forældrene, som af selve det terapeutiske arbejde med barnet. Alligevel er der ofte en tendens til at betragte børneterapien som det centrale og underkende forældrearbejdet. Som Chethik (1) udtrykker det, har det fået ringe opmærksomhed til trods for, at ingen børneterapi kan lykkes uden forældrenes accept, og at det er forældrenes støtte til behandlingen, der tillader barnet at bruge den. Ofte har denne del af arbejdet været helt udeladt eller overladt til medarbejdere med begrænset viden om psykoterapi, hvad der er uheldigt, da det er en lige så vanskelig del af arbejdet som selve børneterapien.

Forberedelse af forældrene

Samarbejdet med forældrene indledes allerede i den fase, hvor barnet undersøges, hvor man også kan danne sig et indtryk af forældrenes motivation for og evne til at indgå i et eventuelt samarbejde om barnets terapi. Det at have et barn i terapi stiller nemlig ikke helt små krav til forældrenes medvirken på både det praktiske og psykologiske plan.

En forudsætning for, at en terapi overhovedet kan iværksættes, er, at forældrene forstår og accepterer nødvendigheden af den. De må nære bekymring for barnet og have tillid til, at en psykoterapeutisk behandling kan hjælpe det. Det betyder, at man både må have orienteret dem grundigt om resultaterne af undersøgelsen af barnet og have fortalt dem om, hvad en børneterapi er, og hvad den kan medføre. Endvidere må forældrene forstå, at deres egen aktive medvirken af mange grunde er en nødvendig betingelse for, at deres barn kan gå i terapi. Barnet kan ikke blot »sendes til reparation« hos en terapeut. Forældrene må også i de fleste tilfælde forberedes på, at der vil være tale om en relativt langvarig proces, ofte af flere års varighed.

Også rent praktisk stiller terapien store krav til forældrene. Hvis der er tale om et lille barn, skal det måske hentes og bringes til terapi, ofte to gange ugentligt. Dette problem løses dog i praksis ofte gennem etablering af kørselsordninger fra skole eller daginstitution. Men dertil kommer, at forældrene skal forpligte sig til et løbende samarbejde om barnet, som dels består af egne samtaler med en medarbejder, dels af møder med barnets lærere, pædagoger eller andre samarbejdspartnere.

Man kan ikke forvente, at forældre skal overlade deres barn i et fremmed menneskes varetægt i så lang tid og i det hele taget indgå i et så krævende samarbejde, hvis de ikke har fået en tilstrækkelig grundig information om, hvad børneterapi er. Houzel (2) taler om nødvendigheden af at indgå en arbejdsalliance med forældrene. Han forklarer dem, at det drejer sig om at hjælpe deres barn til gradvist at forstå sine inderste følelser og at vise det, at andre mennesker også kan forstå dets følelser, dele dem og kommunikere

med det om dem; det vil kunne hjælpe det til at overvinde de hindringer, der står i vejen for, at det kan vokse, fordi ting, der kan kommunikeres om, mister deres magt til at desorganisere psyken og skabe lidelse. Han arbejder med forældre til autistiske børn, men disse formuleringer gælder lige fuldt for alle børn i terapi. Mange forældre vil være bange for, at deres barn vil komme med kritik af dem over for sin terapeut, og det er derfor vigtigt at formidle til dem, at terapien ikke handler om at finde ud af *årsagen* til barnets problemer, men at der er tale om forsøg på at forstå *meningen* med dets symptomer. Hvis forældrene har forstået dette, vil det også være lettere for dem at afstå fra at trænge sig ind på barnet for at få at vide, hvad der foregår i terapien.

Hvis sådanne forberedelser forsømmes, kan det være medvirkende til senere vanskeligheder, i værste fald til, at terapien afbrydes i utide. Da en afbrudt terapi ofte vil være værre end ingen, kan man altså ikke nok understrege nødvendigheden af et grundigt forberedende arbejde med forældrene. Man må hellere i tide finde ud af, at der ikke er grundlag for en børneterapi, end risikere et afbrudt forløb.

Hvis man er i tvivl, om forældrene er reelt motiverede, kan det være en god ide at starte forløbet med arbejdet med dem og derigennem undersøge, om kontakten er bæredygtig, inden børneterapien sættes i værk.

I de tilfælde, hvor et barn eller en ung ikke bor hos sine forældre, men i en plejefamilie eller på en institution, udgør etablering af rammerne om terapien en særlig udfordring. I sådanne tilfælde må ikke blot de biologiske forældre, men også evt. plejeforældre og institutionspersonale kunne bakke op om og medvirke til, at forløbet fastholdes. Og hvis det er det offentlige, der betaler for terapien, må man især være opmærksom på, at hverken forældre eller terapeut har magt over rammerne, men at sagsbehandleren i princippet kan afbryde terapien når som helst. Det er derfor særlig vigtigt at gøre et forberedende arbejde med socialforvaltningen, før terapien igangsættes.

Hvad er forældrearbejde?

Som det allerede fremgik af titlen, er arbejdet med forældre en særlig form for samarbejde, som ligger på et kontinuum mellem et partnerskab og terapeutisk arbejde. Vægten kan ligge forskellige steder på dette kontinuum, og det kan også veksle i det enkelte forløb. Det kan især nærme sig et partnerskab, når det drejer sig om små børn eller om pleje- eller adoptivbørn. Omvendt kan det nærme sig et terapeutisk forhold, når forældrene selv har store psykiske vanskeligheder, som er af afgørende betydning for barnets problemer. Det er dog vigtigt at understrege, at grænsen til egenterapi for forældrene aldrig bør overskrides. Udgangspunktet for deres henvendelse har været barnets og ikke deres egne problemer, og dette udgangspunkt skal fastholdes, også selv om man i en stor del af samtalerne med forældrene måske taler direkte om deres personlige problemer. Det er vigtigt, at bevidstheden om, hvor fokus er, aldrig slippes, men vedbliver at være samtalernes styrende princip. I virkeligheden savner vi et ord, der dækkende beskriver den virksomhed, der her er tale om, og som altså ikke bør benævnes »forældreterapi.« Samtidig har arbejdet imidlertid overordentlig mange terapeutiske kvaliteter, ligesom man betjener sig af en række af psykoterapiens almindelige metoder og værktøjer i det.

Den almindeligste frekvens for en børneterapi her i landet er 1-2 gange ugentlig. Forældrene ses ikke lige så ofte, men fx hveranden uge. Frekvensen kan dog variere efter behov. Når det gælder forældre til unge, er kontakten ofte væsentlig sjældnere.

Som nedenfor beskrevet kan man skelne mellem forskellige former for forældrearbejde. Der er dog visse træk, der gælder generelt. Det ene er, at man må være meget opmærksom på, at forældre uvægerligt føler skyld og skam, når de må bringe deres barn i behandling, og at de vil forvente kritik. Mange vil også have mødt det, enten direkte eller indirekte, ikke mindst hvis de har haft deres barn anbragt på en institution, hvor det er meget svært at undgå, at medarbejderne tager parti for barnet og i en vis udstrækning mod forældrene. Skammen og skylden kamufleres tit som noget andet, fx vrede og util-

nærmelighed eller idyllisering af de hjemlige forhold, og det kan tage lang tid og betydelig tålmodighed at overvinde forældrenes forbehold.

Et andet generelt træk er, at samtalerne med forældrene må tage udgangspunkt i deres egne bekymringer og vanskeligheder med barnet. I den henseende ligner arbejdet basalt, hvad der foregår i en psykoterapi. Samtalerne må ikke hvile på oplysninger fra børneterapien eller på, hvad forældrenes samtalepartner kan finde på at spørge om. Hvis der i forberedelsen til terapien er gjort meget ud af at formidle til forældrene, at terapien primært drejer sig om at forstå meningen med barnets symptomer, vil det forhåbentlig også være lykkedes at få dem til at forstå, at deres oplysninger om, hvad der sker i hverdagen med deres barn, er vigtigt materiale, som danner grundlag for, at en sådan forståelse kan etableres. Det følger også heraf, at forældrearbejdet i børneterapi handler meget lidt om rådgivning og meget om at etablere en forståelse hos forældrene, som kan medføre, at de handler anderledes end før.

Litteraturen om forældrearbejde har været langt mere sparsom end litteraturen om selve det børneterapeutiske arbejde, hvad der blandt andet har historiske årsager. De første børneterapeuter, især Melanie Klein og hendes efterfølgere, inddrog kun i begrænset omfang forældrene i deres arbejde, og det er først efterhånden, man er blevet helt klar over, hvor væsentlig denne del af arbejdet er. I det følgende vil jeg referere til to af de nyere værker på området, nemlig »Techniques of Child Therapy« af den amerikanske børneterapeut M. Chethik, som har forbeholdt nogle kapitler af sin bog til emnet, og monografien »Work with parents«, redigeret af Tsiantis et al. (3) og udgivet af EFPP (European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy). Der er nuanceforskelle mellem dem mht. den måde, forældrearbejdet beskrives på. Chethiks bog ligger nærmere ved en pædagogisk, støttende form end Tsiantsis bog, som er mere analytisk. Det hænger sammen med, at Chethik arbejder inden for en egopsykologisk referenceramme, som især baserer sig på Anna Freuds teorier om børneterapi, mens de fleste forfattere hos Tsiantis er objektrelationsteoretikere, som i højere grad tager udgangspunkt i Melanie Kleins arbejde. Det er dog et spørgsmål, om forskellene er så store, når det kommer til stykket; når man læser Chethiks beskrivelser af hans faktiske ar-

bejde med forældrene, ligner det på mange måder, hvad der beskrives i Tsiantis bog. Chethik skelner mellem fire forskellige former for forældrearbejde:

1) Forældrevejledning (Parent guidance)
2) Støtte til forældrene selv (Transference parenting)
3) Behandling af forældre-barn-relationen
4) Behandling af barnet via moderen.

Denne opdeling kan være nyttig at have in mente. I det følgende vil jeg dog i behandlingen af hver enkelt arbejdsform gå ud over de eksempler, Chethik selv beskriver, og også inddrage nogle af mine egne erfaringer.

Forældrearbejdet begynder i de fleste tilfælde typisk som *forældrevejledning.* Chethik beskriver det som primært en pædagogisk form for intervention og som et grundlæggende støttende arbejde. Det er et kontinuum, der spænder fra information og rådgivning til klarifikation. Der arbejdes primært med forældrenes bevidste og førbevidste materiale, derfor bruges tolkning fx sjældent. Man skal dog ikke af denne beskrivelse eller af ordet »vejledning« lade sig forlede til at tro, at principperne i denne form for forældrearbejde adskiller sig fra de ovenfor beskrevne, eller at forældrene fx rådgives direkte om, hvordan de skal forholde sig over for deres børn.Chethik foreslår følgende oversigt over de områder, der falder inden for denne form for forældrearbejde:

I. Emner, der har at gøre med den *følelsesmæssige balance* i familien:

a. Generelle vanskeligheder i forældrenes liv, som påvirker deres evne til at være gode forældre. Det kan fx være aktuelle arbejdsmæssige belastninger eller uhensigtmæssige måder at indrette sig på i hverdagen.

b. Forskelle mellem forældrene mht. deres behandling af barnet. Dette er et overordentlig almindeligt forekommende problem, som – hvis der ikke gøres noget ved det – let kan udvikle sig til en ond cirkel. Hvis fx moderen er for eftergivende og faderen for streng, vil forældrene let komme til at for-

stærke hinandens mønstre, hvis de ikke bliver bevidste om, hvad der foregår. Til gengæld er mønsteret ofte ikke så svært at ændre, når forældrene bliver gjort opmærksomme på, hvad der sker.

c. De belastninger hos forældrene, der skyldes, at barnet er i behandling. Det kan dreje sig om deres følelser af ikke at slå til, om angst for barnets tilknytning til terapeuten, jalousi over for denne etc. Sådanne følelser udtrykkes sjældent direkte, men man må i samtalerne med forældrene være meget opmærksom på signaler, der tyder på, at de forekommer.

II. Emner, der især centrerer sig om *barnet:*

a. Indhentning af løbende information om barnet og om væsentlige begivenheder i familien. En sådan information er vigtig at få for børneterapeuten og skal videregives til ham eller hende.

b. Generel information til forældrene om børns udvikling og følelsesliv. Her er et af de områder, hvor direkte oplysning kan komme på tale. Fx kan forældre have brug for større viden om, hvad man kan kræve eller forvente af børn i forskellige aldre, eller de kan have brug for information om børns seksualitet eller om den ødipale fases særlige problematik. Sådan oplysningsvirksomhed bør dog være af begrænset omfang.

c. Hjælp til forældrene til at forstå deres barns symptomer og adfærd, herunder de ændringer, der sker i løbet af terapien.En vigtig del af arbejdet består i at hjælpe forældrene til at se de fremskridt, deres barn gør som følge af terapien, men som ikke altid umiddelbart opleves som sådan af dem. For nogle forældre kan det fx være svært at acceptere, at et tidligere nemt barn begynder at vise protest og vrede. Det vil de fleste dog kunne bringes til at se som et sundhedstegn. Det kan være sværere at se fremskridtene, når det drejer sig om meget syge, måske psykotiske eller autistiske børn, hvor bedringen ikke medfører, at børnene når op på det nor-

male udviklingsniveau, som forældrene har håbet på, men hvor den viser sig i fx bedre og mere ægte kontakt og kommunikation og et tydeligere følelsesliv. Et barn, der holder op med at fungere hovedsagelig som et falsk selv og begynder at fungere mere ægte følelsesmæssigt, vil let opleves som langt mere besværligt end tidligere, og det kan være svært at opleve det som en bedring for forældre, der måske selv har problemer med at skelne mellem ægte og falsk. Houzel beskriver, hvordan nogle forældre skal hjælpes til at påskønne værdien af de sider af udviklingen, som ikke måles af ratingscales eller test; men det kan være en svær, undertiden umulig, opgave.

Man må også være opmærksom på, at når et barn, der går i terapi, bedres, lægges der på forskellige måder pres på familien om ændring, fordi det forstyrrede barn altid er container for forskudte problemer hos andre familiemedlemmer. Man ser derfor ofte, at der opstår nye problemer, fx ægteskabelige konflikter eller symptomer hos søskende.

d. Endelig nævnes som det sidste område i denne form for forældrearbejde klarifikation af de problematiske samspil, der opstår mellem forældrene og barnet. Formålet er at ændre deres handlemåde ved at undersøge samspillene. Drøftelser heraf optager ofte en betydelig del af samtalerne, og det er netop i sådanne situationer, hvor forældrene tit direkte efterlyser råd og vejledning, at fristelsen til at give konkrete råd og forslag kan blive stor. Sådanne råd virker imidlertid sjældent efter hensigten; det er som regel langt nyttigere for forældrene, hvis man sammen med dem undersøger baggrunden for både deres og barnets handlinger og hjælper dem til en bedre forståelse af, hvad det egentlig er, der foregår. Rådgivning er altid mere styrkende for rådgiverens end for modtagerens ego.

Man bør kun i nødsfald intervenere direkte i familien på grundlag af informationer fra terapien, da prisen for sådanne brud på grænserne kan være høj. Der er dog situationer, hvor man bliver nødt til at gribe ind, fx hvis man opdager velfærdstruende situationer med omsorgssvigt eller incest. Sådanne situationer er altid vanskelige og kan let medføre, at terapien afbry-

des, og at andre foranstaltninger bliver nødvendige. Det er derfor vigtigt, at man i sine indledende undersøgelser så vidt muligt allerede har fået udelukket de familier, hvor sådanne forhold kan tænkes at forekomme.

I de tilfælde, hvor der er problemer i samarbejdet på grund af begrænsninger hos forældrene, og hvor de selv har mere omfattende forstyrrelser, mener Chethik, de har større gavn af *forældrestøtte*, »transference parenting«. Det kan dreje sig om forældre, der enten pga. egne tidlige forstyrrelser eller på grund af akut belastning har brug for mere støtte, end forældrevejledningen kan tilbyde. Terapeuten må fungere som en omsorgsfuld forælder for forældrene, og denne omsorg sætter igen forældrene i stand til at drage bedre omsorg for deres barn. Vanskelighederne i forældrenes eget liv kan fx bestå i arbejdsmæssige problemer, sygdom eller dødsfald, brud i kæresteforhold etc. En skilsmisse vil ofte medføre så stor belastning af en eller begge forældre, at de kan få brug for denne form for støtte. Hvis forældrene ikke får tilstrækkelig hjælp i en sådan situation, kan der fx være risiko for, at de bruger barnet til at kompensere for deres egen ensomhed.

Hvis det handler om tidlige forstyrrelser hos forældre, der selv har været forsømt som børn, kan problemet være, at de ikke kan vise empati over for deres egne børn. Hvis de aldrig selv har modtaget empatisk forståelse eller kun fået det i begrænset grad, ved de ikke, hvad det er. Hvis man i en sådan situation prøver at forklare dem, hvad deres barn har brug for, svarer det til at forsøge at forklare en farveblind, hvad farver er. Forældrene vil dels føle sig kritiseret, dels forstår de ikke, hvad man taler om. I sådanne tilfælde må man give megen plads til, at forældrene taler om sig selv og deres egne vanskeligheder. Man tolker sædvanligvis ikke, men lytter og er empatisk. Gennem en sådan form for støtte lærer forældrene – ubevidst – hvad det vil sige at blive mødt med forståelse. I bedste fald vil man efter nogen tid kunne se, hvordan de begynder at behandle deres barn anderledes, hvad der igen kan give anledning til store fremskridt hos det.

I tilfælde, hvor forældrene bevidst ønsker at hjælpe deres barn, men hvor barnet har en ubevidst betydning for dem, der fremmer dets vanskeligheder,

kan *behandling af forældre-barn-relationen* bruges til at give dem indsigt heri. Det er en metode, der ligger mellem vejledning og egenterapi for forældrene. Der er tale om klarifikation og en form for begrænset indsigtsterapi, hvorved de ubevidste betydninger, et barn kan have for sine forældre, kan blive tydeliggjort. Fortolkninger kan bruges, men man forsøger ikke at fremme regression eller overføring eller at give overføringstolkninger. Et sådant arbejde kan også medføre ændringer i forældrenes liv på områder, man ikke arbejder direkte med. Forældrene er ofte selv klare over, at de spiller en rolle for barnets vanskeligheder, og er derfor villige til at arbejde med de sider af sig selv.

Et eksempel på en sådan problemstilling kan fx være en mor, der smilede, når hun fortalte, hvordan hendes søn indimellem begik direkte farlige handlinger. I dette tilfælde drejede det sig om, at moderen selv havde ønsket at være dreng og at få lov til at udfolde sig mere aggressivt, og at hun ubevidst udlevede disse ønsker for sig selv i sin søn. En klargøring af denne sammenhæng befriede drengen for det pres, hun lagde på ham. Et andet eksempel kan være et barn, der gør oprør på samme måde, som moderen selv gjorde som barn, hvor det var hendes måde at hævde sig på over for sin dominerende mor. Hun identificerer sig nu med sit eget barn og beundrer det for at gøre det samme, så hun ikke kan sætte grænser for det. Et hyppigt forekommende eksempel er, at forældre tildeler deres ene barn rollen som den umulige, der ikke kan noget, og som hele tiden bliver skældt ud, og det andet rollen som det idealiserede barn, som beundres, og som får lov til alt for meget. Der er her ofte tale om en opsplitning af forskellige sider af moderens eller faderen egen person, som projiceres over i børnene.

Endelig er der tilfælde, hvor *barnet behandles via forældrene.* Det først kendte eksempel herpå er nok Freuds (4) behandling af Lille Hans gennem hans far. En sådan behandlingsform er relevant i mange tilfælde af sorg og krise hos børn. Hvis et barn fx har været udsat for en ulykke eller har mistet en nærtstående pårørende, vil forældre ofte have fået råd om at lade barnet modtage terapi. I sådanne tilfælde vil det altid være en god ide først at undersøge, om forældrene ikke selv vil være i stand til at hjælpe deres barn. Måske føler de sig usikre på, hvad de skal tale med barnet om, og hvordan de skal

gøre det, men det kan man så netop hjælpe dem med. Denne form for behandling har den fordel, at den medvirker til at øge sammenholdet i familien i en situation, hvor der er brug for det, og man undgår de komplikationer og den følelse af tab, der ligger i, at forældrene må overlade deres barn til en anden.

Denne form for behandling kan også bruges i tilfælde, hvor et barn eller en ung ikke selv kan eller vil gå i terapi. Det kan fx være tilfældet for en hel del unge, hvis forældre har problemer med at sætte grænser for dem. Her vil en række samtaler med forældrene ofte kunne hjælpe dem til at få mere styr på situationen, sætte mere relevante grænser og stille mere rimelige krav.

Terapi til forældrene selv

Det sker somme tider, at der undervejs i processen opstår et ønske hos en eller begge forældre om at få et terapeutisk forløb for sig selv. I sådanne tilfælde vil den bedste løsning i almindelighed være, at forældrene henvises til en anden terapeut. Som den, der taler med forældrene om barnet, har man for det første ikke den nødvendige neutralitet til at blive deres egen terapeut. For det andet vil der stadig være behov for koordinering om barnet og drøftelse af, hvordan det har det i sit daglige miljø. Der er derfor også brug for fortsatte samtaler om barnets terapi, evt. med en noget nedsat frekvens. Hvis forældrene insisterer på at ville forsætte med den medarbejder som terapeut, som de har fået tillid til, kan man undtagelsesvis vælge den løsning. Samarbejdet om barnet må i så fald overgå til en anden, evt. til barnets terapeut, og begrænses i omfang.

Samarbejde med andre instanser

Når man arbejder i en institution, hvor der er flere terapeuter til rådighed, er den mest hensigtsmæssige model for en børneterapi som regel den såkaldte team-model, hvor barnets terapeut står for børneterapien, mens en anden

arbejder med forældrene og administrerer samarbejdet med alle de øvrige parter i sagen, fx lærere, pædagoger og sagsbehandler. Det sikrer den bedste beskyttelse af rammerne om børneterapien. Hvis der er brug for supervision, kan det være en god ide med en fælles supervisor for de to terapeuter.

Det er meget vigtigt, at der er tillid mellem de parter, der skal samarbejde om barnet, da en børneterapi i almindelighed giver rige muligheder for, at der kan opstå splitting. Det er derfor som regel hensigtsmæssigt med regelmæssige møder mellem de vigtigste af de personer, der har at gøre med barnet i det daglige, inklusive forældrene og deres samarbejdspartner.

Også skole- og institutionspersonale har brug for orientering om, hvad en børneterapi går ud på, og for at forstå, at deres oplysninger om barnets udvikling er af stor betydning for terapeuten, samtidig med, at de ikke selv kan få oplysninger om indholdet i terapien. Denne skævhed kan naturligt nok opleves frustrerende af samarbejdspartnerne. Der vil også ofte være tvivl hos lærere og pædagoger om, hvordan de skal behandle barnet, og om der fx skal tages specielle hensyn til det, fordi det går i terapi. Både forældre og lærere kan være så bange for at ødelægge terapien, at de bliver for tilladende over for barnet og ikke begrænser det tilstrækkeligt, hvis det fx bliver aggressivt.

Børneterapeuten har også brug for tilbagemelding om, hvordan behandlingen virker i barnets dagligdag, både hjemme og i skole. Det kan være en hjælp at få at vide, at barnet faktisk forbedrer sin adfærd i sit daglige liv, hvis der er stor modstand eller megen aggression i terapien. Omvendt kan det i perioder med tilsyneladende idyl i timerne være vigtigt at få at vide, at barnet måske praktiserer en form for splitting og udlever sin vrede andetsteds. Hvis terapien ikke virker i barnets dagligliv, skal man ikke bare fortsætte den, men give plads for andre og mere relevante behandlingsformer. Når det drejer sig om meget svært forstyrrede børn, vil forældrenes beskrivelse ofte være så farvet af deres egen patologi, at det er meget nødvendigt at få oplysninger fra skole eller daginstitution.

Børn i terapi kan somme tider være tilbøjelige til at udviske grænsen mellem terapien og det almindelige liv og fx fortælle om deres fantasier hjemme eller i skolen i stedet for i terapien. I så fald må man hjælpe forældrene og

lærerne til at begrænse det. Det er ligeledes almindeligt, at barnet kritiserer terapien og terapeuten og i perioder har modstand mod timerne; fx fortalte et barn helt uden hold i virkeligheden, at hendes terapeut kom for sent til timerne og sad og drak cola uden at give hende noget. Det er heller ikke ualmindeligt, at barnet hævder, at terapeuten har givet det lov til at gøre ting, som det ikke må hjemme. Her er det vigtigt, at man som samarbejdspartner med overbevisning kan sige, at noget sådant ikke finder sted, og at forklare, hvorfor barnet mon gør sådan, uden på den anden side at anklage det.

Om samarbejdet mellem de to terapeuter

Efterhånden som mere og mere børneterapi kommer til at foregå i privat praksis, vil det næppe altid være muligt at gennemføre, at der er to personer, der samarbejder om den. I så fald kan børneterapeuten være nødt til selv at have kontakten med forældrene sideløbende med børneterapien. Der kan både være fordele og ulemper ved denne model. Det kan umiddelbart føles som en fordel for forældre og andre samarbejdspartnere, at de har direkte kontakt med barnets terapeut, men i virkeligheden betyder det som regel, at der bliver mindre tid til rådighed til dem, da børneterapeuten som regel ikke vil kunne afse tid til så hyppige samtaler med forældre og andre som den, der har det som sin særlige opgave. Og det kan være en svær balance at administrere for terapeuten både med hensyn til graden af åbenhed og med hensyn til det indviklede net af overføringer og modoverføringer, man placeres i.

Når der er tale om et teamwork, kræver det et nært samarbejde mellem de to terapeuter. Det er nødvendigt, at de kender hinanden rimelig godt, har tillid til hinandens arbejde og arbejder efter de samme principper. De bliver uundgåeligt bærere af konflikten i familien mellem barnet og forældrene, som let kan føre til splitting, og som kræver stor evne til containment. For at undgå de konfliktmuligheder, der ligger heri, er der terapeuter, som afstår fra at vide noget om, hvad der foregår hos den anden part. Det letter modoverføringsproblemerne, men hindrer den udveksling af oplysninger, som i almindelighed er til stor hjælp.

Hvis både barnets og forældrenes forløb udvikler sig tilfredsstillende, vil de to team-medlemmer ofte opleve, at de arbejder med de samme temaer hos både barn og forældre (Frick (5)). Det kan imidlertid tage tid for barnets forældre at ændre sig, ofte længere tid end for barnet, da de dels har et stivere forsvar, og dels kan være mindre motiverede for ændringer. Undertiden kan det bogstavelig talt tage år, før forældrene afslører endog meget vigtige oplysninger. Det kan medføre, at børneterapeuten bliver utålmodig med sin kollega, som hun ikke synes bidrager til den ønskede ændring hos forældrene hurtigt nok. Overføringen er stærk i en børneterapi, og derfor identificerer barnets terapeut sig let med barnet. Også gamle uafklarede følelser over for egne forældre kan spille ind og skabe modoverføringer hos begge de to terapeuter.

Omvendt kan forældrenes samarbejdspartner blive utålmodig over for barnets terapeut, fordi hun bærer forældrenes pres. Begge parter kan let identificere sig med deres parts projektioner af modparten; barnets terapeut kan komme til at føle vrede mod forældrene, og forældreterapeuten kan få sit billede af barnets terapeut farvet af forældrenes misundelse og mere eller mindre åbenlyse mistillid.

Forældrearbejde ser ud til at være et felt i udvikling. I de senere år er der beskrevet særlige former heraf, fx med forældre til børn, der har været udsat for seksuelle overgreb, herunder incest (fx Miles (6)), og med forældre til småbørn. Cramer (7) beskriver således, hvordan han altid ser forældre sammen med deres børn, hvis børnene er under 3 år. Han iagttager samspillet mellem barn og forældre, mens han taler med forældrene, og finder relativt hurtigt et fokus, som der så arbejdes med. Der er gerne tale om relativt korte forløb. Der er ingen tvivl om, at jo tidligere, der kan gribes ind over for udviklingsforløb, der er i færd med at gå skævt, jo bedre er det for alle parter.

Abstract

Work with parents in child psychotherapy – partnership or therapy?

A good result of a child psychotherapy depends often as much on the work done with the parents as on the child psychotherapy itself. It is difficult work, balancing between partnership and psychotherapy, but is often neglected or even omitted. Also literature on the subject has been scarce. No child psychotherapy should be started without a thorough preparatory phase with the parents, encompassing evaluation of them and information to them. Work with the parents must always start from their own difficulties with their child. Chethik distinguishes between 4 types of work with parents: 1) parent guidance, 2) transference parenting, 3) treatment of the parent-child relationship and 4) treatment of the child via the parent. It is discussed how to handle parents' wish of therapy for themselves, how best to secure cooperation with the network around the child, and how to support the cooperation between the child therapist and the parental worker.

Litteratur

1. Chethik M. *Techniques of child therapy.* New York: Guilford, 1989.
2. Houzel, D. Working with parents of autistic children. I: Tsiantis, J. et al. (red.) *Work with parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents.* London: Karnac Books, 2000.
3. Tsiantis, J. et al. (red.) *Work with parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. London: Karnac Books, 2000.
4. Freud, S. *Lille Hans. Analyse af en femårig drengs fobi*. København: Hans Reitzel, 1983.
5. Frick, M.E. Parental therapy – in theory and practice. I: Tsiantis, J. et al. (red.) *Work with parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents.* London: Karnac Books, 2000.
6. Miles, G. Working with parents of sexually abused children. I: Tsiantis, J. et al. (red.) *Work with parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. London: Karnac Books, 2000.

7. Cramer, B. Helping children through treatment of parenting: the model of mother/infant psychotherapy. I: Tsiantis, J. et al. (red.) *Work with parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents.* London: Karnac Books, 2000.

FOKUSERADE SYSTEMATISKA FALLSTUDIER SOM LÄNK MELLAN KLINIK OCH FORSKNING

Matrix 2001;1-2, s. 73-91

Gunnar Carlberg

Med utgångspunkt i det faktum att det råder en stor brist på forskning inom det barnpsykoterapeutiska området och en analys av några faktorer bakom bristen, beskrivs en möjlig forskningsansats som kan engagera kliniker. Genom, vad som här benämns »fokuserade systematiska fallstudier« kan fallstudiens rikedom tillvaratas samtidigt som den systematiska datainsamlingen ger underlag för en kritisk analys.
Tillvägagångssättet illustreras med en studie där »vändpunkter« i barnpsykoterapier studerades. Analysen av olika informanters berättelser om ett skeende under en barnpsykoterapi visade sig fruktbar för att belysa viktiga aspekter av förändringsprocessen. För- och nackdelar med den använda metoden diskuteras.

Det råder stor brist på forskning inom det barnpsykoterapeutiska området. Speciellt påtagligt är detta faktum när det gäller forskning om psykodynamisk psykoterapi (1, 2). Av det totala antalet studier om psykoterapi med barn avser endast ett fåtal psykodynamisk terapi och dessa studier är ofta bristfälligt genomförda. Inte sällan döljer sig bakom beteckningen »psykodynamisk psykoterapi« korttids gruppterapi som utförts av beteendeorienterade terapeuter (3).

I den här artikeln kommer jag att ta upp några reflektioner kring bristen på forskning och hinder som finns i steget mellan klinik och forskning. Teman som »psykoterapeuter som forskare« och »psykoterapeuter som medforskare« berörs. En ambition i min egen forskning har varit att hitta en metod som kan överbrygga hinder. För att illustrera vad jag kallar »fokuserade systematiska fallstudier« presenteras ett fallmaterial från en av mina studier. Min text

skall inte ses som en plädering för *det enda* sättet att forska utan snarare som ett exempel på en av flera vägar som kan vara framkomliga.

Faktorer bakom bristen på forskning

Man brukar ange flera orsaker bakom bristen på forskning:

(a) En orsak är att *terapierna är långa, intensiva och utövas av terapeuter med omfattande utbildning*. Forskare och anslagsgivare har en tendens att prioritera forskning på korta terapier som kan utföras av terapeuter som på kort tid kan tränas upp i en speciell metod. Anslagsgivare vill se resultat och forskare vill bli färdiga.

(b) En annan orsak bakom bristen på forskning är att barnpsykoterapiforskning på många sätt kan vara mer *komplicerad* att genomföra jämfört med forskning på vuxenpsykoterapi. Exempelvis innebär forskning på barnpsykoterapi att man också bör studera den parallella samtalskontakt som brukar förekomma med föräldrarna. Ibland behöver data dessutom samlas in från lärare och andra vuxna som träffar barnet. En komplicerande faktor i samband med ett sådant förfaringssätt är att vi i dag vet att barnet ofta bedöms olika av exempelvis, terapeuten, lärare och föräldrar (3). Barn befinner sig så påtagligt mitt i en utveckling och påverkas av sin omgivning i så hög grad.

(c) En tredje orsak är att det *metodmässigt* kan vara svårare att studera barnpsykoterapier jämfört med vuxenpsykoterapier. Forskaren kan exempelvis inte, som är brukligt inom vuxenpsykoterapiforskningen, förlita sig på enbart verbala utsagor. I barnpsykoterapi är det uppenbart att så mycket mer än orden har avgörande betydelse. Det är också svårt att fånga barnets upplevelse av terapin genom intervjuer eller frågeformulär.

Från min utsiktspunkt som psykoterapeut och forskare vid Ericastiftelsen i Stockholm ser det ändå ut som om intresset för forskning ökar bland kliniker. Nyfikenheten på vad forskningen har att bidra med när det gäller den kliniska

praktiken har definitivt ökat. Fortfarande finns dock mycket att göra när det gäller att få kliniker *mer aktivt* engagerade. Fler kliniker behöver ta steget till att börja forska och fler kliniker måste övertygas om att det är viktigt att forskare får ta del av deras erfarenheter.

Psykoterapeuten som forskare

Rollerna som psykoterapeut och forskare har många gemensamma nämnare och går att förena. Man kan till och med se på psykoterapi »som forskning«. Terapeuten

- samlar från en »neutral position« in material från patienten,
- formulerar tyst hypoteser,
- presenterar hypoteser i form av interventioner,
- avvaktar patientens bekräftelse eller falsifiering av hypotesens riktighet,
- formulerar nya hypoteser.

Psykoterapeuten har en kunskap som gör honom/henne *speciellt* lämpad som forskare. Terapeuten är tränad i en form av reflekterande där fokus riktas mot patienten men *också* mot den egna upplevelsen. Egen psykoanalys/terapi och mångårig processinriktad handledning stimulerar till att använda egna associationer och motöverföring som instrument för att förstå patientens inre värld. Som psykoterapeut tränas man i meningssökande och reflekterande. En utgångspunkt i arbetet är att det finns en möjlig »mening« i allt som händer inom ramen för psykoterapin. I huvudsak kan, menar jag, det psykoterapeutiska förhållningssättet på så sätt vara en tillgång när terapeuten blir forskare.

Men – när man som psykoterapeut tar på sig uppgiften att bedriva forskning på psykoterapi krävs en stringens och tydlighet som kan komma i konflikt med det terapeutiska förhållningssättet. Psykoterapeutens »fritt flytande uppmärksamhet« kan störas. Psykoterapeutens inifrånkunskap och förförståelse kan riskera att göra honom/henne »hemmablind« som forskare (4). För att psykoterapeuten skall bli en god forskare kan nog en vetenskaplig skolning framförallt bidra till ett mer kritiskt tänkande.

En fråga som jag ofta ställer till mig själv är: »Hur kan jag som forskande psykoterapeut ta tillvarata inifrånkunskapen och engagemanget utan att offra den kritiska blicken?« Frågan bör finnas med från planering av forskning till presentationen av slutsatser.

Psykoterapeuten som medforskare

Man kan lätt konstatera att viktig kunskap om psykoterapi finns bland kliniker. Kunskapen är emellertid inte alltid formulerad utan mer av karaktären »implicit kunskap« (5). En viktig uppgift för vetenskapen är att lyfta fram den kliniska klokhet som finns bland terapeuterna (6). Vi måste intressera oss mer för hur psykoterapeuter tänker och vi måste få psykoterapeuter intresserade av att dela med sig av sina tankar.

Ett dilemma är att terapeuter många gånger har svårt att känna igen sig i forskarnas rapporter. Inom barnpsykoterapiområdet bedrivs, exempelvis, en hel del forskning på terapier som inte alls liknar de terapier som bedrivs i ordinarie verksamheter. Många forskare ifrågasätter själva om forskningsresultaten är generaliserbara från de kontrollerade försökssituationerna till den kliniska vardagen (7,8). Inom barnpsykoterapiforskningen saknas framförallt studier där processen i psykoterapier studeras. Processen är samtidigt det kliniker är mest upptagna av att förstå.

Det finns ett behov av systematisk forskning speciellt när det gäller naturalistiskt bedrivna psykoterapier (9,10). För att lyckas med att engagera psykoterapeuter i forskning måste forskningen behandla kliniskt relevanta problem och metoderna måste vara i harmoni med den psykoterapeutiska processen. Forskningen måste planeras så att den i så liten utsträckning som möjligt stör den psykoterapi som studeras.

Projektet »Vändpunkter i barnpsykoterapi«

Det övergripande syftet med mitt avhandlingsprojekt med titeln *Vändpunkter i barnpsykoterapi* (11) har varit att fördjupa kunskaperna om psykoterapeuters

erfarenheter av förändringsprocesser. Projektet består av fyra delstudier som bygger på varandra. Kvalitativa och kvantitativa analyser har gjorts av data som kommer från frågeformulär, transkriberade intervjuer och terapeuternas processanteckningar. I de fyra studier som avhandlingen bygger på har 116 terapier studerats varav 14 har studerats intensivt. Med utgångspunkt från terapeuternas erfarenheter har det varit möjligt att skapa begrepp och teori om förändringsförlopp.

Begreppet »vändpunkt« definierades som episoder eller skeenden i terapierna där terapeuten har uppmärksammat att något kvalitativt nytt har kommit in i terapin. Jag har följt en tradition inom vuxenpsykoterapiforskningen där man exempelvis har intresserat sig för »significant events« (12), »helpful and hindering events« (13) och »good moments« i psykoterapi (14). Inga liknande studier har genomförts inom det barnpsykoterapeutiska området.

Fokuserade systematiska fallstudier

Den metod jag har använt har jag benämnt *fokuserade systematiska fallstudier*. Den skiljer sig från de fallbeskrivningar som man vanligtvis möter i tidskrifter om psykoanalys och psykoterapi. Där beskrivs oftast ett eller ett mindre antal terapifall med syfte att illustrera ett teoretiskt begrepp eller en teknikfråga. Perspektivet är oftast terapeutens. Min strävan har varit att behålla fallstudiens rikedom men samtidigt möjliggöra jämförelser mellan terapier och att skapa ett utrymme för kritisk granskning av de fenomen som studeras.

För att inte drunkna i komplicerade processbeskrivningar har jag *fokuserat* på det jag benämner »vändpunkter«. Fenomenet har studerats i sitt sammanhang. *Data* har samlats systematiskt med samma teknik *från flera olika terapier*. För att öka säkerheten i analyserna har jag, när det har varit möjligt, samlat data från *andra informanter* än terapeuten. Terapeuternas *berättelser* om händelseförlopp *har kompletterats* med data från formulär och analyser av processanteckningar. I vissa fall har *oberoende bedömare* och *konsensusbedömningar* används.

I en av mina delstudier var syftet att fördjupa kunskaperna om hur olika informanter upplever förändringsprocessen i en barnpsykoterapi. Jag ville dels klargöra vad som hände i terapirummet men också klargöra hur andra informanter utanför individualterapin upplevde förändringar. Studien som var den sista av de fyra studierna genomfördes då jag redan hade börjat få en bild av det studerade fenomenet.

Genomförandet kan i kortet beskrivas på följande sätt: Ett kontrakt gjordes upp med tre terapeuter som, efter att föräldrarnas samtycke hade inhämtats, lovade att kontakta mig när han/hon identifierat en »vändpunkt«. I kontraktet ingick att vardera terapeut skulle lämna över noggranna processanteckningar från den identifierade vändpunktstimmen liksom de närmast omgivande timmarna. De ombads också att fylla i formulär och de intervjuades. Därefter vidtog intervjuer med föräldraterapeuten, föräldrarna, specialpedagog och i ett fall barnpsykoterapeutens handledare. Alla intervjuer bandades och transkriberades. Sammanlagt kunde det i ett fall skapas fem olika berättelser om ett skeende kring vad terapeutens identifierade som en vändpunkt i den individuella terapin med barnet.

Fallbeskrivning Linus

I beskrivningen av terapin med Linus ges ett exempel på vad terapeuten uppfattade som »en vändpunkt« det vill säga en relativt plötslig och kvarstående förändring.

Bakgrund

Linus föräldrar sökte den barnpsykiatriska mottagningen efter att ha remitterats från ett barnsjukhus. Linus, som vid anmälningstillfället var drygt fyra år, beskrevs som en pojke med en genomgripande störning vad gäller kontakt. Hans språk var kraftigt försenad och han hade stora svårigheter i kommunikationen med både barn och vuxna.

Familjen rekommenderades individuell psykoterapi för Linus två gånger 45 minuter per vecka. Som komplement till terapin rekommenderades vistelse i en specialpedagogiskt inriktad gruppverksamhet med fyra barn och två speciallärare för Linus och en parallell samtalskontakt för föräldrarna hos en egen föräldraterapeut.

Processen fram till vändpunkten

Barnterapeuten beskriver hur hon efter ungefär ett års arbete med Linus börjar fundera över meningen med terapin. Timmarna blir repetitiva till sitt innehåll och den utveckling som terapeuten kunde ana i början har bytts mot vad som snarare ibland ser ut som en försämring. Terapeuten kastas mellan sorg, vemod, hopp och tvivel. Hon frågar sig: Vilken utveckling är möjlig? Hon till och med tvivlar på sin kompetens som terapeut.

Barnterapeutens handledare beskriver från sitt perspektiv att han ser hur terapeuten bildligt talat »böjs allt längre ner mot jorden«. Ett tema i handledningen blir hur barnterapeutens bild av Linus står i kontrast till den mer optimistiska bild som man upplever att personalen i gruppverksamheten och föräldraterapeuten ger. Handledaren betonar för terapeuten, som han upplever som ambitiös, att man inte kan ha ambitioner för någon annan. »Ligg lågt!« är handledarens råd.

Föräldraterapeuten går igenom en process som hon beskriver som: Från »idylliserande« till en »mer realistisk hållning«. Hon beskriver också motsvarande process hos föräldrarna: »Utvecklingen har gått mot större allvar och sorg hos föräldrarna som blir varse Linus' svårigheter.« Föräldrasamtalen upptas bland annat av problem kring att Linus assistent, som beskrivs som »en pärla«, slutar och ersätts av en ny assistent som »inte riktigt tycker om honom«.

Föräldrarna uttrycker att de är mycket positiva till den behandling Linus får och upplever de egna samtalen som ett stöd.

Speciallärarен är mer än de andra i teamet inriktad på de framsteg som Linus gör under den första tiden i gruppen. Hon kan med en anda av optimism beskriva konkreta förändringar och när de har inträffat. Hon beskriver hur

Linus blir »entusiasmerad« i gruppgemenskapen. Hans »tomhet och vemod« kommer oftare fram när man är ensam med honom. Samtidigt berättar speciallärarен att hon under en tid känt sig »ganska bedrövad« när Linus ofta var sjuk och »hängig« under en period. Hon påverkas också av att Linus' assistent slutade under samma period.

Vändpunkten

När vändpunktstimmen inträffar är Linus fem år och två månader. Det är början av mars månad och terapin har pågått ett år och fyra månader. Barnterapeuten beskriver hur hon »nått den punkt då hon vågade se Linus som den skyddslösa, hudlösa pojken på en tidig utvecklingsnivå«. Terapeutens upplevelse sammanfattas när hon säger: *Jag kom ner i brunnen där han satt*. När terapeuten på några rader skall formulera vad som karaktäriserar vändpunktstimmen skriver hon bland annat: *Det kom in en ny sorts tystnad och stillhet i rummet.* Hon syftar på en sekvens där Linus stannar upp, lyssnar på ljudet från gatan utanför. Terapeuten beskriver »en upplevelse av rofylld tystnad som jag har tillsammans med Linus«. Stillheten måste ses mot det närmast överaktiva beteende som Linus vanligtvis visar upp. Ett nyckelord är att stillheten upplevs i en känsla av att vara »tillsammans«. I analysen kopplas upplevelsen av stillhet till »lyssnandet« som förstärker terapeutens upplevelse av »inne och ute«. »Världen utanför kommer in – det blir en åtskillnad« – Terapeuten beskriver upplevelsen som ett drömtillstånd. Den åtskillnad som uppstår tydliggör Linus.

Analysen av timmen i sitt sammanhang av omgivande timmar och den process som föregår timmen talar för att terapeuten under timmen får en känslomässig kontakt med Linus' belägenhet. Hon kommer ner »på brunnens botten«. Ur denna upplevelse växer också fram ett hopp och en tydligare bild av honom. Konkreta tecken i timmen finns på att Linus relaterar tydligare, som när han säger terapeutens namn och »Titta!« för att fånga hennes uppmärksamhet. Det finns en »kraftfullhet« och »ögonkontakt« som endast sporadiskt har förekommit tidigare.

I analysen är det svårt att särskilja vad som kommer från Linus och vad som kommer från terapeuten. Terapeuten säger: »När det gäller Linus får jag hela tiden utgå från mig själv – det finns definitivt hos mig – då antar jag att det också finns hos honom.« »Det är något hos honom som genererar det här hos mig.« Kanske det unika med den identifierade vändpunktstimmen ligger i spänningen mellan denna närhet och den nya tydligheten?

Vändpunkten beskrivs av terapeuten som att den kommer oanmäld. Det finns en upplevelse av närhet i känslan som uppstår i rummet. Terapeuten blir överrumplad. Förhistorien, som beskrivs närmare senare, handlar om terapeutens motöverföring, känslor av hopplöshet och modlöshet.

I vändpunktstimmen finns upplevelsen av att Linus blir tydligare och att relationen till terapeuten förändras. Terapeuten beskriver kontakten som »en levande kontakt« som kan beskrivas som »äkta«. Hon säger också ».. i dagens läge är .. vi två personer som samspelar som har ögonkontakt och närmar oss något som ändå är lek«. Terapeuten beskriver förändringen efter vändpunktstimmen: Linus har börjat internalisera aspekter av terapeuten. Exempelvis har han under perioder aktivt penetrerat papper och sandformationer med syftet att förstöra. Terapeuten har intervenerat genom att laga det förstörda. Efter vändningen uppmärksammar terapeuten att Linus inte bara förstör utan – »nu lagar han själv«.

Terapeutens motöverföring har förändrats. Från »brunnens botten« har hon gått mot »optimism«. Hon beskriver också att Linus enkla lekar tillsammans med terapeuten har »fått en mening« och ett sammanhang. Det finns en ny kvalitet i samspelet, menar terapeuten.

Här kan också noteras att handledaren i intervjun talar om hur terapeuten i glädje över vändningen åter »springer i förväg« så att hon ibland åter tappar kontakten med Linus. Handledaren uttrycker drastiskt att han åter fick »kommendera terapeuten tillbaka i korgen«. I handledningen har han talat om att: »Ska man rädda någon så kan man inte stå på stranden – man måste ned i det kalla, våta, mörka vattnet, då har man kanske en liten chans. Och man får inte ha för bråttom upp i tron att nu är det klart. Nej, det kanske just har börjat.«

Föräldrarna beskriver flera påtagliga förändringar under den termin då vändpunktstimmen inträffar. Man kan »ta med Linus i affärer« och man får »hålla honom i handen«. Han har slutat »riva sönder tidningar «och han accepterar att man »inte får allt«. Han börjar kunna skjuta upp behov och laddar upp »gosedjur« som får namn. Han har också börjat få ett intresse för andra barn, berättar föräldrarna. Han har blivit »lugnare« och »försvinner inte i sig själv«. »Linus har börjat fråga efter sin storebror.«

Mycket talar för att något viktigt händer vid tiden för vändpunktstimmen. Linus beskrivs redan dagen efter, av speciallärarен, »som ledsen och i behov av att få vara i fred«. Ett nytt beteende noteras. Han söker sig till trånga utrymmen och är mer genuint ledsen. Förändringen blir tydligare för föräldrarna efter påskuppehållet, som infaller drygt en månad efter vändpunktstimmen. Deras iakttagelser motsvaras av tydliga iakttagelser bland annat i gruppen.

Centralt i förändringen är att Linus blir tydligare som person. Barnterapeuten beskriver hur Linus uppmärksammar något utanför så att en gräns uppstår mellan utanför och innanför. Han framstår därefter som mer genuin i kontakt, skratt och blick. Han tittar på barnterapeuten och säger hennes namn. Speciallärarен noterar redan i februari att Linus vinkar när han åker iväg i sin taxi som hämtar honom från gruppvistelsen. Skrattet är äkta, noterar speciallärarен.

Föräldrarna betonar till exempel att Linus har fått ett »tidsperspektiv« kring påskuppehållet. Hans pappa lyfter fram att Linus har blivit »tydlig«. »Han markerar med kroppsspråk och de ord han har det han vill eller inte vill.« Föräldrarna noterar en ny »blyghet« som inte funnits tidigare. Att Linus reagerar på föräldrarnas frånvaro på ett nytt sätt beskriver både hans speciallärare och föräldrarna.

Man kan tolka dessa iakttagelser som att Linus har blivit en person som har börjat bygga upp egna mer adekvata gränser mot andra och som utifrån positionen att vara en egen person också kan sakna de viktiga objekten, längta efter dem och protesterar när de lämnar honom. Han har också börjat bygga upp mer adekvata strategier i förhållande till omvärlden i form av en blyghet

och uppladdning av mjuka djur som övergångsobjekt och ett intresse för andra barn och vuxna.

Det går, som framställningen hittills visat, att hitta en samstämmighet mellan de olika informanternas berättelser om Linus' förändring. Samtidigt kan man också konstatera att analysen av de olika informanternas perspektiv på förändringen visar en komplex bild bakom.

Faktorer bakom förändringen

Komplexiteten i frågan om vilka faktorer som kan tänkas ligga bakom förändringen i terapin med Linus tydliggörs när frågor ställs till materialet.

Vem har förändrats? En tydlig förändring kan beskrivas hos Linus. Förändringarna rör både kognitiva funktioner och det känslomässiga samspelet med omgivningen. Även personer runtomkring går igenom en förändring. En process har startat där alla med viss tidsförskjutning går igenom en period av pessimism av varierande styrka. Flera i behandlingsteamet har en period till och med tvivlat på om behandlingen är den rätta. Omkring tiden för vändpunktstimmen vänds pessimism till optimism och tvivel till hopp.

Var börjar förändringen? Analysen visar att förändringen inte börjar vid en speciell tidpunkt eller plats. Olika perspektiv kan anläggas. Från barnpsykoterapeutens horisont finns förändringen dock i det intensiva mötet som uppstår i vändpunktstimmen.

Går det att identifiera processer mellan de olika teammedlemmarna och föräldrarna som leder fram till förändringen? För barnterapeuten är upplevelser av vemod, tvivel, och pessimism starka sen en längre tid. I materialet framkommer att hennes pessimism ökar när handledaren också ger uttryck för ett visst tvivel när det gäller utvecklingen i terapin. Ett konfliktfyllt ämne i handledningen har sitt ursprung i att rapporterna från speciallärare, som träffar Linus i gruppen, är optimistiska. Det förstärker barnterapeutens känsla av att inte duga. Efter en intervention från handledaren lämnar barnterapeuten sin

»ambitiösa« hållning till att mer avvakta och vänta på ett initiativ från Linus. Den nya strategin upplevs som fruktbar.

Om man närmare granskar vad som låg bakom handledarens intervention i handledningen kommer en annan historia fram. Handledaren har en tid undrat »hur långt ner mot jorden terapeuten måste böjas« innan processen eventuellt vänder. I ett informellt samtal med en erfaren kollega som är ansvarig för verksamheten får han på sin fråga: »Hur långt ner?« svaret: »Ända ner!« Det ser ut att bli något av en vändpunkt för handledaren.

För föräldraterapeuten blir likaså en viktig punkt när hon i ett informellt samtal hör handledaren tala om sitt växande tvivel på Linus' utvecklingsmöjlighet. Hos föräldraterapeuten väcks försvar av den egna mer positiva inställningen men också eftertanke som leder över i en mer realistisk syn på Linus' problem. Hon beskriver också en parallell process hos föräldrarna. Den processen kan säkert ha påverkats av föräldraterapeutens nya mer realistiska syn på Linus. Hypotetiskt kan man tänka att föräldrarnas förändrade mer allvarstyngda syn på Linus också påverkar det direkta samspelet med honom.

En intressant reflektion kan göras när man konstaterar att den person som står längst bort från den direkta kontakten med Linus kan ta orden »Ända ner« i sin mun. Handledaren som i sin tur står närmare, men utanför det direkta behandlingsansvaret, kan se något annat än barnterapeuten som ibland kommer *för* nära Linus.

Speglas förändringen i teamsamarbetet? Teamet kring Linus slutar att träffas under en period av ett par månader. Kanske värjer man sig på så sätt mot den tunga stämningen som rullade in över hela ärendet. När man efter juluppehållet åter hittar tider varannan vecka i samband med lunchen finns återigen ett forum där man kan dela sina tankar.

Det har funnits olika sätt att se på Linus i teamet. Kanske är det så att teamet just har sin styrka i att någon eller några kan hålla hoppet uppe när någon annan behöver komma ner »på brunnens botten«? Barnterapeuten uttrycker sin tillfredsställelse med att teamet börjar träffas igen: »Då kan både hopp och tvivel få plats i gruppen.« Kanske barnterapeutens uppgift är att ta sig ner till

botten medan den mer pedagogiskt inriktade speciallärаren har en viktig uppgift när det gäller att konkret se framstegen. Om spänningen mellan synsätt får finnas kan kanske låsningar i förenklade synsätt hindras.

Vilka faktorer kan identifieras bakom förändringen? Även om inte terapeuten direkt beskriver tecken på att någon förändring var på gång hos Linus är det ändå flera spår som leder fram till vändningen. Ett »tyst« spår är kanske det faktum att terapeuten »fanns kvar« och ihärdigt försökte förstå vad Linus förmedlade, försökte som hon själv uttrycker det »skapa mening«. Man kan naturligtvis också fråga sig varför förändringen blev synlig just denna timma. En intressant omständighet är att vändpunktstimmen föregås av ett veckolångt uppehåll i terapin på grund av sportlov för både barnet och terapeuten. I tidigare studier (15, 16) finns flera sådana beskrivningar där uppehåll anges som en viktig faktor bakom förändringen. Kanske fick det rambrott, som uppehållet utgjorde, terapeuten och barnet att stanna upp. Det nya fick möjlighet att träda fram i relief mot den vanligtvis förutsägbara terapeutiska ramen.

En barnpsykoterapi bör alltid ses i sitt sammanhang (17). Här ger analysen ett intryck av att Linus har »burits« av många personers tänkande. Barnterapeuten har bidragit med sin ihärdighet och sina fasta ramar, föräldraterapeuten med sitt stöd till föräldrarna och speciallärаren genom att ge sin struktur på tillvaron till Linus. Andra personer, som handledaren, har burit dem som har varit i frontlinjen. Bakom alla har en »hållande« institution med en terapeutisk kultur funnits. Den erfarna kollegan som talade med handledaren kan i materialet representera institutionen. Föräldrarna har bidragit till utvecklingen genom att finnas för Linus och genom att möta hans behov.

Olika faktorer utanför terapin har säkert haft ett starkt inflytande. För att nämna några: Assistenten, som alla inklusive Linus tyckte om, slutade. Hon ersattes av en ny några månader före vändpunktstimmen. Den nya fick på sig att vara mindre bra – någon som inte riktigt tyckte om Linus. Handledaren konstaterar i intervjun att: »Någon måste vara den onda.« Det visar sig emellertid i flera intervjuer att den nya assistenten också har uppskattats för att hon

ställde adekvata krav på Linus. Han har vuxit med kraven och föräldrarna har blivit mer observanta på vilka krav de kan ställa på Linus.

Ytterligare en faktor som nämns av specialläraren är att dynamiken i gruppen har förändrats. Ett annat barn som tidigare ibland dominerade gruppen på ett negativt sätt har blivit lugnare. Kan den förändrade gruppdynamiken ha skapat ett större utrymme för Linus att utvecklas?

Läget vid uppföljningen

Bilden av att Linus förändras i flera avseenden, under den vår då barnterapeuten identifierar vändpunktstimmen och den närmast följande hösten, bekräftas i svaren på de frågor som ställdes till behandlingsteamets medlemmar och föräldrarna drygt ett halvt år efter vändpunktstimmen. Linus har då slutat på daghemmet och går sedan några månader på sexårsverksamhet med en ny assistent. Bland annat beskrivs en fortsatt positiv utveckling av Linus' språk vad gäller ordförråd och meningsbyggande. Han använder ibland treordsmeningar och »jag«, »du« och »mig«. Linus deltar i gruppverksamhet med andra barn mer och mer.

Sammanfattande kommentarer till analysen

Terapin med Linus illustrerar:

- En förändring som upplevdes av terapeuten som en vändpunkt. Det var en vändpunkt i den bemärkelse vi vardagligt lägger in i begreppet. Förändringen kom, för terapeuten, relativt oanmäld. Den förändrade hennes inställning till terapin genom att den skapade tydlighet i relationen till Linus. Det skapades hopp och terapeuten fick kraft att fortsätta.
- Terapeutens upplevelse av att en förändring inträffade även med Linus bekräftas av de övriga i teamet och av föräldrarna. De olika berättelserna skiljer sig i viss mån åt när det gäller tidpunkten för förändringen.
- Det är en mycket komplex bild av skeendet bakom förändringen som visar sig när förändringen speglas ur de olika perspektiven.

- En stark känsla skapas av att många personer runt omkring Linus har bidragit till förändringen. Individualterapeuten, med sin pålitliga närvaro och inriktning mot att förstå och att skapa mening, är en viktig person.

Några viktiga resultat av studien

Tidigare nämndes att terapin med Linus var en av tre terapier som skulle studeras särskilt i fråga om hur förändringsprocessen upplevdes av olika informanter. Startpunkten för datainsamlingen var tänkt att vara när barnterapeuten hade identifierat en vändpunkt. Två av tre barnterapeuter identifierade vändpunkter. En tredje terapeut ansåg sig inte identifiera någon speciell sekvens eller session som uppfyllde kriteriet. Datainsamlingen genomfördes, i det senare fallet, trots detta men med fokus på hur de olika informanterna upplevde förändringsprocessen mer allmänt.

Mot bakgrund av resultaten från de andra delstudierna stärktes, genom denna studie, tidigare fynd. Exempelvis stärktes fyndet att olika typer av förändringsprocesser kan beskrivas. En av de tre terapeuterna beskriver vad som kan kallas en »vändpunkt« i betydelsen att »något relativt oförutsett händer som leder till en bestående förändring«. Denna typ är dock, som andra studier visade, relativt sällsynta. Den andra av de två identifierade vändpunkterna kom som en av många mindre vändpunktsliknande förändringar. Den tredje terapeuten som aldrig såg någon vändpunkt betonade mer den ständigt pågående processen i terapin. Resultatet gav upphov till frågor som delvis kunde besvaras av fynd från andra studier. Kvarstår gör frågan om hur mycket av terapeuternas upplevelse av förändringsprocessen som kommer ur terapeuternas olikheter och vad som kommer ur det faktum att barnen är olika. Fynden ger upphov till intressanta frågeställningar som kan undersökas vidare.

Studien kunde också belysa hur de olika informanterna exempelvis barnterapeuten, föräldraterapeuten och föräldrarna alla såg förändringar men vad som förändrades beskrevs olika. De olika informanternas egna perspektiv slog igenom. När förändringarna identifierades av de olika informanterna var inte heller nödvändigtvis synkroniserat i tid.

För- och nackdelar med den använda metoden

Ett samlat intryck efter genomförandet av studien är att psykoterapiprocesser går att fånga på detta sätt. Insamlade data har gett erfarenhetsnära beskrivningar av utsnitt av terapiprocesser. Barnens föräldrar har sett det som något mycket viktigt att få vara med och bidra till att kunskaperna om barnpsykoterapi ökar. Psykoterapeuterna har också visat sig positiva till forskningen. En klar attitydförändring till forskning kan noteras hos de medforskande terapeuterna.

Några för- och nackdelar med metoden kan framhållas. Exempelvis har datainsamlingen varit tids- och resurskrävande. Detta faktum skiljer inte fokuserade systematiska fallstudier från andra forskningsmetoder. Datorprogrammet QSR NUD•IST (18) har varit till god hjälp framförallt när det gäller att organisera den stora mängden kvalitativa data.

Sättet att arbeta kräver ett psykoterapeutiskt kunnande hos forskaren. Fördelen med att ha ett sådant kunnande är att verklighetsnära beskrivningar kan göras. En nackdel, som jag nämnde tidigare, kan vara att psykoterapeuten som forskare kan ha svårt att ställa sig fri i förhållande till forskningsuppgiften.

När jag i efterhand ser tillbaka på mitt arbete kan jag se att analyserna ibland har tagit bort något väsentligt i terapeuternas ursprungliga upplevelse. Flera terapeuter i studierna gör reflektionen att den intellektuella analysen förändrar den ursprungliga upplevelsen i psykoterapitimmen. Paralleller kan dras till konstnärliga upplevelser som också kan förändras när man beskriver dem i ord. De gjorda analyserna visar trots detta att många väsentliga dimensioner i händelseförloppen går att fånga och att beskriva.

Olika metoder för insamling av data ger olika beskrivningar av fenomenen. En viktig del av studierna har bestått i att formulär fylls i. Dessa har utgjort ett viktigt komplement till intervjuer. Frågeformulär ger dock en, i jämförelse med intervjuerna, ytlig bild av de komplicerade fenomen som studerats. Den iakttagelsen har gjorts att intervjuerna på ett annat sätt fångar upp händelser i relationen mellan barnet och terapeuten.

Den aktuella forskningen har upplevts mer som ett viktigt bidrag än som ett hinder i de berörda terapierna. Många terapeuter beskriver hur forskningen har bidragit till en ökad medvetenhet om förändringsprocesser. Intervjuerna har många gånger upplevts som en form av handledningssituation. Inga negativa effekter har beskrivits. En moment som har bidragit till terapeuternas positiva attityd har varit att jag i möjligaste mån har återfört information. I några av delstudierna har också preliminära fynd från databearbetningen återförts till terapeuterna för att på så sätt validera dessa.

Min bedömning är att forskningsansatsen har varit fruktbar. Den har, menar jag, på olika sätt bidragit till att undanröja hinder för steget mellan klinik och forskning.

Abstract

Focused systematic case studies linking research and clinical work

The lack of research on processes in psychoanalytic child psychotherapy is evident. One factor underlying this is a reluctance among clinicians to participate in research. A methodological approach in which moments and episodes in therapies are thoroughly explored has, however, been successful in engaging therapists in the research process. The research method termed »focused systematic case studies«, is presented with an example from a study of different informants' experiences of the course of events in connection to what the child psychotherapist had identified as a turning point. The method used turned out to be a fruitful method and one which engaged the psychotherapists. Collected data contained descriptions of episodes from the psychotherapy processes which tally closely with experience.

Referenser

1. Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. *Forskning om barn- och ungdomspsykoterapi. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Ericastiftelsen, 2000.
2. Kazdin, A.E. Bridging child, adolescent, and adult psychotherapy: Direction for research. *Psychotherapy Research* 1995; **5**, 258-277.
3. Target, M. & Fonagy, P. The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. Ur A. Roth & P. Fonagy. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (263-320). London: The Guilford Press, 1996.
4. Carlberg, G. & Eresund, P. Forskarmöte om barnpsykoterapi. *Insikten* 1999; **1**, 48-51.
5. Schneider, H., Barwinski, R. & Fäh, M. Formulating models about change processes by rendering explicit the psychoanalyst's implicit knowledge: A dialoque between science and clinical practice. Ur M. Leuzinger-Bohleber, H Schnider & R. Pfeifer (ed.), *»Two butterflies on my head ..« Psychoanalysis in the interdisciplinary scientific dialogue* (309-320). Berlin: Springer-Verlag, 1992.
6. Safran, J.D., Greenberg, L.S. & Rice, L.N. Integrating psychotherapy research and practice: Modelling the change process. *Psychotherapy,* 1988; **25**, 1-17.
7. Weisz, J.R., Weiss, B. & Donenberg, G.R. The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist* 1992; **47**, 1578-1585.
8. Kazdin, A.E. Psychotherapy for children and adolescents. Current progress and future research directions. *American Psychologist* 1993; **48**, 644-57.
9. Talley, P.F., Strupp, H.H. & Butler, S.F. *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap*. New York: Basic Books, 1994.
10. Boalt Boëthius. S & Eresund, P. Internationellt forskarmöte om barnpsykoterapi. *Insikten* 2000; **4**, 46-49.
11. Carlberg, G. *Vändpunkter i barnpsykoterapi. Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck, 1999.

12. Elliott, R. & Shapiro, D.A. Client and therapist as analysts of significant events. Ur S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Red.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches* (s. 163-186). London: Sage, 1992.
13. Llewelyn, S.P. Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology* 1988; **27**, 223-237.
14. Mahrer, A. R. & Nadler, W.P. Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; **54**, 10-15.
15. Carlberg, G. Papper och trä har samma ursprung. Vändpunkter i barnpsykoterapi. *Ericastiftelsens rapportserie* 1996; Nr. 8.
16. Carlberg, G. Laughter opens the door: Turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 1997; **23**, 331-349.
17. Carlberg, G. Goda villkor för barnpsykoterapi. *PsykologTidningen* 2001; **23-24**, 4-7.
18. QSR NUD•IST Version 4. Application Software Package Melbourne, Qualitative Solutions and Research, 1995.

FORSKNING I BØRNEPSYKOTERAPI

Matrix 2001;1-2, s. 93-124

Knud Hjulmand

Børnepsykoterapi har en lang, egen tradition som klinisk praksisfelt. Den empiriske forskning i børnepsykoterapi er derimod svagt udviklet og præget af forsinkelser i forhold til psykoterapiforskning på det voksenkliniske område. Artiklen præsenterer i oversigtsform både centrale problemstillinger og vanskeligheder, når der forskes i denne praksis, ligesom gennemgående rapporterede empiriske fund på området og de anvendte metoder refereres og kritiseres. Forskningen har overvejende beskæftiget sig med klientel og behandlingsformer, som ikke genkendes fra praksis og dermed ikke bidrager til udvikling af denne. Dette gælder i særlig grad for psykoanalytisk børnepsykoterapi. Artiklens pointer er bl.a., at børnepsykoterapien har sine særlige karakteristika, som må medtænkes i undersøgelsesdesigns, og at der er udtalt behov for en forskningsindsats, der beskæftiger sig med den reelle kliniske praksis: at forskningen lytter til klinikkens erfaringer.

Når man som børnepsykoterapeut betragter foreliggende forskning på området, er det slående, at den beskrevne praksis ofte virker fremmedartet og fjern fra gængs praksis. Det er så at sige en anden form for børneterapi, herunder med ikke-genkendeligt klientel og terapeutkarakteristika, som indgår i de større, ofte amerikanske forskningsrapporteringer på feltet, end de i hvert fald herhjemme almindeligt praktiserede behandlingsforløb med børn i klinikken.

Når man som forsker betragter feltet rammes man af følelsen af efterslæb; at børneområdet også her lider under mindreværd i forhold til sin dominerende »storebror« – psykoterapiforskning med voksne klienter.

Der er med andre ord en betragtelig og beklagelig *kløft* mellem forskningsfokus og klinisk praksis, mellem laboratoriestudier og naturalistiske studier, som er ufrugtbar og udynamisk. Samtidig synes det, som om den kliniske børnepsykologi vedvarende må trækkes med *efterslæbet*. Der er åbenlyst brug

for forskning i kliniske populationer, »rigtige børn« som de ses i behandlingsinstitutioner; forskning i anvendt praksis, hvor indgår »rigtige« terapeuter og genkendelige rammer; og forskning i og med anvendelse af teoretiske refleksioner om udvikling og behandlingsteknik. Der kan herudfra skabes grundlag for frugtbart at videreudvikle temaer, der integrerer teori-og-praksis, og forbedrede måleinstrumenter til meningsfuldt at vurdere problemstillinger (barnets lidelse, problem, diagnose), terapiprocesser, terapeuter og terapieffekter.

Børnepsykoterapiforskning vis-à-vis klinik og voksenområde

Mit ærinde, blandt flere, er i forskningssammenhæng at beskæftige mig med klinisk relevant forskning inden for feltet, eller med andre ord medvirke til at bearbejde den afstand og de modsætninger, der tydeligt findes mellem forskning og praksis.

Der er lejrtænkning på begge sider. Boston (1989) har i nogle efterhånden klassiske arbejder om forskningsmetodologi i psykoanalytisk børnepsykoterapi anvendt to prototypiske udsagn, der repræsenterer de modstillede lejre (1, 2).

Praktikere i klinisk psykologi og psykoterapi betragter ofte den klassiske forskers data og rapporteringer som indeholdende kunstige, meningsløse og klinisk fremmedartede data og forhold, som Malan (3) har formuleret:

> »… too many researchers have all along been studying meaningless and irrelevant variables, in order to measure something, because it is too difficult to isolate and measure meaningful and relevant ones«.

Modsat har forskere til stadighed kritiseret den teoribaserede og ofte kritikimmuniserende tilgang, som særligt psykoanalytisk psykoterapi beskyldes for at praktisere, hvor en ganske subjektiv tilgang ikke tillader operationalisering eller kritik, især fra de ikke-analytisk orienterede forskere:

> »Psychoanalysis is burdened with a theory that permits the invalidation of attempts to alter it as well as disqualifying techniques outside the analytic framework« (Fish 1965). (4)

Der er naturligvis, så længe lejrtænkning og fastlåste positioner bevares, massiv risiko for et ufrugtbart leje, hvor ingen lærer og udvikler sin praksis – eller blindt bibeholder og konserverer *sin* tilgang. Ideelt må fordres, at man på begge sider af kløften kontinuerligt, og kritisk-reflekterende, bidrager til og lærer af »den anden lejr«. Der er brug for, at vi i daglig terapeutisk arbejde forholder os til, lærer af og søger at inddrage de vurderinger og resultater, man i psykoterapiforskningen rapporterer, i det konstante videreudviklingsarbejde med kvalitetskontrol og forbedring af arbejdet. Der er i høj grad brug for, at man i forskningen lærer af og konkret inddrager kliniske erfaringer og tager højde for kompleksiteten heraf, så man ikke forenkler det reelt sammensatte billede til uigenkendelige »terapi-variabler«, som nok kan kvantificeres og operationaliseres som forskningsenheder men ikke giver praktikeren mening og dermed nytte.

Der har generelt set været to hovedlinier i systematiseringsbestræbelser på det psykoterapeutiske felt. (a) *Kasuistikker*, hvor man på baggrund af ganske få case-beskrivelser søger at generalisere terapeutiske effekter og processer. Her undersøges specifikke momenter i en terapi, ofte specifikke symptomer med globale procesbeskrivelser og ofte med udgangspunkt i dynamiske terapiformer som den psykoanalytiske. Overfor står en mere »hardcore-tradition«, centreret om (b) *objektive målinger*, hvor man definerer specifikke kriterier, bygger på forskellige måleinstrumenter og overvejende har fokus på effektmåling. Fremtidsperspektiver ligger nok i en (c) *kombinationsmodel* af disse mere renlivede henholdsvis kvalitativt og kvantitativt orienterede tilgange, hvor jeg til slut i artiklen vil pege på et nyt perspektivrigt eksempel, det nyligt påbegyndte svenske EPOS-projekt. I hvert fald kan man frygte, at den nævnte kløft bevares, hvis ikke klinikere beskæftiger sig med også den forskningstradition, som anvender mere traditionelle videnskabsidealer, og sætter sig ind i de her anvendte metoder og opgørelsesmåder. (Opstillingen er inspireret af et foredrag af Boalt Boëthius 1999 (5)).

Som på adskillige andre områder er det hertil slående, at børneområdet halter gevaldigt efter voksenområdet og den generelle forskningsudvikling, her på området psykoterapiforskning. Forskning i psykoterapi med børn og unge karakteriseres som haltende 15 år bagud i forhold til tilsvarende forskning i voksenterapi (5). Samtidig må dog tilføjes, at der de senere år er kommet en del nyudvikling på feltet, ligesom der kan peges på lovende udviklinger inden for både teoriudvikling og forskningsfeltet, som burde bidrage til bedre grundlag for børneterapiforskning og facilitere nyudvikling her. I dag kan flere såkaldte »nonspecifikke faktorer« gøres mere specifikke og operationalisérbare, ligesom revisioner og finjusteringer inden for psykoterapiforskning (med nogle forbehold) kan adopteres i nye designs på børneområdet (man behøver jo strengt taget ikke starte forfra, begå samme fejl og selv erfare, hvad andre måtte have lært), og der er i de senere år sket en massiv styrkelse af grundforskning især med spædbørn, som kan indarbejdes i forskningsoplæg; udviklingspsykologien vil *altid* være af afgørende betydning i al form for forskning omhandlende børn. Samtidig må det erkendes, uden at skulle »undskylde« et *så* iøjnefaldende efterslæb som gør sig gældende, at *forskning i børnepsykoterapi er vanskeligere* og mere mangesidet end psykoterapiforskning i voksenterapeutisk kontekst. Der indgår qua børneterapiens egenart og sammensathed nødvendigvis flere og tendentielt vanskeligt isolérbare faktorer, når man med forskningsøjne vurderer det børnepsykoterapeutiske felt. Nogle af disse nævnes nedenfor. Det er dog i udgangspunktet logisk for de fleste, at selve den igangværende kontinuerlige modningsproces hos børn kan være uhyre vanskelig at isolere fra rene terapeutiske agenter, at børn vanskeligt kan formulere og vurdere proceselementer og deres udsagn opleves vanskelige at sætte lid til i vanlig forståelse af objektivitet og pålidelighed (jf. også aktuelle debatter om kvaliteten af børns vidneudsagn). Desuden er børn, med betragtelige indbyrdes variationer i kognitivt udviklingsniveau, som bekendt generelt, såvel som specifikt i terapeutisk sammenhæng og i f.eks. forskningsinterview, mindre verbalt orienterede og i stedet ofte kommunikerende i (symbolsk) leg og optaget af selve kontakten frem for indhold. Endelig er børn jo forbundet med og afhængige af forældre eller andre primære voksenpersoner.

Kløften kan måske forekomme særlig stor på det børneterapeutiske område, ligesom modstanden mod generalisering og manualisering er det; i det hele taget er det for mange klinikere vanskeligt at tro på, at man kan systematisere og kvantificere den børneterapeutiske kunst. Nogle anser denne som værende *for* kunstfærdig, intuitiv og spontan, synes jeg, i hvert fald bør det ikke i sig selv være argument for ikke at forsøge at indfange og systematisere børneterapeutisk praksis. Hvorom alting er: børnepsykoterapi kræver mere fleksibilitet, særlige terapeutiske evner (herunder en vis bekendthed med barneverdenens facetter, udviklingsforståelse og vanthed med at arbejde i og med systemer – organisatorisk som i familiesammenhæng), man er ofte i højere grad nødt til at følge klientens vej og denne er i højere grad omskiftelig, »primitiv« og uforudsigelig. Blandt andet af disse grunde har jeg til stadighed postuleret, at *børneterapi* er et *vanskeligere* gebet end voksenterapi (6). Både som forskningsfelt og som terapeutisk praksis bliver påstanden således, at der gør sig helt særlige forhold gældende på børneområdet, hvorfor det er nødvendigt at anføre de vigtigste grundkarakteristika.

Hvad er (psykoanalytisk) psykoterapi med børn?

Der skal her kun anføres enkelte grundkarakteristika. Det er tillige i det følgende underforstået, at der tænkes på *psykoanalytisk* børnepsykoterapi og ikke forskellige former for kortvarige konsultationsforløb eller adfærdsmodificerende teknikanvendelser.

Selve det forhold, at klienten er et *barn*, indebærer eller medfører ganske særlige konsekvenser, som får betydning også for forsøg på at systematisere, operationalisere og »måle« virksomheden og dens resultater, som er essensen i psykoterapiforskning. De grundlæggende karakteristika kan formuleres således:

(a) Barnet søger sjældent selv psykologhjælp; det gør forældre eller andre bekymrede voksne omkring barnet. Der er automatisk her indbygget mulighed

for massive variationer mht. »indsigt« og »motivation« som disse begreber sædvanligvis opfattes (i primært voksenklinisk sammenhæng).

(b) Selve behandlingen vil oftest (i ambulant regi) kræve et vist samarbejde og forståelse med forældrene, som ikke blot skal overholde aftaler på barnets vegne, men som dets primære voksne ofte forventes at støtte terapien i sin daglige (ekstraterapeutiske) kontakt med barnet. På samme tid er forholdet forældre-barneterapeut et sammensat felt, der kan give anledning til mangfoldige fantasier, konflikter og oftest megen ambivalens. (Jf. også Karen V. Mortensens artikel i dette *Matrix*).

(c) Barnet befinder sig i konstant udvikling og har (indtil en vis alder) sjældent udviklet den avancerede form for refleksion og relatering, som udgør grundlaget for terapeutisk proces og relation i vanligt (voksen-)analytisk arbejde.

(d) En overvejende del af de fleste psykoterapiforløb med børn inden adolescensalderen foregår på symbol- og legeplan eller på anden vis i handlinger, modsat den traditionelle »talking cure«, der karakteriserer psykoanalytisk terapi med voksne.

Disse karakteristika får hver især og tilsammen vidtrækkende konsekvenser for behandlingsforståelsen såvel som for forskningsmetodologi på området.

I psykoanalytisk børneterapi, sådan som man (mange af os) generelt har praktiseret dette, er der ud over tendensen til at læne sig op ad *voksen*terapien en markant tilbøjelighed til at forholde sig ud fra idealer og rationaler fra den egentlige *psykoanalyse*, uden at man altid gør sig klart, hvorvidt eller i hvilken udstrækning disse direkte lader sig applicere på det børneterapeutiske felt og på en behandlingssetting med ugentlige sessioner. Forsinkelsen kommer i denne sammenhæng til nærmest at »slå dobbelt tilbage« på børneterapien i (gen)erkendelsen af gamle positioner, der er blevet forladt i bestræbelserne på at underordne sig psykoanalytiske idealer, der imidlertid i mellemtiden er blevet nuanceret i generelle psykoanalytiske diskussioner – netop i

retning af de nu forladte, tidlige holdepunkter. Det gælder synspunkter på overføringen, eller rettere fremhævelse af realaspekter ved den terapeutiske relation, det gælder eksempelvis synspunkter på virksomme terapeutiske interventioner, hvor *»andet-end-tolkning«* (»something more than interpretation«, jf. Stern et al. 1998 (7)) tiltagende fremhæves. Det var jo netop nogle af Anna Freuds oprindelige, »gammeldags« tanker, som siden blev så kraftigt imødegået og beskyldt for værende uanalytiske, at vi i dynamisk børneterapeutisk praksis er nødt til at forstå den unikke interaktion bredere end ud fra klassisk koncentration om overføring og tolkning. Også her er børneterapeutisk praksis »bagud« ift. psykoanalytisk voksenterapi.

Denne mere behandlingsteoretiske diskussion skal dog ikke fortsættes på dette sted, hvor formålet er kritisk at præsentere forskningen. Liselotte Grünbaum (2000) har leveret nedenstående kleinianske (Meltzer-inspirerede) definition, der for nærværende kan række og indfanger essensen i behandlingsmetoden:

> »Ved *psykoanalytisk psykoterapi med børn og unge* forstås den særlige *dialog mellem terapeut og barn*, som sættes i bevægelse som følge af a) terapeutens etablering af *et terapeutisk miljø*, det vil sige bestemte rammebetingelser for det dyadiske forhold, hvori et *overføringsforhold* kan udvikles og forankres; og b) anvendelsen af *terapeutisk intervention*, hvormed terapeuten formidler sin forståelse til barnet af, hvad det her og nu (i handling, leg, holdning og verbalt) bringer ind i relationen« (8, s. 246).

Effektforskning i børnepsykoterapi

Der er i psykoterapiforskning tradition for at skelne mellem effekt- eller outcome-forskning (»virker det?«) på den ene side over for procesforskning (»hvordan virker det«) på den anden. Det *er* en absolut essentielt forskellig form for fokus (ofte også forskellige metoder, eventuelt tillige tænkning og forsknings-/videnskabssyn), man i udgangspunktet har, når man henholdsvis

fokuserer på resultater og målelig virkning kontra relationen, dynamikken, processen og de interne detaljer i behandlingsforløb. Samtidig kan man dog indvende, at det ved nærmere betragtning kan blive for kunstigt og bastant altid at skelne og adskille de to tilgange. Helt banalt: Hvad nytter det at analysere sig frem til, at noget bestemt virker (bedre end andet) uden at kunne indfange de nærmere omstændigheder omkring, hvordan og på hvilken måde disse resultater fremkommer? Og tilsvarende: Hvad nytte har vi af at kunne analysere og identificere bestemte iøjnefaldende elementer, delprocesser og events i den terapeutiske proces, hvis der ikke tilknyttes overvejelser om, hvorvidt og hvordan de har terapeutisk, kurativ virkning og effekt?

Uomtvisteligt eksisterer dog en markant polarisering *inden for* psykoterapiforskning mellem disse hovedtilgange, til tider med en blind gensidig nedvurdering, der afspejler en egen kløft på forskningssiden af den indledningsvis nævnte kløft over for klinisk praksis, som i sine ekstremer kan trækkes (lettere karikeret) op: I effektforskningen af den mere traditionelle slags – hvor Research så at sige skrives med stort »R«, som André Green siger det i sin inspirerende kritik (9) – er opmærksomheden rettet mod at måle, veje og kvantificere ydre adfærd; i procesforskningen gives ofte plads til også at inddrage subjektive tolkninger af indre processer. Man risikerer imidlertid blandt de forskellige data fra forskningsrapporteringer at mangle brugbare og generalisérbare resultater fra begge lejre.

Men lad mig her for overblikkets skyld bruge den vante skelnen – og starte med et noget raskt overblik over undersøgelser og forskningsresultater fra *effekt*forskningen: virker børneterapi, hvilke resultater findes?

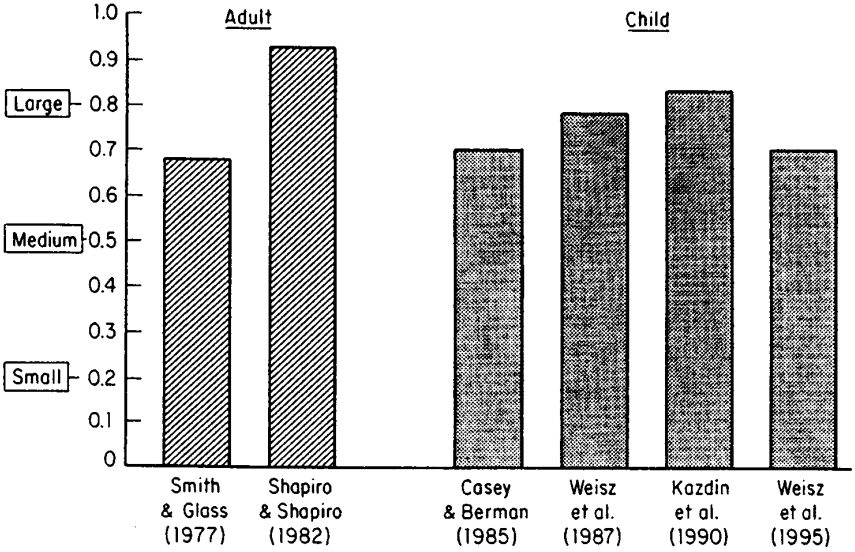
Efterhånden eksisterer der adskillige forsøg på at samle op på netop dette spørgsmål, dels i form af såkaldte »metaanalyser« af foreliggende publicerede empiriske resultater, dels i forskellige oversigtsarbejder (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Et uovertruffent værdifuldt oversigtsværk på hele feltet, som varmt kan anbefales, er lavet ved *Ericastiftelsen* i Stockholm under ledelse af Siv Boalt Boëthius og nyligt kommet i anden, reviderede udgave (19). Heri gennemgås, foruden opsamling af resultater i empirisk forskning, væsentlige problemstillinger, dilemmaer og mangler i den foreliggende forskning i børne- og ungdomspsykoterapi.

Den »regelrette« videnskabelige metode til at finde svar på spørgsmålet er som klar hovedregel at måle og sammenligne efterterapeutisk rapportering eller screening (ofte med inddragelse af de mest udbredte symptom-tjeklister) med en førterapeutisk måling af samme variabler (f.eks. omfang eller lidelsesgrad af et bestemt symptom) med en udvalgt, videnskabeligt set homogen gruppe børn – hvor der i tillæg foretages samme målinger og med samme frekvens på en helst tilsvarende størrelse population børn med samme diagnose, lidelse eller symptomatologi, men som *ikke* har modtaget (samme) behandling. Hermed postuleres selve behandlingen og dens effekter isoleret som afhængig variabel, således at fremfundne forskelle mellem den ændring, der måles hos de behandlede børn i forhold til hos ikke-behandlede børn betragtes som resultater forårsaget af pågældende terapeutiske behandlingsforløb. Standardmåleenheden i outcomestudier er en statistisk standardafvigelsesberegning af forholdet mellem den målte effekt for behandlede børn over for tilsvarende fremfundne ændringer hos kontrolgruppen af børn, som ikke har fået behandling. Dette *effektmål* kan udtrykkes i procent eller oftest i decimaler. Når man som tommelfingerregel gør gældende, at et effektmål på 0,50 er »rimeligt«, indebærer tallet, at det i pågældende undersøgelse gennemsnitligt behandlede barn fungerer bedre end (eller rettere har opnået en målt bedring, der overstiger) 50% af de ikke-behandlede børn. Effektmål omkring 0,80 betragtes som et rigtig godt og overbevisende udslag af vellykkede terapeutiske resultater, mens 0,20 defineres som lavt effektmål – om end fortsat udtryk for, at behandling giver bedre resultater end ingen behandling.[1] Inden for det enkelte undersøgelsesdesign søges tillige de anvendte metoder eller terapeutiske tilgange beskrevet, således at man kan »bevise« om en bestemt terapiform virker på pågældende symptom eller, om kognitiv terapi er mere virkningsfuld end en »psykodynamisk« eller Rogersk »klient-centreret« tilgang over for en bestemt problematik. I *metaanalyser* samles og sammenlignes så i en kvantitativ oversigtsopgørelse en række foreliggende empiriske resultater, alle foretaget med kontrolgrupper og mulighed for udregning af effektmål, således at man med inddragelse af en større mængde data mener at kunne videnskabeligt dokumentere »resultater« angående effektvirkninger af børneterapi og hitlisten over de mest virkningsfulde terapeutiske retninger.

Psykoterapiforskning med mere systematiske empiriske designs fik først i efterkrigstiden begyndende udbredelse (vanen tro med voksenterapeutiske undersøgelser nogle hestehoveder foran de børneterapeutiske). Der herskede i mange år tvivl om, hvorvidt man fra forskningshold overhovedet kunne pege på nytte og positive »resultater« af børneterapi. En klassisk undersøgelse af Levitt (1957) stod længe som *modbeviset* over for effekt af børnepsykoterapi; her sammenlignedes en større gruppe »neurotiske« børn, som havde fået psykoterapi, med en anden gruppe børn, der var blevet henvist, men havde trukket sig fra behandlingen (20). I denne metaanalyse sås ingen afgørende forskel mellem de to grupper, hvorfor Levitt konkluderede, at »studierne tilbageviste, at psykoterapi med neurotiske børn har nogen effekt«. Undersøgelsen er, i flere henseender med rette, siden blevet stærkt kritiseret og stillet spørgsmålstegn ved. Faktisk viste Levitts studium, at der *var* positiv effekt for terapibørnenes vedkommende, målt på kriterier om forbedring af tilstand og symptomer – 2/3 ved behandlingsafslutning og 3/4 ved follow-up – konklusionen er en følge af, at der var næsten samme rapporterede forbedring i kontrolgruppen, og *den* kunne man nok betvivle i dette design. Drop-out børn vil ofte være tilfælde, hvor børn og forældre pga. familiære/sociale ændringer eller oplevet bedring ikke længere ser behandlingsbehov.

Hvis vi foretager et tigerspring fra dette meget tidlige forsøg på effektvurdering til de nyere metaanalyser, vil man i dag konkludere, at forskningen – ud fra egne præmisser – har dokumenteret, at *psykoterapi med børn har effekt, og den er lige så effektiv som voksenterapi*. Dette er, set fra terapeutisk hold, naturligvis en tilfredsstillelse at få bekræftet; men den vanligvis anvendte forskningspraksis finder jeg, som jeg nedenfor diskuterer, ganske mangelfuld og kritisabel set fra en psykoanalytisk børneterapeuts vinkel. De rapporterede effektmål svinger her omkring næsten 0.80, svarende til en statistisk-videnskabelig påstand om, at det gennemsnitligt behandlede barn fungerer bedre end 75-80 % af de ikke-behandlede. I nogle studier mener man tillige at have belæg for vurderingen, at adfærdsterapier gennemgående har større virkning, de psykodynamiske mindst.[2]

De overordnede fund ses af følgende figurer over henholdsvis effektmål i større metaanalyser af børne- og voksenterapi (fig. 1) og tabel over effektmål i repræsentative kontrolgruppedesigns i børneterapiforskning (fig. 2).



Figur 1: Gennemsnitlige effektmål fundet i metaanalyser af psykoterapi med voksne og med børn (13, s. 65; oprindelig i (21)). De inkluderede metaanalyser af børnepsykoterapi fremgår af referencerne til herværende artikel: 11, 18, 15, 22.

Review	Number of studies	Target problem, therapy, or population	Mean ES if applicable
		Control group designs	
Arnold Myette & Casto (1986)	30	Preschoolers with mental retardation and language problems	0.59
Barth (1979)	24	Home-based reinforcement	
Batts (1987)	40	Teacher consultation	0.66
Beelmann, Pfingsten, & Lösel (1994)	49	Social competence training	0.47
Casey & Berman (1985)	64	Behavioral and emotional problems	0.71
Casto & Mastropieri (1986)	74	Preschoolers with developmental disabilities	0.68
Durlak, Fuhrman, & Lampman (1991)	64	Behavioral problems	0.56
Durlak, Wells, Cotton, & Johnson (1995)	516	Behavioral and emotional problems	
Dush, Hirt, & Schroeder (1989)	48	Self-control therapies	0.32
Forness & Kavale (1996)	53	Learning disabilities	0.21
Houts, Berman, & Abramson (1994)	66	Enuresis	
Lipsey (1992)	397	Juvenile delinquents	0.17
Lyman & Campbell (1996)	34	Inpatient and day treatments	
McGlinchey & Durlak (1997)	178	Internalizing disorders	0.42
Medway & Updyke (1985)	42	Teacher consultation	0.71
Ottenbacher & Petersen (1985)	38	Preschoolers with organic impairments	0.97
Pfeiffer & Strzelecki (1990)	34	Inpatient treatment	
Reeker, Ensing, & Elliott (1997)	15	Group treatments for sexually abused children	0.79
Schneider (1992)	79	Social skills training	0.80
Serketich & Dumas (1996)	26	Behavioral parent training	0.86
Shadish *et al.* (1993)	163	Marital and family therapies	0.51
Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz (1987)	105	Behavioral and emotional problems	0.79
Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton (1995)	150	Behavioral and emotional problems	0.71
White (1985–1986)	65	Preschoolers with developmental disabilities	0.65

Figur 2: Oversigt over outcome research i kontrolgruppedesigns med børneterapi (12, s. 526). »Mean ES« i højre spalte angiver den fundne gennemsnitlige ***effektstørrelse****, som defineret i teksten.*

Procesforskning i børnepsykoterapi

Vender vi os herefter mod forsøg på at indfange forskningsresultater vedrørende terapi*proces* er det for det første slående, at dette område halter gevaldigt efter mht. større undersøgelser og generalisérbare såvel som klinisk relevante designs.

Dernæst præges området naturligt af en markant variation og diversitet. Der undersøges forskelligartede terapeutiske agenter, processer og implikationer – og med anvendelse af en bred vifte forskelligartede metoder og instrumenter. Jeg skal primært dels fokusere på mere *generelle* tendenser inden for procesforskningsområdet, som de fremgår af forskellige statusrapporter og oversigtsarbejder (13, 14, 15, 19, 23, 24, 25, 26, 27), dels særligt interessere mig for studier omhandlende eller med potentiel betydning for egentlige *kliniske populationer* og især området *psykoanalytisk psykoterapi* med børn og unge.

Procesforskningen er fortsat endnu i spædbarnealderen, hævder Bob Russell (1999) i en opsamlingsartikel (24, s. 541), hvor der gøres spredte og ofte videnskabeligt set usystematiske forsøg på at vurdere en myriade af problemstillinger. Man bruger ofte at skelne mellem forskellige foki for studier af den terapeutiske proces i børnepsykoterapi, som i hovedgrupper af behandlingsvariabler kan være: (a) tekniske processer, (b) relationsprocesser, (c) børnekarakteristika og (d) terapeutvariabler. Man må imidlertid for nærværende konkludere, at der ikke fra forskningshold er overbevisende belæg for ret mange konklusioner på områderne.

Shirk & Russell (25) har leveret det mest gennemarbejdede grundlag for processtudier på børneområdet og tillige opsummeret den hidtidige forskningshistorie. De tidligste studier i denne tradition (af Lebo, Moustakas m.fl. i 1950'erne) var alle udført inden for den klient-centrerede terapitradition fra Rogers (og specifikt for børneterapi: Axlines nondirective play therapy). Siden blev flere terapiformer studeret, og først i 1970'erne blev der publiceret børnepsykoterapi-procesforskning af decideret videnskabelig karakter, især arbejder af Truax og medarbejdere, som med inspiration fra voksenforskning undersøgte og udviklede skalaer til scoring af terapeutvariabler (empati, varme,

autencitet) ud fra båndoptagne børneterapisekvenser med uafhængige bedømmere (28, 29, 30). Disse scoringer af »terapeutbidrag til alliancen« blev sammenholdt med udfaldskriterier i ratingscales for professionelle og forældre, og forskningen havde således stedvist karakter af kombineret »process-outcome study«. Siden er udviklet yderligere bud på særligt skalaer og kodningsskemaer til måling af terapeutiske agenter og interaktion. Det seneste tiår har budt på betydelig udvikling på flere fronter. Især har flere forskere, inspireret af mange succesberetninger fra psykoterapiforskning med voksne, arbejdet med at udvikle instrumenter og processkalaer til analyser af *den terapeutiske alliance* i børneterapi (26, 31, 32). Konstruktionen er som i mange alliancescales, der efterhånden er vidt udbredte på voksenområdet, opbygget med skalaer til raterscoring af henholdsvis børnefaktorer og terapeutfaktorer omhandlende relateren, parathed, deltagelse, varme og empati m.v. – som så ofte med inspiration fra Bordins klassiske analyse (1979, 33) af den terapeutiske alliance differentieret i dels affektive og dels mere målrelaterede elementer. Arbejdet virker forskningsmæssigt lovende og umiddelbart besnærende at forsøge at anvende i klinisk forskning, om end jeg fra et psykoanalytisk perspektiv har nogle basale betænkeligheder vedrørende selve den implicerede allianceforståelse (jf. nedenfor). Samtidig med disse forsøg, der metodologisk primært har været rettet mod at udvikle instrumenter til brug for professionelle ratere, forekommer i andre studier bestræbelser på mere direkte at indfange og bruge *deltagerperspektiver* fra både terapeuter og barneklienter og forsøge at systematisere disse ofte subjektive, fænomenologiske beskrivelser (eller: narrativer) i betydningskategorier (25, s. 133ff).

Russell (24) opfordrer i dag til særligt at beskæftige sig med dét, psykoterapi grundlæggende består i: symbolsk transaktion og kommunikation. Han anbefaler procesforskningen at gøre brug af den grundforskning, sprog- og kommunikationsvidenskaberne har indhøstet, til næranalyse af den terapeutiske diskurs, gerne med anvendelse af såkaldt »P-Technique« til rating af diskurselementer. Der findes en række sådanne forsøg inden for forskning i voksenpsykoterapi, som vil føre for vidt at behandle nærmere her, mens der ganske rigtigt er påfaldende fravær heraf på børneområdet, hvilket må betragtes

som lidt af et paradoks. Det *er* jo netop den ofte symbolske interaktion og udveksling, der fremhæves som kendetegn i dynamisk og »indsigtsorienteret« børnepsykoterapi. Dog må man tilføje, at sådanne studier optimalt set bør række ud over analyser af den rene verbale transskription, som en del studier anvender i voksenterapeutiske sammenhænge, for i stedet eller tillige at udvikle metoder til systematisk at indfange den handlingsbaserede eller nonverbale kommunikeren, der ofte er så fremtrædende i terapeutisk behandling af børn.[3]

De højtbesungne alliance-undersøgelser, der med voksen- og efterhånden med børneterapiforløb er så populære og gentagende gange fremhæves som afgørende forskningsfokus, vil jeg knytte enkelte kommentarer til. Det er efter min opfattelse et spørgsmål, om de udarbejdede alliancescales i realiteten omhandler den dynamiske alliance i egentlig psykoanalytisk forstand, trods den eksplicitte inspiration fra psykoanalysen som blandt andre Bordin (33) i sin »panteoretiske« allianceforståelse angiver. Med anvendelse af skalaer, som konstrueres ud fra bestemte, specifikke og målrettede elementer og til tider brugt som selvrapporteringer fra terapeut og klient, kan dog kun indfanges begrænsede aspekter omhandlende bevidste og voluntære størrelser: mål, indstilling og ønsker, oplevelser af varme, interesse, gensidighed, sympati, empati og villighed med mere (jf. også 6, s. 140-143). Dette er for det første en reduktion af det psykoanalytiske alliancebegrebs kompleksitet, for det andet nogle særligt vanskelige forhold at vurdere i børneterapeutisk kontekst (jf. også 8, s. 261ff) – og for det tredje (men fælles med meget foreliggende terapiforskning) en fokusforskydning væk fra de vurderingsmæssigt afgørende proceselementer i psykoanalytisk terapi, *det ubevidste*, *den symbolske interaktion* og *overføringsrelationen*. Selv når man nærlæser de mere psykodynamisk baserede fremstillinger af terapeutisk alliance- og relationsforskning, forekommer det mig, at den ofte anvendte men sjældent nærmere ekspliciterede terapiform i mange designs og fremstillinger, herunder de hidtil publicerede danske arbejder (en lang række artikler de seneste år af Carsten René Jørgensen og videnskabelige oversigter af Susanne Harder (34, 35)) er en såkaldt »*interpersonel*« psykoanalytisk tilgang, som jeg imidlertid vurderer som væsensforskellig fra de dominerende børneanalytisk inspirerede praksisformer

(med Klein, Anna Freud og Winnicott som hovedinspiratorer), vi oftest gør brug af i behandlingsarbejde med børn. Selvom fokus her er på relationer og særligt intrapsykiske oplevelser af Selv og Anden (introjektioner og projektioner) bliver den konkrete behandlingsform sjældent konkretiseret eller eksemplificeret – men samtidig stedvist fremstillet som repræsenterende den moderne psykoanalytiske eller »psykodynamiske« terapipraksis. Jeg betragter fra et psykoanalytisk standpunkt den Sullivan/Alanson White-baserede interpersonelle psykoterapi, hvor særligt Lorma Benjamin er nutidig foregangskvinde (36), som i realiteten implicerende to-tre skridt tilbage (til Sullivan) og et skridt frem mod nyere relationstænkning.[4] I hvert fald tvivler jeg på, at det er i denne tilgang, den *psykoanalytiske psykoterapeut* finder støtte og inspiration; det *er* jo netop kardinalpunkter som *drifterne* og *det ubevidste* på teoriområdet samt *overføringen* og (indholds-, overførings- og genetiske) *tolkninger* på det behandlingstekniske felt, der i denne tradition skubbes i baggrunden.

Af særlig interesse for engagerede i psykoanalytisk børneterapi og med klar relevans for en dansk tradition, hvor der i institutionel sammenhæng anvendes en relationsorienteret og psykoanalytisk baseret »legeterapi« med børn 1-2 gange om ugen, med fokus på intrapsykiske vanskeligheder og med parallel forældrebehandling (eller -kontakt), er til gengæld svenskeren Gunnar Carlbergs processtudier og afhandling (1999) om *vendepunkter i børnepsykoterapi* (37, 38, 39). Her forskes i *den etablerede klinik,* med forholdsvis få men intensivt kvalitativt vurderede behandlingsforløb og hvor forskeren anvender en tilgang, der har stor metodelighed med sin genstand: den psykoanalytiske proces. Denne inkluderer bl.a. en åbenhed over for det uventede, respekt for psykoterapiens egenart, grundige refleksioner frem for faktuelle slutninger og en koncentration på teoretisk forankrede synspunkter på indrepsykisk struktur og ændringsprocesser. Carlberg sammenfatter forskningsintentionen i betegnelsen *fokuserede systematiske case-studier*, som bl.a. karakteriseres ved: (a) at data indsamles fra flere terapiforløb med samme metode for at muliggøre sammenligninger, (b) at flere kilder end terapeuten bidrager for at berige billedet og c) at terapeutens verbale beretning om et hændelsesforløb kompletteres med anden information, f.eks. skriftlige spørgsmål til terapeuten og analy-

se af terapeutens procesnoter fra sessionerne (39, s. 55; jf. tillige Carlbergs artikel i herværende nummer). Carlbergs afhandling er yderst perspektivrig og anbefalelsesværdig læsning for såvel klinikere som forskere; den har været en væsentlig inspiration for mig i mit igangværende projekt, ligesom mange perspektiver er indarbejdet i det nedenfor omtalte nye projekt (EPOS) fra Carlbergs institution, *Ericastiftelsen* i Stockholm.

Kritisk opsummering af forskningsfeltet

Forskning i børnepsykoterapi er langt bagud i forhold til forskning i voksenterapi, og klinisk praktiserende terapeuter oplever ikke at have større nytte af den forskning, som hidtil findes. Den opleves sjældent at være klinisk relevant, da den i reglen ikke udføres på kliniske populationer og under samme omstændigheder og rammer, som terapeuter almindeligvis arbejder under. Desuden omhandler forskningen primært effektstudier, mens forskning fokuseret på terapeutisk metodik og proces er yderst sparsom. (jf. 40). Foreliggende forskning behandler derudover helt overvejende en terapeutisk tilgang, der er kognitiv eller adfærdsterapeutisk orienteret (eventuelt såkaldt integreret eller eklektisk), i andre tilfælde er der snarere tale om programindlæring end terapi, ligesom *proces*forskning sjældent er repræsenteret.

Hidtidige forskningsrapporteringer behandler oftest effekt anskuet i en teknikorienteret tilgang, hvor der indgår præcise og direkte påvirkningsfaktorer fra en aktiv terapeut – altså helt modsat den psykoanalytiske grundindstillings mindre aktive, mere afventende og neutrale terapeut. Man kan samtidig sige, at den meste forskning på feltet tager udgangspunkt i ydre adfærdsændring og -regulering, modsat den psykoanalytiske traditions fokusering på mere dybtgående (eventuelt intenderet langvarig) afdækning og bearbejdning af *indre* psykiske strukturer og konflikter.

Af oversigter (5, 13, 19) fremgår det, at 80-90% af den præsenterede forskning *ikke* omhandler en klinisk population men udvalgte barneklienter til laboratoriebaseret behandling. Psykoanalytisk børnepsykoterapi, som vurde-

res at praktiseres i omkring 80% af behandlingsforløb i Skandinavien, indgår kun i ca. 5% af de videnskabelige forskningsopgørelser. De studerede »behandlingsforløb« udføres ofte af ikke-uddannede terapeuter, afvikles som regel uden for etablerede klinikker og behandlingsinstitutioner, med gerne enten vagt beskrevet eller specielt konstrueret behandlingsmetode og i ganske *kortvarige* »terapiforløb« sammenlignet med klinisk praksis. (Jf. figur 3 nedenfor). Også *når* der undersøges »psykodynamiske« terapier, anvendes i reglen fortsat rene adfærdsbaserede, korttids-effektmål og meget betragteligt kortvarige behandlingsforløb; desuden er dét, som i metastudier betegnes »psykodynamisk« et rent-ud misk-mask af forskellige relationsorienterede terapier med store variationer og oftest ganske uden sammenlignelighed med psykoanalytisk børnepsykoterapi, som vi kender den mere lokalt. Man må spørge: er der noget at sige til, hvis en skandinavisk børneterapeut med præference for psykoanalyse tvivler på, at denne forskning afgørende kan berige praksis?

Problemerne omkring studiernes anvendelse i klinikken har været og er naturligvis til debat blandt psykoterapiforskere (18, 19, 21, 25, 26). Peter Fonagy refereres (22) for proklameringen, at der nu er startet en revolution i psykoterapiforskningen, hvor bestræbelsen er at gå videre fra studier under såkaldt optimale betingelser (for forskeren!), ofte laboratorielignende rammer, i såkaldte »efficacy studies« til mere *klinikervenlige* designs, såkaldte »effectiveness studies«. Fra sit ret traditionelle scientistperspektiv indvender Fonagy derpå, at der ikke findes nogen god metodologi for mere klinisk forankrede studier, og han konstaterer, at forsøg på at anvende samme model som ved studier under optimale betingelser er mislykkede. Metoder udviklet eksperimentelt viser sig overhovedet ikke at fungere lige så godt i den kliniske virkelighed og passer ikke inden for rammerne af det kliniske arbejde. Det »kliniske barn«, vi kender fra etableret praksis, er sjældent så entydigt i problematik og symptomatologi som de til laboratoriebehandling udvalgte klienter, men har i stedet flere diagnoser (eller blandingsdiagnose), forstyrrelserne er ofte alvorligere og familierne har gennemgående betydelige økonomiske og sociale problemer. Dette øger risikoen for udeblivelser, afbud og forskellige brud på rammerne, hvilket er en blandt flere grunde til, at det tillige bliver vanskeligt at følge de

terapimanualer, forskere så grundigt har udarbejdet. Meget tyder på, at der ikke blot er massivt behov for *naturalistisk* terapiforskning i ægte klinik – der må også arbejdes på at udvikle andre, nye instrumenter og analysemetoder, som i højere grad tager højde for eller overensstemmer med den sammensatte kliniske praksis.[5]

Kazdin (1994) har på enkel vis opstillet følgende skema (fig. 3) over typiske træk ved børneterapi i henholdsvis forskningsprojekter og i klinisk praksis. Det illustrerer eksemplarisk de grundlæggende forskelle og væsentlige årsager til den eksisterende kløft.

Comparison of selected features of psychotherapy with children and adolescents as conducted in research and clinical practice (Kazdin 1994)

In Research ..	*In Clinical Practice ..*
Cases usually recruited for treatment	Cases usually referred for treatment
Cases usually seen in the schools	Cases usually seen in clinics or private practice settings
Treatment duration average 8-10 weeks	Treatment duration average 6-12 months
Treatment usually provided in groups	Treatment usually provided individually
Parents infrequently involved in treatment	Parents usually involved in treatment
Family infrequently seen in treatment	Family often seen as a unit
Psychodynamic, psychoanalytically oriented, family, and eclectic approaches are rarely studied	Psychodynamic, psychoanalytically oriented, family and eclectic approaches are often used

Figur 3: Sammenligning af udvalgte træk ved psykoterapi med børn og unge udført i forskning og i klinisk praksis. (13, s. 580)

Nye veje i børnepsykoterapiforskningen

Lidt summarisk vil jeg herpå pege på aktuelle bestræbelser, som på forskellig måde søger at overkomme eller indarbejde de problemer og mangler, der ovenstående er opsummeret. Foruden fortsatte arbejder med raffi-

nering af instrumenter til vurdering af den børneterapeutiske alliance, er det naturligt i psykoanalytisk perspektiv at referere den omfattende forskning de senere år ved *The Anna Freud Centre*, hvor Mary Target og Peter Fonagy har ledet storstilede projekter med retrospektive, aktuelle og prospektive studier af psykoanalytisk behandling af børn og unge.

Den i den dominerende amerikanske forskningstradition klare tendens (med Shirk og Russell som delvise undtagelser) til meget vag definition af såkaldt »psykodynamisk terapi« samt manglen på klinisk genkendeligt materiale, gør det naturligt at koncentrere sig her om den mere homogene skandinaviske og europæiske tradition for psykoanalytisk psykoterapi med børn og unge, som i vid udstrækning er inspireret af britiske analytikere, psykoterapeuter og traditioner.[6]

I England har Mary Boston og Dora Lush fra Tavistock-klinikken i flere arbejder (1, 2, 41, 42, 43) søgt at udvikle mere fintfølende metoder til at undersøge processer og resultater i psykoanalytisk børnepsykoterapi – med reflekteret hensyntagen til dynamiske aspekter og respekt for den nødvendige analytiske intuition i psykoterapi. Studierne gør sig særligt fortjenstfulde ved de klinisk relevante forsøg på at registrere og sammenfatte indrepsykiske forhold og objektrelationer samt dynamiske, tentative individuelle caseformuleringer med angivelse af kliniske forventningsbeskrivelser. Disse kan, forudsat nogen tilpasning og videreudvikling, vise sig at være mere klinisk meningsfulde baselinedata end de sædvanligvis anvendte spørgeskemaer vedrørende adfærd og stærke/svage sider.

Fra Anna Freud-centret skal særligt fremhæves det store studium af Fonagy & Target (1996, 44), hvor man i psykoanalytisk børnetradition har søgt at komme nærmere, hvilke børn der profiterer af hvilken form for terapi. Det er et retrospektivt studium af 763 børne-/ungdomsterapier ved centret, hvor der foreligger fyldigt journalmateriale bl.a. i form af det bekendte Hampstead Indeks med relativt systematiske data og ugeopgørelser. Terapiformen var, som ventet i Anna Freuds tradition, en kombination af indsigts- og udviklingsorienteret psykoanalytisk psykoterapi eller psykoanalyse. Minimum behandlingstid var 6 måneder; 76% af børnene gik i »intensiv analyse« fire-fem gange om

ugen, 24% i (»ikke-intensiv«) psykoterapi 1-2 gange om ugen. Studiet viste stor bedring i begge grupper, en anelse bedst i gruppen med intensiv analyse. Tydeligst var det, at de *mindre børn havde relativ større bedring*; unge profiterede lige meget eller mest af ikke-intensiv behandling, mens yngre børn profiterede mest af intensiv analyse. Man undersøgte tillige *frafald*, som oftere viste sig blandt unge, i øvrigt mest inden for første behandlingsår og lidt oftere i den ikke-intensive gruppe. Target og Fonagy har særligt interesseret sig for resultater for enkelte lidelser/diagnoser, hvilket de yderligere har beskrevet i en række andre arbejder (27, 45, 46, 47, 48). Diagnostisk dækker det retrospektive studium de børnepsykiatrisk velkendte kategorier: emotionelle problemer, adfærdsproblemer, opmærksomhedsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser. Der ses generelt større bedring i gruppen af emotionelle forstyrrelser end den med adfærdsforstyrrelser, hvilken forskel dog blev elimineret, hvis børnene fik langvarig intensiv behandling (minimum tre år). Blandt klientellet uden forbedring (eller med forværring) var især børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, adfærdsforstyrrelser, ADHD samt mental retardering. Der er evident tale om perspektivrige studier af psykoanalytisk terapi med børn, hvor man dog må hæfte sig ved, at der som følge af den retrospektive karakter med relativt »gamle« terapiforløb kan være visse forbehold for sammenligning med behandlingsarbejde i dag, ligesom jeg i en tilsvarende kritisk vurdering, som er givet de amerikanske ikke-kliniske effektstudier, må hæfte mig ved, at Fonagy og Target påfaldende afholder sig fra analyser af terapeutfaktorer og vurderinger af samspil og relation mellem klient og terapeut. Sammenfattende kan Fonagy og medarbejderes arbejde på feltet, ud fra de hidtil foreliggende publikationer, primært karakteriseres som en (ganske heroisk) indsats for at forsøge at »scientificere« psykoanalytisk arbejde med børn ind i videnskabelig Research. En ganske afgørende perspektivrig indsats i deres arbejde har imidlertid været udviklingen af et nyt vurderingsinstrument *The Hampstead Child Adaptation Measure* (»HCAM«), som omfattende og på teoretisk velunderbygget grundlag (med inkorporering af nyere psykoanalytisk udviklingspsykologi og tilknytningsteori) bruges til en nuanceret, dynamisk indplacering ved baseline og udfald på en mangfoldig-

hed af funktionsniveauer og multipelt psykologisk niveau (49). Dette instrument forudsiges vid udbredelse og anvendelse i forskningsoplæg inden for psykoanalytisk terapiforskning, hvilket vil kunne medvirke til internationalisering og forbedret dialog i den indtil nu forholdsvis spredte forskning.

I *Sverige* er man ved Ericastiftelsen påbegyndt et velkonstrueret multicenterprojekt om psykoanalytisk børnepsykoterapi, *The Erica Process and Outcome Study* (»EPOS«), som i sit oplæg er forbilledligt på stort set alle her behandlede områder (50). Der undersøges 24 forløb med »målrettet, tidsbegrænset børnepsykoterapi med parallel forældrekontakt«, som har en frekvens på 1-2 gange om ugen og en behandlingslængde på (1-)2 år. Børnene er 5-10 år og vurderes ved pågældende behandlingsinstitution egnet til denne terapiform ud fra klinisk assessment. Desuden anvendes nævnte HCAM i tillæg til mere traditionelle bedømmelser og der indhentes løbende data fra spørgeskemaer og båndoptagne sessioner. Man tilstræber en sammenligningsgruppe i andre klinikker, som får »treatment as usual«. Der foretages kvalitative og kvantitative analyser og anvendes uafhængige bedømmere i en metodisk tilgang inspireret af Carlbergs vendepunktsstudium (39): »fokuserede systematiske casebeskrivelser«. Hovedparten af data skulle være indsamlet i 2002, hvorefter vi kan imødese internationale publiceringer af data, vurderinger og metodeerfaringer.

I *Norge* har Bjørg Røed Hansen og Ruth Toverud i Oslo ligeledes påbegyndt et større børnepsykoterapeutisk forskningsprojekt, hvor man i flere delstudier og med inspiration i både decideret procesforskning og empirisk udviklingspsykologi fokuserer på den affektive dialog og kommunikation i den børneterapeutiske relation (51). Intersubjektive hændelser i terapier studeres i detaljer i forskellige terapifaser og fra forskellige kilder – videooptagelser fra terapierne, terapeuters procesnoter, interview med terapeuter, forældre og eventuelt børn – med inspiration i »grounded theory«, ligesom de detaljerede processtudier suppleres med en stort anlagt landsdækkende spørgeskemaafdækning af børneterapiens udbredelse og praksisformer. Det samlede projektkompleks forventes her at fortsætte til foråret 2004.

… og i *Danmark* … tjaah. Her forekommer forsøg på videnskabelig systematisering af den (formentlig i klinisk praksis fortsat relativt udbredte) indivi-

duelle børnepsykoterapi på psykoanalytisk teorigrundlag indtil videre fraværende, hvis blikket rettes mod publicerede arbejder. Et interessant nyere evalueringsprojekt, som netop er rodfæstet i en etableret og erfaren behandlingsinstitution, er dog beskrevet i en kort rapportering i psykologernes fagblad (52). Her fremhæves særligt som ligeværdig part til barnets behandling det til tider noget oversete *forældrearbejde* i børneterapeutisk sammenhæng, både som terapi af forældre og i andet led en langsigtet klargøring af forældrene til efterterapeutisk varetagelse af børnenes omsorgs- og udviklingsbehov[7]. (Se også K.V. Mortensens artikel herom). Jeg arbejder selv som forskningsstipendiat med et igangværende projekt, som i udgangspunktet netop tager konsekvenserne af den ovenfor anførte kritik. I en primært kvalitativ analyse med visse kvantitative opgørelser undersøges 6 nu afsluttede børnepsykoterapeutiske forløb i Universitetsklinikken (ved Københavns Universitet), hvortil der i et naturalistisk design bevidst er visiteret sager efter *kliniske* vurderinger som i vanlig praksis og gennemført parallel forældrebehandling og netværksarbejde. Fokus for detailstudier har været registrering af børneterapeuternes emotionelle reaktioner og potentielle modoverføringsmanifestationer og projektet har samtidig været brugt til metodeafprøvning af forskningsredskaber, særligt terapeuternes fortløbende registrering med spørgeskemaet *Feeling Word Checklist* (53, 54, 55). I skrivende stund er jeg i gang med databearbejdning med henblik på sammenfatninger i en kommende afhandling og artikler. Jeg vender gerne på dette sted tilbage med analyser og resultater fra studiet på et senere tidspunkt, eventuelt i sammenhæng med grundigere redegørelse for metodeovervejelser og -valg.

Afslutning

Kløften mellem forskerlejr og klinikerlejr er markant og stærkt uhensigtsmæssig. I dette til tider dødvandelignende leje forekommer den ofte formulerede holdning fra Videnskabens Forskere mig kun at være endnu en hindring, når der diskuteres veje til udbedring af kløften, til dialog, samarbejde og samek-

sistens. »Klinikere og terapeuter må se at tage ved lære af og til efterretning, hvad forskningen fastslår«, er det gennemgående budskab. Det repræsenterer tydeligt envejskommunikation snarere end dialog. Hindringerne forstærkes af de ofte uhyre unuancerede udsagn og udlægninger af forskningens resultater. Når der entydigt og bombastisk indledes med »forskningen har vist (eller: bevist)…« – at kognitiv terapi fungerer bedre end psykodynamisk, at det er de menneskelige terapeutfaktorer, der har afgørende betydning, mens den konkrete terapeutiske metode eller teknik er underordnet, at uddannelse og egenterapi ingen positiv betydning har for vellykket terapi (jf. 62) og lignende – er der i min erfaring altid grund til at være på vagt. Når de tilgrundliggende empiriske undersøgelser derpå underkastes blot lettere kritisk evaluering, viser der sig ofte væsentlige nuanceringer og forskningsmæssige mangler, ligesom især manglen på data med egentlig klinisk population er fremtrædende og de beskrevne anvendte terapier er mangelfuldt defineret. Derfor finder jeg sammenfattende, at det aktuelle behov primært er, *at forskningen lytter til klinikken*, det vil sige udarbejder og igangsætter systematiske beskrivelser og vurderinger af den børneterapeutiske praksis, der faktisk udføres, og arbejder på at udvikle og forbedre redskaber og instrumenter, som søger at tage højde for de sammensatte og sårbare processer, der for klinikeren er velkendte problemstillinger og dilemmaer, som trænger til analyse. Jeg er sikker på, at den praktiserende børnepsykoterapeut vil være lydhør over for projekter af en sådan karakter.

Abstract

Child psychotherapy research

Child psychotherapy has a long tradition in clinical practice. Empirical research in child psychotherapy however is weakly developed and characterized by time lag in relation to psychotherapy research with adult patients. The article presents an overview of central issues and problems in researching this practice, as well as a discussion of main results and the methods used. The research has primarily dealt with clients and treatments unknown to the

practitioners and therefore not contributing to clinical development. This is especially evident for psychoanalytically oriented approaches. It is argued that the particular characteristics of child psychotherapy must be considered in research designs and that there is an expressed need for studies which deal with the actual clinical practice. Researchers have to listen to clinical experiences.

Noter

1 Mere præcist beregnes *Effect Size* (i angelsaksisk litteratur forkortet ES), som på dansk vel bør oversættes til »*effektstørrelse*«, som *forskellen mellem middelværdierne* for en eksperimentalgruppe (der har fået behandling) og kontrolgruppen (uden behandling), *divideret med standardafvigelsen* for kontrolgruppen (eller den totale pool, begge grupper tilsammen). Det udgør den afhængige variabel for meta-analyser og anvendes som en statistisk sum til undersøgelse af øvrige variablers indvirkning (56, s.26). Anvendelsen af dette statistiske mål er omdiskuteret og genstand for kritik og forbehold, selv blandt fremtrædende forskere, som Kazdin og Weisz, der hyppigt henvises til for netop autoritet på dette område og indhøstede effektresultater (jf. 19, s. 48ff). For mere grundige redegørelser for effektudregninger og detaljer heri henvises til Kazdin 1998, Lambert & Bergin 1994, Matt 1989 og Rosenthal 1984 (57, 58, 59, 60) – på dansk Hougaard 1996, 1998 (61, 62) og Hougaard et al. 1999 (63).

2 Lige på dette sted er jeg primært optaget af de *store linier* og oplæg til generel kritik af den foreliggende outcome-forskning, hvorfor mere detaljerede »fund« om effekter af børnepsykoterapi er udeladt i teksten. Meget summarisk kan disse angives som postulater fra forskellige dele af denne forskning: Psykoanalytisk behandling af børn med adfærdsforstyrrelser har vist mindre god effekt, mens børn med forskellige følelsesmæssige forstyrrelser har god prognose; intensiv behandling giver for disse større forandringer, især med mindre børn (under 9 år); for børn med udadreagerende adfærdsproblemer synes adfærdsterapeutisk behandling mest effektiv; gennemgående får man bedre resultater i forskningsstudier end i studier af klinisk praksis; familiens funktion og forældrenes samarbejdsvilje har betydning for behandlingseffekten; både behandlede børn og terapeuter er relativt

kritiske i vurderinger af effekt sammenlignet med forældre, institutionspersonale og uafhængige bedømmere; det er blandt variabler særligt relationsprocesser (alliancen) snarere end problemstilling, terapeutens uddannelse og terapiformen, som er afgørende for succesudfald (jf. bl.a. 19, 27, 64, 65, 66).

3 I et tidligere arbejde har Russell med bl.a. Shirk (67) udviklet et kodningssystem af konversationsinteraktionen i en række foreliggende outcome-studier med henblik på at relatere verbaliseringer i sessioner med funktionsændringer hos barnet. De fandt dog selv (25, s.125) studiet af begrænset værdi i spørgsmålet om nærmere at kunne specificere verbaliseringstyper som ændringsmekanismer i terapi.

4 Min vurdering svarer i det store og hele til den holdning, André Green (1996) har fremført, når han taler om, at objektrelationsteorien, som oprindelig gav frugtbar berigelse af psykoanalytisk teori, efterhånden er blevet udvandet og oversimplificeret i en teori om »interpersonelle relationer« og blind afvisning af driftsteorien (68, s. 25).

5 Netop *metodemæssige mangler* kan man formode ligger bag de overraskende og umiddelbart nedslående resultater af nyere forskning i klinik-børneterapi fra Weiss et al. 1999 – uden at resultater eller tendenser i materialet pr. automatik skal betvivles eller tilbagevises. I dette studium (69), der fremhæves som et af de eneste, videnskabeligt tilfredsstillende større studier af klinikbaseret børneterapi (»treatment as usual«) viste det sig, at traditionel børnepsykoterapi ikke var mere hjælpsomt og virksomt på børn end lektiehjælp!

6 Et enkeltstående, usædvanligt amerikansk studium skal dog retfærdigvis nævnes. I Los Angeles har Heinecke og medarbejdere gennemført et projekt med psykoanalytisk behandling af børn med specifikke læse-indlæringsvanskeligheder (70, 71, 72). Studiet understreger bl.a. betydningen af vurdering af længerevarende terapiforløb og efterundersøgelser år efter behandlingsafslutning. I løbet af første behandlingsår sås stor målt effekt i form af bedre læsefærdigheder blandt de børn, der havde ugentlige sessioner. Ved målinger et år efter behandlingen fandt man imidlertid, at de børn der havde modtaget psykoanalyse (4 gange om ugen) havde opnået bedste læseevner samt dertil viste sig mere psykisk fleksible og med bedre kapacitet til at indgå i personrelationer.

7 I skrivende stund publiceres yderligere et dansk forskningsarbejde omhandlende børnepsykoterapi – og igen med fokus på *forældrekontakten* (73). Ole Almstrup og Randi Gregersen præsenterer og reflekterer over resultater af en spørgeskemaundersøgelse (n=39) til forældre med børn i behandling i Universitetsklinikken i København. Foruden interessante data vedrørende forældrenes oplevelser af kon-

takten og samarbejdet, hvor der også citeres nogle af de frie kommentarer, der indkom i tillæg til afkrydsninger, peger forfatterne særligt på grænserne mellem børne- og forældrearbejdet og den professionelle formidling til forældrene som problemområder. Den stedvist udbredte tradition med eksplicit afgrænsning og fortrolighedsbeskyttelse mellem barnets og forældrenes terapeutiske rum, når der tilknyttes forskellige behandlere, problematiseres. I hvert fald fremhæves den risiko, der ved overdreven forsigtighed og misforstået fortrolighedsløfte kan opstå i relation til forældrene (nogle gange måske også barnet), der kan blive unødigt mystificeret ved oplevelsen ikke at kunne få forklaringer, svar eller indblik i, hvordan man vurderer barnets problemer og hvordan der arbejdes terapeutisk hermed. Forfatternes centrale opfordring gælder forsøg på i højere grad – uden at kompromittere barnets frirum – at imødekomme og besvare forældrenes ønsker om forklaringer og vurderinger, hvilket kræver træning i formidling. Ganske i tråd med disse danske arbejder peger Gunnar Carlberg i en nylig oversigtsartikel (66) netop på behovet for at udforske *forældrekontakten* yderligere.

Referencer

1. Boston, M. (1989): In search for a methodology for evaluating psychoanalytic psychotherapy with children. *Journal of Child Psychotherapy*, *15*, 15-46.
2. Boston, M. (1991): The splitting image: a research perspective. In: R. Szur & S. Miller (eds): *Extending Horizons: Psychoanalytic Psychotherapy with Children, Adolescents, and Families*. London: Karnac Books (319-337).
3. Malan, D.H. (1963): *A Study of Brief Psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
4. Fish, R. (1965): Resistance to change in the psychiatric community. *Archives of General Psychiatry*, *13*. Her citeret fra Boston (1).
5. Boalt Boëthius, S. (1999): Forskning om barn- och ungdomspsykoterapi. En kunskapsöversikt. Forelæsning 1.9.1999, 19 Nordiska Kongressen i Barn- och Ungdomspsykoterapi, Helsinki.
6. Hjulmand, K. (2000): Psykoanalytiske synspunkter på barndommen – nogle udfordringer for klinisk børnepsykologi. In: P. Elsass & S. Lunn (red): *Psykologi i forvandling. Et jubilæumsskrift fra Institut for Klinisk Psykologi*. Kbh: Dansk psykologisk Forlag & Universitetsklinikken, Københavns Universitet (133-144).

7. Stern, D. et al. (1998): Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The »something more« than interpretation. *Int.J.Psycho-Anal.*, *79*, 903-921.
8. Grünbaum, L. (2000): Psykoanalytisk børneterapi – hvordan virker hvad? *Matrix*, *16*, 245-268.
9. Green, A. (2000): Science and science fiction in infant research. In: J. Sandler, A-M. Sandler & R. Davies (eds): *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controvercy. André Green & Daniel Stern*. Psychoanalytic Monograph 5. London: Karnac Books (41-72).
10. Barrnett, R.J., Docherty, J.P. & Frommelt, G.M. (1991): A review of child psychotherapy research since 1963. *J.Amer.Acad.Child Adol.Psychiat.*, *30*, 1-14.
11. Casey, R.J. & Berman, J.S. (1995): The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, *98*, 388-400.
12. Durlak, J.A. & McGlinchey, K.A. (1999): Child therapy outcome research. In: S.W. Russ & T.H. Ollendick (eds): *Handbook of Psychotherapies with Children and Families*. New York: Kluwer/Plenum (525-539).
13. Kazdin, A.E. (1994): Psychotherapy for children and adolescents. In: A.E.Bergin & S.L. Garfield (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York: Wiley & Sons (543-594).
14. Kazdin, A.E. (2000): *Psychotherapy for Children and Adolescents. Directions for Research and Practice*. New York: Oxford University Press.
15. Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A. & Rodgers, A. (1990): The empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J.Consult.Clin. Psychol.*, *58*, 729-740.
16. Levitt, E.E. (1971): Research on psychotherapy with children. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley & Sons (474-494).
17. Weisz, J.R. & Weiss, B. (1993): *Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
18. Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D. & Klotz, M.L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *J.Consult. Clin.Psychol.*, *55*, 542-549.
19. Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000): *Forskning om barn och ungdomspsykoterapi. En kunskapsöversikt* (2nd ed.). Stockholm: Ericastiftelsen.
20. Levitt, E.E. (1957): The results of psychotherapy with children: An evaluation. *J.Consult.Psychol.*, *21*, 186-189.

21. Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Weiss, B. (1995): Bridging the gap between lab and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J.Consult.Clin. Psychol.*, *63*, 688-701.
22. Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S. Granger, D.A. & Morton, T. (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, *117*, 450-468.
23. Boalt Boëthius, S. & Eresund, P. (2000): Internationellt forskermöte om barnpsykoterapi. *Insikten* nr. 4, 2000, 46-49.
24. Russell, R.L. (1999): Child psychotherapy process research. Suggestions for the New Millennium. In: S.W. Russ & T.H. Ollendick (eds): *Handbook of Psychotherapies with Children and Families*. New York: Kluwer/Plenum (541-552).
25. Russell, R.L. & Shirk, S.R. (1996): *Change Processes in Child Psychotherapy: Revitalizing Treatment and Research*. New York: Guilford Press.
26. Shirk, S.R. & Saiz, C.R. (1992): Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, *4*, 713-728.
27. Target, M. & Fonagy, P. (1996): The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In A. Roth & P. Fonagy (eds): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press (263-320).
28. Wright, L., Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1972): Reliability of process ratings of psychotherapy with children. *J.Clin.Psychol.*, *28*, 232-234.
29. Truax, C.B., Altman, H., Wright, L. & Mitchell, K.M. (1973): Effects of therapeutic conditions in child therapy. *Journal of Community Psychology*, *1*, 313-318.
30. Truax, C.B. & Wittmer, J. (1973): The degree of the therapist's focus in defense mechanisms and the effect on therapeutic outcome with institutionalized juvenile delinquents. *Journal of Community Psychology*, *1*, 201-203.
31. Smith-Acuna, S., Durlak, J.A. & Kaspar, C.J. (1991): Development of child psychotherapy measures. *J.Clin.Child Psychol.*, *20*, 126-131.
32. Estrada, A.U. & Russell, R.L. (1999): The development of the Child Psychotherapy Process Scales (CPPS). *Psychotherapy Research*, *9*, 154-166.
33. Bordin, E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*, 252-260
34. Jørgensen, C.R. (2000): Psykoanalysens terapeutiske holdning i lyset af empirisk forskning og den interpersonelle psykoanalyse. *Nordisk Psykologi*, *52*, 163-196.

35. Harder, S. (1999): *Relationsmønster ved debuterende psykose. Undersøgelse af en metode til systematisk caseformulering*. Kbh: Institut for Psykologi, Københavns Universitet (ph.d.-afhandling).
36. Benjamin, L.S. (1993): *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
37. Carlberg, G. (1996): *»Papper och trä har samma ursprung«. Vändpunkter i barnpsykoterapi*. Stockholm: Ericastiftelsen (Rapportserie, nr. 8).
38. Carlberg, G. (1997): Laughter opens the door: Turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, *23*, 331-349.
39. Carlberg, G. (1999): *Vändpunkter i barnpsykoterapi. Psykoterapeuters erfarenheter av förändringsprocesser*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet (doktorsavhandling).
40. Eresund, P. (1999): *Hjälp med själen. Ett projekt med psykoterapi för bråkiga pojkar*. Stockholm: Stockholms Landsting, Omsorgsverksamheten, FoUU-enheten (FoU-rapport 99-09).
41. Lush, D., Boston, M. & Grainger, E. (1991): Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: Therapists' assessments and predictions. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *5*, 191-234.
42. Boston, M. & Lush, D. (1993): Can child psychotherapists predict and assess their own work? *ACPP Review and Newsletter*, *15*, 112-119.
43. Boston, M. & Lush, D. (1994): Further considerations of methodology for evaluating psychoanalytic psychotherapy with children: Reflections in the light of research experience. *Journal of Child Psychotherapy*, *20*, 205-229.
44. Fonagy, P. & Target, M. (1996): Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J.Amer.Psychoanal. Assn.*, *44*, 27-77.
45. Fonagy, P. & Moran, G.S. (1990): Studies of the efficacy of child psychoanalysis. *J.Consult.Clin.Psychol.*, *58*, 684-695.
46. Fonagy, P. & Target, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J.Amer.Acad.Child Adol.Psychiat.*, *33*, 45-55.
47. Target, M. & Fonagy, P. (1994a): Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J.Amer.Acad.Child Adol.Psychiat.*, *33*, 361-371.
48. Target, M. & Fonagy, P. (1994b): The efficacy of psychoanalysis for children: Prediction of outcome in a developmental context. *J.Amer.Acad. Child Adol.Psychiat.*, *33*, 1134-1144

49. Target, M. & Fonagy, P. (u.å.): *Rater's Manual for the Hampstead Adaptation Measure (HCAM)*. London: The Anna Freud Centre (stencil).
50. Carlberg, G. (2000): *Process och utfall i målrelaterad tidsbegränsad barnpsykoterapi med parallel föräldrakontakt*. Kort presentation av Ericastiftelsens EPOS-projekt. Stockholm: Ericastiftelsen (stencil).
51. Hansen, B.R. & Toverud, R. (1999): *Processer i psykoterapi med barn. Fra implisitt til eksplisitt kunnskap*. Projektplan. Oslo: Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo (stencil).
52. Heede, T. & Boysen Schmidt, A.V. (2000): Forældre med børn i terapi. *Psykolog Nyt*, *54*, nr. 22, 6-10.
53. Hjulmand, K. (2000): *An analysis of emotional reactions and reported feelings in child psychotherapists*. Presentation ved Ericastiftelsens forskningsseminar oktober 2000 (duplikat).
54. Whyte, C.R., Constantopoulos, C., Bevans, H.G. (1982): Types of countertransference identified with Q-analysis. *Brit.J.Med.Psychol.*, *55*, 187-201.
55. Holmqvist, R. & Armelius, B-Å. (1994): Emotional reactions to psychiatric patients. Analysis of a feeling checklist. *Acta Psychiat.Scand.*, *90*, 204-209.
56. Kazdin, A.E. (1990): Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Rev. Psychol.*, *41*, 21-54.
57. Kazdin, A.E. (1998): *Research Design in Clinical Psychology* (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
58. Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York: Wiley & Sons (143-189).
59. Matt, G.E. (1989): Decision rules for selecting effect sizes in meta-analysis: A review and reanalysis of psychotherapy outcome studies. *Psychological Bulletin*, *105*, 106-115.
60. Rosenthal, R. (1984): *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. Beverly Hills, CA: Sage.
61. Hougaard, E. (1986): *Psykoterapi: Teori og forskning*. Kbh: Dansk psykologisk Forlag.
62. Hougaard, E. (1998): Hvad gør en god psykoterapeut »god«? Perspektiver fra empirisk forskning. *Psyke & Logos*, *19*, 191-219.
63. Hougaard, E., Valbak, K. & Sommerlund, B. (1999): Effektopgørelsesmetoder i naturalistisk psykoterapiforskning. *Agrippa*, *19*, 53-70.

64. Hansen, B.R. (1998): Effekt av psykoterapi med barn. Myter og realiteter. In: M. Kjær (red): *Reisefølge i barndommens rike. Psykoterapi med barn*. Skriftserie fra Nic Waals Institutt nr. 7. Oslo: Kommuneforlaget (256-272).
65. Fonagy, P. (ed) (1999): *An Open Door Review of Outcome Studies on Psychoanalysis*. Review prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President. London: International Psychoanalytic Association (internetpublikation).
66. Carlberg, G. (2000): Goda vilkor för barnpsykoterapi. *PsykologTidningen*, nr. 23-24 2000 (4-7).
67. Russell, R.L., Greenwald, S. & Shirk, S.R. (1991): Language in child psychotherapy: A meta-analytic review. *J.Consult.Clin.Psychol.*, *6*, 916-919.
68. Green, A. (1996): What kind of research for psychoanalysis? In: J. Sandler et al. (eds): *Clinical and Observational Research: Roots of a Controversy*. London: Karnac Books 2000 (21-26).
69. Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phang, T-M. (1999): The effectiveness of traditional child psychotherapy. *J.Consult.Clin.Psychol.*, *67*, 82-94.
70. Heinecke, C.M. (1965): Frequency of psychotherapeutic sessions as a factor affecting the child's developmental status. *Psychoanal.Study Child*, *20*, 42-98.
71. Heinecke, C.M. (1969): Frequency of psychotherapeutic sessions as a factor affecting outcome: Analysis of clinical ratings and test results. *J.Abnormal Psychol.*, *74*, 553-560.
72. Heinecke, C.M. & Ramsey-Klee, D.M. (1986): Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions. *J.Amer.Acad.Child Psychiat.*, *25*, 247-253.
73. Almstrup, O. & Gregersen, R. (2001): Når forældrene får ordet – forældres beskrivelser af deres kontakt og samarbejde med en børnepsykologisk klinik, hvor deres barn er i psykoterapi. *Nordisk Psykologi,* 53, 27-46.

DANSK UDDANNELSE I PSYKOANALYTISK BØRNETERAPI

Matrix 2001;1-2, s. 125-127

Karen Vibeke Mortensen

Børneterapi har hidtil spillet en (alt for) beskeden rolle blandt de psykoterapeutiske tilbud i Danmark. Herved har vi adskilt os fra en lang række andre europæiske lande, herunder også de øvrige nordiske. Det har bl.a. hængt sammen med, at der her i landet har manglet en grundig, formaliseret uddannelse i faget. Denne beklagelige tilstand er der nu heldigvis rådet bod på, idet der i 1997 blev etableret en uddannelse i psykoanalytisk børneterapi i København.

Det første skridt i den retning blev taget i januar 1992, hvor Ole Almstrup og Reimer Jensen tog initiativ til at oprette det, der i dag hedder Dansk Selskab for psykoanalytisk Psykoterapi for Børn og Unge (DSPBU). At det skete på det tidspunkt, skyldtes naturligvis til dels en langvarig erkendelse af behovet for bedre uddannelse på området, men også at der året før var oprettet et fælleseuropæisk selskab for psykoanalytisk psykoterapi, EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapies in the Public Sector), hvor det var blevet klart for de deltagende danskere, hvor langt bagefter den almindelige europæiske udvikling, vi var. EFPP er opdelt i tre sektioner, en for individuel (voksen)terapi, en for gruppeterapi og en for børneterapi. Dets formål er bl.a. at fremme uddannelse og forskning på disse områder, ligesom det har fastsat minimumsstandarder, som må være opfyldt, hvis man vil kalde sig psykoanalytisk psykoterapeut inden for hvert af områderne. Det danske selskab blev dannet bl.a. med det formål at etablere en forening, der kunne deltage i det fælleseuropæiske samarbejde, men også med det specifikke formål at arbejde på at etablere en uddannelse i psykoanalytisk børneterapi, der levede op til EFPPs normer.

Takket være en meget stor arbejdsindsats fra en række af selskabets medlemmer lykkedes det at iværksætte det første uddannelsesforløb i september 1997, hvor man startede med 7 uddannelseskandidater.

Uddannelsens indhold

Uddannelsen omfatter individuel psykoanalytisk egenterapi, supervision af eget børneterapeutisk arbejde, teoriundervisning og spædbørnsobservationer. De europæiske krav til en psykoanalytisk børneterapeutisk uddannelse er ret høje, hvad der følgelig også præger den danske udgave af den. Det er en forudsætning for optagelse, at man enten er autoriseret psykolog eller læge og i gang med en (børnepsykiatrisk) specialistuddannelse.

Egenterapien skal omfatte min. 210 sessioner med en hyppighed på 2 ugentlige sessioner. Kandidaten skal i løbet af uddannelsen gennemføre mindst 4 superviserede terapiforløb med børn og unge på min. 245 sessioner. Mindst to af forløbene skal gennemføres med to ugentlige sessioner og være af over et års varighed. Der gives supervision i gruppe i 210 og individuelt i 70 sessioner. Teoriundervisningen omfatter 230 lektioner; dertil kommer udfærdigelse af en skriftlig opgave. Endelig skal kandidaterne ugentligt observere et spædbarn gennem et år og have supervision af observationerne.

Uddannelsen er bygget op om en 3-årig holdundervisning, suppleret med de individuelle elementer (egenterapi og individuel supervision). Den vil næppe kunne gennemføres fuldt ud på de 3 år, holdundervisningen varer; der er da heller ingen af de kandidater, der for fire år siden påbegyndte uddannelsen, der endnu har afsluttet den helt, selv om alle har fulgt den planmæssigt. Det er således en stor indsats, der kræves af deltagerne; forhåbentlig oplever de også, at det er indsatsen værd.

Vi håber, at vi med denne uddannelse i løbet af nogle år vil kunne medvirke til, at der bliver mærkbart både flere og bedre tilbud på det børneterapeutiske område i Danmark, end det hidtil har været tilfældet.

Abstract

Danish Training Program in Psychoanalytic Child Psychotherapy

Until recently, child psychotherapy has held a very modest position in Denmark, due to lack of a thorough training. In 1997, however, a training program was established which follows the European standards agreed upon in the EFPP. The training encompasses individual psychoanalytic psychotherapy, supervision, theory seminars and baby observation. The first candidates are approaching graduation.

ANMELDELSER

Matrix 2001;1-2, s. 128-135

Marianne Bengtsson

Sidste år blev der oversat og udgivet 3 bøger på Dansk psykologisk Forlag, som på forskellig måde beskæftiger sig med, hvad det vil sige at være et menneske med en lidelse inden for det autistiske spektrum, nemlig Liane Holliday Willey: *I skyggen af det normale – At leve med Aspergers syndrom*, Rita jordan og Stuart Powell: *AT BYGGE BRO. At forstå og undervise børn med autisme*, og endelig Tony Attwood: *En fod ude – en fod inde, Aspergers syndrom. En vejledning for forældre og professionelle.*

Både Tony Attwood, Rita Jordan og Stuart Powell har et meget stort kendskab til autismeområdet og er alle på forhånd kendte i Danmark som undervisere på konferencer og kurser. Liane Holliday Willey har selv Aspergers Syndrom og har en datter med Aspergers Syndrom.
Selvom fokuset på de autistiske lidelser, især Aspergers Syndrom, er blevet større gennem de senere år, er der dog stadig meget ukendskab hertil uden for den kreds, der særligt beskæftiger sig med disse lidelser.

Bøgerne henvender sig både til forældre og professionelle. Forældre vil kunne få stor glæde af især de to første bøger. Pædagoger, lærere, psykologer og andre professionelle, der kommer i kontakt med mennesker med autisme, både på børneområdet, men også de, der beskæftiger sig med unge og voksne, da der oftest er tale om et livslangt problem – vil kunne lære noget, og bidrage til at disse mennesker kan få et så tilfredsstillende liv som muligt.
Mennesker med autistiske vanskeligheder har forhøjet risiko for som unge og voksne at få supplerende lidelser, især depressioner, så også derfor er det vigtigt at have kendskab til og kunne genkende de autistiske vanskeligheder også hos de højtfungerende, så man kan tage højde for de særlige og gennemgribende sociale vanskeligheder, der er forbundet med tilstanden og dermed kunne hjælpe mere effektivt.

Liane Holliday Willey: I skyggen af det normale – At leve med Aspergers syndrom. 176 sider. 258 kr.

Liane Holliday Willeys bog er en selvbiografi, skrevet af en kvinde med Aspergers syndrom, der i forbindelse med at hendes yngste datter får diagnosen Aspergers syndrom, finder ud af at hun selv har syndromet, og at de mange vanskeligheder, hun har måttet slås med i sit liv, må tilskrives dette. Bogen indgår således i den række af selvbiografier, der er skrevet af mennesker med Aspergers Syndrom eller Højt Fungerende Autisme.

Det er en levende og velskrevet beretning om, hvordan det er at vokse op og leve med Aspergers syndrom set indefra, det meste af tiden uden at kende grunden til de mange vanskeligheder. Historien starter allerede da forfatteren er 3 år, hvor hun bliver psykiatrisk undersøgt og intelligenstestet, fordi forældrene indser, at hun ikke udvikler sig og opfører sig normalt og derfor søger hjælp. Uden dog at få nogen hjælp – de får som resultat af undersøgelserne at vide, at hun er »begavet og vant til at blive føjet. Klog og forkælet.«

Bogen følger LHW gennem tidlig barndom, skolegang, studier, karriere, ægteskab og efter at hun får børn, og får derigennem et konkret udviklingsforløb beskrevet med de forskellige vanskeligheder, der opstår på forskellige tidspunkter af LHW's liv. LHW er både velbegavet og så heldig at have kærlige og forstående forældre, der er gode til at støtte og hjælpe hende, ligesom hun i sin barndom også bliver accepteret og inddraget i fællesskabet med jævnaldrende så meget, som hun ønsker sig og er i stand til at rumme. Hun får således så god en start som det nok er muligt at få med Aspergers syndrom.

Først da hun flytter hjemmefra for at læse videre på universitet, bliver hun virkeligt konfronteret med sine vanskeligheder, som først og fremmest omfatter de store vanskeligheder med socialt samspil, som gør at hun ikke forstår at aflæse meningen heri og hvad det indebærer at skabe og vedligeholde venskaber, hvilket efterlader hende meget isoleret. Desuden har hun så store vanskeligheder sansemæssigt på alle sanseområder og mht. sanseintegration, vanskeligheder med motorisk koordination og med at finde rundt, at hun overbelastes og havner i kaos gang på gang. Enkelte gange havner hun på grund af manglende dømmekraft i situationer, der er farlige for hende.

Bogen er meget illustrativ og giver mange gode eksempler på, hvordan verden ser ud indefra for et menneske med AS. Man følger hendes kamp for at lære af sine erfaringer, tage højde for sine vanskeligheder og finde de enkelte gode venner, som hun har brug for som støtte. Selvom vanskelighederne ikke forsvinder, lykkes hendes bestræbelser for at udvikle sig og kompensere for problemerne så godt, at hun både får en universitetskarriere, bliver gift og får 3 børn.

I forbindelse med undersøgelsen af LHW's 3. barn, som hun hurtigt ser har vanskeligheder svarende til hendes egne, dukker diagnosen Aspergers syndrom op. For LHW bliver dette en åbenbaring. Ud over at beskrive og forklare datterens vanskeligheder får LHW for første gang hjælp i forhold til sine egne Aspergervanskeligheder, og herefter kan hun mere bevidst arbejde med både at inddæmme og overvinde dem.

LHW er, da bogen slutter, meget afklaret i forhold til sine AS træk, så meget, at hun også ser styrkesider herved, og ikke længere vil undgå nogle af sine specielle måder at være på.

Bogen er letlæst og giver samlet et godt indblik over, hvordan verden ser ud indefra for et menneske med AS, hvor omfattende vanskeligheder, der er at kæmpe med, når man har AS, men at der også er glæde og håb.

Foruden forældre og professionelle vil også mennesker der har AS kunne have glæde af at læse bogen.

Undervejs i bogen er beskrevet, hvordan LHW griber de forskellige problemer an, og bag i bogen er samlet mange praktiske, konkrete og brugbare forslag til andre med AS og til mennesker omkring dem om, hvordan nogle af problemerne kan tackles.

Tony Attwood: En fod ude – en fod inde, Aspergers syndrom, En vejledning for forældre og professionelle. 256 sider. 298 kr.

Bogen er som angivet henvendt til både forældre og professionelle, og handler om den nyeste diagnose inden for det autistiske spektrum, nemlig Aspergers Syndrom.

Der gives en grundig og let forståelig gennemgang af diagnosen i starten af bogen, og de vigtigste lister over diagnostiske kriterier gengives i et appendiks bag i bogen, – ud over WHO's ICD 10 (1993), som benyttes i Danmark, også DSM-IV'kriterier (1994), kriterierne udarbejdet af Gillberg og Gillberg (1989), og kriterierne udarbejdet af Szatmari, Bremner og Nagy (1989).

Efter gennemgangen af diagnosekriterierne gennemgår Tony Attwood diagnosens områder enkeltvis og mere grundigt. De områder, der behandles i hvert deres kapitel, er vanskeligheder med social adfærd, vanskeligheder og særlige kendetegn ved sprog, særinteresser og rutiner, dårlig motorik, særlige forhold vedr. kognition, sansemæssig overfølsomhed og endelig i et sidste langt kapitel en gennemgang af de spørgsmål, der oftest stilles af forældre. I denne del behandles hvad man på nuværende tidspunkt ved om årsagsforholdene, forståelse af syndromet, hvordan det hænger sammen med andre lidelser (sprogforstyrrelser, DAMP, skizofreni, depression), om det kommer forskelligt til udtryk hos drenge og piger, hvordan man kan hjælpe i forhold til angst og med at styre sit temperament / sin vrede, og endelig hvordan udviklingen kan forventes at blive, om der er mulighed for at vokse ud af syndromet.

Hvert kapitel er bygget op systematisk, først med en gennemgang af de karakteristika ved adfærden, der er anderledes end hos normale børn, og som giver barnet (og oftest også dets omgivelser) vanskeligheder, hvorefter dette følges op af pædagogiske ideer, programmer o.lign. til at hjælpe barnets udvikling videre.

Generelt afspejler bogen Tony Attwoods meget lange erfaring med mennesker i alle aldre med Aspergers Syndrom, ligesom den er kendetegnet ved en stor respekt for de børn og voksne og familier, der lider af syndromet, og en holdning der siger, at anderledesheden, selvom den oftest skaber store vanskeligheder for den enkelte, ikke altid er dårlig og at der også kan være noget

værdifuldt i ikke at være så indsyltet i den gængse måde at opfatte social mening på, idet dette måske nogle gange giver plads for en helt særlig kreativitet.

Selvom bogen bygger på en omfattende viden både teoretisk og praktisk, er den let læst, også for ikke fagfolk. Den er fuld af eksempler både fra egen erfaring og fra de biografier, som er skrevet af mennesker med enten Aspergers syndrom eller højtfungerende autisme, både for at illustrere hvordan det opleves indefra at have lidelsen, og for at illustrere hvordan man kan forsøge at afhjælpe de omfattende sociale og kommunikative vanskeligheder, der er syndromets kerne.

Generelt kan bogen således anbefales alle, der ønsker en større forståelse og et større kendskab til Aspergers Syndrom, og den er især god at anbefale til forældre, der har et barn med Aspergers Syndrom, både pga. de levende beskrivelser hvor forældre (og pædagoger) tit vil genkende deres eget barn, pga. de gode praktiske råd og pga. den meget respektfulde og kærlige måde, Tony Attwood beskriver disse mennesker på.

Rita Jordan og Stuart Powell: At bygge bro. At forstå og undervise børn med autisme. 256 sider. 298 kr.

»At bygge bro« henvender sig først og fremmest til professionelle, der arbejder med børn med vanskeligheder, der falder inden for det autistiske spektrum, både lærere, pædagoger og psykologer.

Bogen argumenterer som udgangspunkt for, at det er vigtigt at forstå autisme på det psykologiske niveau, frem for blot at behandle den på et adfærdsniveau, hvis man skal hjælpe børn med autisme videre inden for de områder, hvor deres vanskeligheder findes.

Forfatterne argumenterer for, at man for at kunne hjælpe autistiske børn er nødt til at erkende problemets virkelige væsen, psykologisk set. De forstår med forfatteren Peter Hobson lidelsen, ikke som en grundlæggende kognitiv lidelse som det oftest sker i dag, men som en emotionel forstyrrelse – i første omgang en grundlæggende mangel på evne (pga. en uspecificeret biologisk forstyrrelse) til at opfat-

te andres emotioner, som medfører at der ikke udvikles en fornemmelse for at være fælles med den anden/de andre om perspektivet på verden, og siden at forstå at man kan have/har forskellige perspektiver på verden. Barnets fornemmelse af mening kommer fra de første fælles oplevede betydninger, så en forstyrrelse i de tidligste emotionelle lag vil siden føre til den slags kognitive vanskeligheder mht. forståelsen af andre, der ses som centrale ved autisme.

Bogen er bygget meget logisk op, fra forståelsen af hovedvanskelighederne i syndromet, som viser sig længe før evnen til at sætte sig i andres sted udvikles, nemlig en grundlæggende forringelse af selvfornemmelse og knyttethed til andre. Af dette følger så manglende forståelse for andre, manglende selvrefleksion, manglende oplevelse af følelser og refleksion over disse både hos sig selv og andre, vanskeligheder med hukommelse i forhold til personlige oplevelser og manglende søgen efter sammenhæng og mening især i sociale begivenheder.

Efter beskrivelsen og diskussion af forfatternes udgangspunkt følger et kapitel til hver af de vigtige hovedvanskeligheder, dvs. de sociale aspekter ved udvikling, emotionelle aspekter ved udvikling, udvikling af kommunikation, udvikling af sprog, udvikling i tænkning, adfærdsstyring, Også de øvrige perceptuelle , motoriske vanskeligheder gennemgås og der kommes med forslag til, hvordan man kan hjælpe barnet.

Forskellige af de kendte systemer for behandling af børn med lidelser inden for det autistiske spektrum diskuteres undervejs – TEACCH, OPTION, klassisk adfærdsmodifikation, musikterapi o.lign.

I bogen vises meget stor respekt for det enkelte barns behov, tarv og lyst, og det drøftes bl.a., om det er etisk i orden, at forsøge at lære det barn, der synes tilfreds med sin isolerede situation, sine ritualer og vaner, at blive mere social og fleksibel. Forfatternes synspunkt her er, at der ikke er tale om et egentligt valg, så længe barnet befinder sig i den situation, fordi den situation er den eneste mulige. Først når barnet kan magte et alternativ, er der tale om et valg, og hvis den isolerede situation så stadig vælges, skal barnets valg respekteres.

Forfatterne mener ikke, der findes noget færdigt system, som kan bruges i forhold til et hvilket som helst autistisk barn, behandlingen/ undervisningen må tilrettelægges efter det enkelte barns behov. Som det er almindeligt inden for autismepædagogikken, taler de for, at man i mange situationer er nødt til at tilrettelægge en ydre struktur, som barnet kan lære at kende og køre efter, og at man må tilrettelægge denne gennem en analyse af det specifikke barns vanskeligheder. De finder også, at det som en del af denne planlægning må prioriteres, hvad der er vigtigst for barnet at lære, og at man må sørge for, at barnet kun skal lære en ny ting eller færdighed af gangen o. lign.

Men ud over de strukturerede og stærkt styrede metoder, som mennesker med autisme kan indlære og fungere i, finder forfatterne det vigtigt, også at forsøge at forbedre barnets kerneproblemer, bl.a. dets mangel på selvrefleksion, social refleksion og forståelse. Målet hermed skulle være at hjælpe barnet til i en eller anden grad at kunne fungere mere selvstændigt og fleksibelt og slippe noget af den afhængighed enten af andre mennesker eller af et system, som ellers kendetegner mennesker med autisme. De mener, det er vigtigt at tage fat i at forsøge at hjælpe barnet med de helt grundlæggende vanskeligheder – hvilket bl.a. vil betyde, at man ikke for enhver pris skal undgå de voldsomme følelsesudbrud, især raseriudbrud disse børn tit har, men i hvert fald indimellem skal bruge disse til at forsøge at hjælpe barnet til at forstå sig selv lidt mere, reflektere og evaluere sig selv.

Samtidig understreges, at der er tale om en meget svær opgave, hvor der måske ikke kan nås så meget, og hvor det i hvert fald ikke kan nås af den sædvanlige vej, da en gennemgribende udviklingsforstyrrelse er en biologisk funderet vanskelighed, og man her forsøger at afhjælpe netop den biologisk funderede kernevanskelighed. Meningen og håbet er, at dette kan ske ad en mere kognitiv vej.

»At bygge bro« er en spændende bog, som når et spadestik dybere med hensyn til forståelsen af, hvad Autisme egentlig er. Autismeforstyrrelsen er en udfordring i forhold til de mest grundlæggende menneskelige forhold og forfatterne forstår at gøre afvigelsen og dens grundlæggende indflydelse på barnets personlighed og udvikling mere forståelig.

Bogen har nok først og fremmest interesse for professionelle, der vil kunne få både næring til forståelsen af, hvordan autisme kan forstås, og med udgangspunkt heri ideer til, hvordan man kan støtte udviklingen hos disse børn,og lære dem ting.

Den vil dog også være brugbar for de forældre til børn med autisme, som i forvejen er inde i den viden, der findes om autisme, som mange forældre vil være, hvis diagnosen ikke er helt ny. Forældre til børn med autisme vil jo tit være nødt til at lære om deres barns handicap, idet handicappet indebærer, at de må behandle deres børn med autisme anderledes, end man ville behandle et almindeligt barn, og de vil derfor skulle tage hensyn til og forstå de særlige forhold, der gør sig gældende med dette handicap.

Samlet må siges, som det forhåbentlig er fremgået af det foregående, at der er tale om 3 rigtig gode og brugbare bøger om lidelser inden for det autistiske spektrum.

Noget af det interessante ved at beskæftige sig med de autistiske forstyrrelser ud over den viden man får om selve lidelsen er, at de autistiske vanskeligheder sætter normaludviklingen i perspektiv på nogle helt grundlæggende menneskelige områder. De gør det tydeligt, hvor meget der skal falde i hak, nuancerer det normale og diskuterer det. Samtidig tydeliggør de det imponerende i, at den sociale, kommunikative og følelsesmæssige udvikling og udviklingen af selvstyring og selvrefleksion går så forholdvist gnidningsfrit i almindelighed hos det normalt udrustede barn.

MEDDELELSE

EFPP barn och ungdomssektionens 4:de konferens i Caen, Frankrike, 28-30 september 2001.
Tema är: »**The Psychotic Child and Adolescent and Their Family**«.

För ytterligare information kan man vända sig till:
Congress Secretariat. BCA, 6, Boulevard du Général Leclerc,
92115 Clichy Cedex, France.
Tel: +33 1 41 06 67 70 – Fax: +33 1 41 06 67 79
E-mail: b-c-a@worldnet.fr – Web site: www.b-c-a.fr