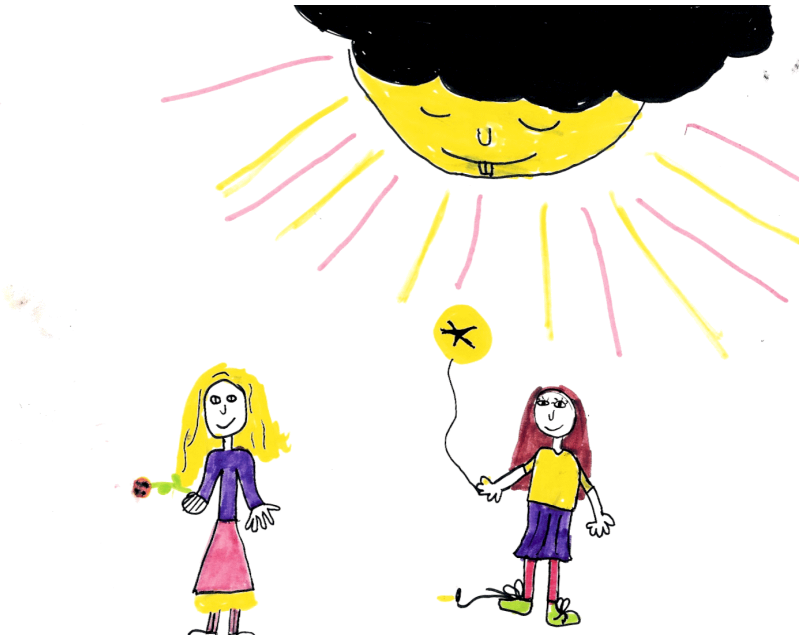
Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift



Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Trykt .....

Illustrationerne er venligst udlånt af patienter/personale på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift

Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Redigeret af Per Hove Thomsen

2003

Dette skrift er udgivet med støtte fra Eli Lilly Danmark.

Indholdsfortegnelse:

Forord 3

Børnepsykiatrien i Danmark i de første år - med nogle personlige erindringer
Kai Tolstrup 4

Om børne- og ungdomspsykiatriens udvikling uden for København, især i Århus amt
af *Niels Hansen* 8

Ungdomspsykiatriens etablering og faglige udvikling
Tove Aarkrog 19

Begrebet borderline og dets praktiske udmøntning
Tove Aarkrog 29

Fra infantil psykose/grænsepsykose til gennemgribende udviklingsforstyrrelser
Ole Sylvester Jørgensen 36

Fra organiske psykosyndromer over MBD til ADHD/DAMP
Niels Hansen 43

Tidligt skadede børn og troen på forandring
Torben Isager 54

Familieterapi og status på skæret
Torben Marner 65

Synet på legeterapi før og nu
Viggo H. Hansen 70

Den børnepsykiatriske tværfaglighed
Gideon Zlotnik og *Lene Bloch* 82

Den antipsykiatriske periode
Mogens A. Lund 87

Liaisonpsykiatri, eksternt samarbejde og konsulentfunktioner
Gitte Juel Henningsen 94

Børne- og ungdomspsykiatri og retsvæsenet
Vibeke Vejlsgaard Goldschmidt 109

Spædbarnets vej til børnepsykiatrien
Lene Lier 120

Børne- og ungdomspsykiatrien og de åndssvage
Helga Jansen 130

Børne- og ungdomspsykiatrien i Grønland
Mette Kabel 138

Børne- og ungdomspsykiatrien set fra speciallægepraksis
Anna Koch 149

Psykofarmaka til behandling af børn og unge i børnepsykiatrien
Per Hove Thomsen 154

Forskning i dansk børne- og ungdomspsykiatri
Per Hove Thomsen 160

Etablering af børne- og ungdomspsykiatri som speciale og
Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK)
Jens Buchhave 166

Indlæg fra kursistholdet 2001-2003
v. Lisbeth Hagenbøl, Anne Torgny Andersen, Jette Asmussen, Charlotte Ulrikka Rask og Judith Becker Nissen 178

Forord

I anledning af børnepsykiatriens 50-års jubilæum i 2003 har Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark valgt at markere begivenheden med udgivelsen af et jubilæumsskrift.

Formålet med skriftet er at give et vue over børnepsykiatrien i Danmark gennem de 50 år, specialet har eksisteret. Derfor har vi bedt – primært seniore – specialister i børne- og ungdomspsykiatrien om med egne ord at berette om det eller de områder, som de hver især har været engageret i. For også at give plads til visioner for de næste 50 år har vi bedt et af de seneste kursisthold om at bidrage.

Tak til alle forfattere for med sjæl og engagement at have bidraget til det samlede billede af børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark, og tak til Eli Lilly Danmark, som har sponsoreret udgivelsen.

Vi håber, at publikationen kan blive til fornøjelse for alle medlemmer af Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark samt vore samarbejdspartnere!

På Selskabets vegne

Per Hove Thomsen
Næstformand i BUP-DK
Redaktør

Jens Buchhave
Formand i BUP-DK

Børnepsykiatrien i Danmark i de første år - med nogle personlige erindringer

Kai Tolstrup

Da jeg i fredssommeren 1945 var studenterpraktikant på Rigshospitalets psykiatriske afdeling var der afsat en dag til at besøge den børnepsykiatriske sengeafdeling, som da kun var et år gammel. Den var administrativt underlagt voksenafdelingen og hed O 7, bygget ud som en blindtarm fra afdeling O, og at den opfattedes som noget fjernt og sælsomt fremgik af dens tilnavn, „Island", som endnu dengang havde en vis tilknytning til Danmark. Daglig chef var 1. reservelæge Karen Margrethe Simonsen, som havde skrevet disputats om intelligenskvotientmålinger af børnehjemsbørn. I 1947 flyttede hun til Oslo, hvor man kunne tilbyde hende en stilling om overlæge og chef for en nyoprettet børnepsykiatrisk afdeling ved Rikshospitalet. I København blev hun efterfulgt af Jens Egsgaard, først som afdelingslæge, senere som overlæge, da afdelingen blev selvstændig. Han skabte og prægede afdelingen med sin faglige dygtighed og sit milde og venlige væsen, indtil han i 1960 blev chef for en nybygget afdeling i Glostrup. Samme år blev jeg leder af afdelingen, indtil den ved min afgang i 1991 overflyttedes til Bispebjerg Hospital (BBH).

Da Danmarks første børnepsykiatriske afdeling blev bygget i 1944, havde der allerede i ni år, siden 1935, bestået en poliklinisk aktivitet på Riget, der således levede op til en af hospitalets oprindelig funktioner, nemlig at opdyrke nye subspecialer, som senere kunne udskilles som selvstændige specialer. Af de bevarede journaler fremgår, at kendte psykiatere som Eric Jacobsen, Erik Strömgren og Georg Stürup interesserede sig for børn.

Internationalt betragtet var Danmark relativt tidligt med i opbygningen af børneområdet inden for psykiatri. Andre lande var Sverige, Tyskland, Frankrig og Schweiz, mens der i England længe var sejg modstand mod at anerkende specialet. Og amerikansk børnepsykiatri tog først fart, da nazismen tvang fremtrædende tyske og østrigske psykiatere og pædiatere til at forlade Europa, bl.a. Charlotte Bühler og Hilde Bruch.

Sidstnævnte var oprindelig pædiater, et af eksemplerne på at også dette speciale leverede børnepsykiatere. Det samme var tilfældet i Danmark, hvor ikke mindst Preben Plums interesse for psykosomatiske lidelser inspirerede unge børnelæger. Jeg var selv en af dem. Plum var meget imod etableringen af det nye speciale, som han mente „kun efterlod laser og pjalter af pædiatrien". Heldigvis har tiden jo vist, at vejen frem går gennem samarbejde og ikke krig mel-

lem tilgrænsende specialer.

Københavns kommune fulgte hurtigt i Rigshospitalets fodspor, da der er 1947 oprettedes en børnepsykiatrisk klinik på Bispebjerg Hospital, først beliggende i en træbarak fra krigens tid, senere flyttet ind i en gammel villa uden for det egentlige hospitalsterræn. Det var det såkaldte Welanderhjem, der oprindeligt var indrettet til behandling af syfilitiske børn – et tidens tegn at denne svære, legemlige sygdom nu var bekæmpet på en sådan måde, at man havde kapacitet og råd til at tage sig af børnenes sjælelige forstyrrelser. Med tilhørende have var det et godt miljø for et børnepsykiatrisk klientel, og villaen er da også stadig et kernekompleks i den klinik, som fra 1991 også kom til at rumme den fra Rigshospitalet udflyttede børnepsykiatriske afdeling.

Her på BBH indledte jeg i efteråret 1955, altså to år efter specialets officielle oprettelse, min børnepsykiatriske løbebane. Chefen, Gudrun Brun, var en stor pædagog og en fremragende psykoterapeut.

Hvordan var så den kliniske hverdag i disse tidlige år af dansk børnepsykiatri?

Der var i 1955 tre danske børnepsykiatriske afdelinger, idet der til de to københavnske var kommet en tredie klinik i Risskov. Chefen her, Margrethe Lomholt, har fortjenesten af at have skrevet den første danske lærebog i børnepsykiatri. Førsteudgaven fra 1948 fik jeg senere foræret af professor Erik Warburg med det for ham karakteristiske ex libris forstillende Christian den Fjerdes springvand på Nytorv. Jeg har ladet den gå videre til biblioteket på Bispebjerg.

Omend afdelingerne bar præg af deres chefers meget forskellige personlighed, var der naturligvis visse fælles træk. Samspillet mellem en ikke færdigudviklet barnepsyke, familien og det øvrige sociale miljø gav – og giver selvfølgelig stadig – de psykiske sygdomme og lidelser i barndommen et flimrende præg, som gør det endnu vanskeligere at formulere velafgrænsede diagnostiske enheder end i den øvrige psykiatri. Den almindeligste diagnose var „*vitiorum domesticorum seqelae*", altså følger af hjemlige mangler eller miljøskade. En uforpligtende og ubrugelige konstatering af, at der var noget galt med omgivelserne, som om barnet var et offer for hjemmets uforstand. En sådan grundopfattelse er, overfladisk set, udtryk for en vis mode og ofte reaktion på den foregående periodes yndlingsopfattelse. I dette tilfælde slog pendulet over fra teorien om, at medfødte, organiske defekter var hovedårsager til børns psykiske forstyrrelser, således som det blandt andet var kommet til udtryk i August Wimmers bog „Degenerede børn" fra 1909. Der skulle gå mange år, vel helt op i 1970'erne, før det lykkedes at skabe et brugbart diagnostisk system, ikke mindst takket være de britiske børnepsykiatere, Michael Rutter og Philip Graham. Et hovedproblem

var at registrere sådanne amorfe begreber som miljøfaktorer og andre baggrundsårsager.

Miljøets betydning og psykogenese havde i dansk børnepsykiatris første år mere interesse end de organiske og arvelige faktorer – det var til den side pendulet nu var slået ud. Det betød også, at psykoanalysen inspirerede teori og praksis; stadierne i barnets tidlige udvikling af Det (*Id*), Jeg (*Ego*) og Overjeg (*Superego*) og ødipalkonflikten søgtes indpasset i terapierne, og intensiv lege- eller samtalebehandling hørte til dagens orden. Jeg tror dog ikke, at der er øvet egentlig psykoanalyse af børn i Danmark, men Anna Freud var et stort navn og hendes klinik i Hampstead et valfartssted.

I højere grad end noget andet lægeligt speciale dyrkede børnepsykiatrien samarbejdet med nærliggende professioner, vel nok med forbillede i det angelsaksiske „*child-guidance team*": læge, psykolog og socialrådgiver. Der var tendenser i retning af at udslette forskellen mellem professionerne, selvom få ville gå så langt som de norske kolleger, som jeg har hørt foreslå, at man skulle dele lønnen lige over. Jeg tror dog aldrig, at det blev realiseret!

Apropos Norge, var der tæt forbindelse til norsk børnepsykiatri, ikke mindst til kredsen omkring Nic Waal, som var under indflydelse af Wilhelm Reich, en sekterisk tilhænger af frigørelse af de følelsesmæssige urkræfter. I den sammenhæng var der en særlig terapiform, som bestod i at udløse muskelspændinger, en behandling som kunne være angstprovokerende og ikke helt ufarlig.

Tendensen til at nedtone den traditionelle lægerolle kunne gå så vidt, at en ældre fremtrædende kollega sagde, at det første bud for den vordende børnepsykiater var at glemme alt, hvad der havde med vores lægeopdragelse at gøre. For os, der kom fra somatiske lægespecialer, var det tværtimod indlysende, at man kun gjorde effektiv gavn i teamet, hvis man vedstod sin lægelige profession og identitet.

Da børnepsykiatrien begyndte, var observation og behandling under indlæggelse den almindelige metode, ligesom i den øvrige psykiatri. Snart blev arbejdstilrettelæggelsen dog mere uformel. Der var ingen stuegang, og det var ikke god tone at gå i hvid kittel, som ellers på den tid var lægens faste uniform. Sygeplejerskers og pædagogers daglige observationer og indsats spillede en stor rolle for undersøgelser og behandling. En selvfølgelighed i dag, men banebrydende dengang.

Den første halve snes år af dansk børnepsykiatri er knyttet til Rigshospitalet. I slutningen af 1940'erne var faget så veletableret, at den videre udvikling naturligt medførte oprettelse af en københavnsk kommunal afdeling på Bispebjerg Hospital og en jysk afdeling i Risskov.

Jeg havde 30 frugtbare og levende arbejdsår på Riget, først i den gamle, smukke, oprindelige enetagers bygning, U-formet placeret omkring legepladsen, og med en tilbygget værkstedsbygning til at slutte kvadratet, senere i den nybyggede tagetage i børne-/kvindekomplekset. Alle slags patienter passerede i disse år, mest dog de tunge tilfælde fra hele landet, f.eks. infantile psykoser og grænsetilfælde. Svære spiseforstyrrelser blev afdelingens landsspeciale.

Samtidig med min afgang i 1991 flyttede børnepsykiatrisk afdeling fra Riget til Bispebjerg Hospitals børnepsykiatriske afdeling. Det var en administrativ, kommunalpolitisk foranstaltning, som kan have haft sine økonomiske fordele. Implantationen lykkedes, og den samlede afdeling er kørt fagligt kompetent videre. Alligevel er det efter min mening et tab, både for Rigshospitalet og for dansk børnepsykiatri, at dette vigtige speciale, også efter ungdomspsykiatrien er kommet til, ikke længere er repræsenteret i landshospitalets inspirerende atmosfære.

Når jeg ser tilbage på pionertiden i vort fag, vil jeg fremhæve, at de halvtreds års udvikling har betydet et meget mere differentieret og fordomsfrit syn på børns psykiske lidelser og deres behandling.

Om børne- og ungdomspsykiatriens udvikling uden for København, især i Århus amt

af *Niels Hansen*

Personlig baggrund

Min trang til at gøre noget for børn med psykiske lidelser går tilbage til 1944. Jeg var den gang 15 år og gik i 1. G på en kostskole, men blev bortvist, fordi rektor ikke mente, at jeg egnede mig til at studere. Han foreslog min far, at jeg fik et manuelt arbejde, som jeg skønnedes bedre at kunne bestride. Jeg fandt, at gymnasiets vurdering af mig var et dybt uretfærdigt og krænkende overgreb. Ingen havde taget hensyn til min specielle situation, mine særlige livsomstændigheder og den skånselsløse mobning, som jeg havde været offer for i min realskoletid. Denne desavouering, som nok skete i bedste mening og til mit eget bedste, gjorde mig både forurettet og vred, men jeg forholdt mig tavs. Jeg kendte ingen, som jeg kunne drøfte mit sviende nederlag med. Jeg måtte selv slikke mine sår. For at medvirke til, at andre ikke blev ofre for de voksnes ufølsomhed og uforstand, besluttede jeg mig for at uddanne mig til læge for at kunne tage mig af børn og unge, der var syge i sjælen af angst, bitterhed og hævntørst. Jeg holdt fast i tanken, og i slutningen af 1961 blev jeg ansat som kandidat på Psykiatrisk Hospital ved Århus, fra 1969 som overlæge sammesteds.

Lad mig straks slå fast. Jeg fik aldrig den karriere som børnefrelser, som jeg drømte om! Børnepsykiatrien og lægegerningen tegnede sig helt anderledes end jeg havde forestillet mig. Jeg mødte aldrig et barn, som havde været udsat for en behandling, der blot tilnærmelsesvist kunne ligestilles med, hvad jeg havde været udsat for. De problemstillinger, jeg mødte tog sig helt anderledes ud, jeg fik min egocentriske og indsnævrede horisont udvidet gennem de mange børn, familier og kolleger, som jeg har mødt gennem årene, og som har beriget mit liv.

Når jeg tænker på forløbet af min tid som børnepsykiater, er det, der nok slår mig mest, de mange spændende, farverige og inspirerende mennesker jeg har mødt undervejs. Det gælder børnene, deres familier og faglige samarbejdspartnere. Jeg nævner imidlertid kun ganske få navne i det følgende, da jeg er sikker på, at jeg ellers ville komme til at springe ikke så få over, som i høj grad har fortjent omtale.

Børnepsykiatriens udbygning

Det følgende vil helt overvejende komme til at handle om børne- og ungdoms-

psykiatrien i Århus amt, da jeg ikke har fulgt etableringen og udbygningen af de øvrige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger uden for hovedstadsområdet tilstrækkeligt tæt til at kunne give en mere detaljeret beskrivelse af disse. Overordnet er udviklingen formentlig foregået nogenlunde parallelt med udviklingen i Århus amt, selv om de forskellige amtsregionale afdelinger til en vis grad har været farvet af deres lederes og medarbejderes specifikke overbevisninger og præferencer. Den danske børnepsykiatri er ikke på alle områder kendetegnet ved en ensartet faglig profil landet over.

Margrethe Lomholt startede i Århus som psykoanalytisk uddannet skolepsykiater i 1942, senere oprettedes en børnepsykiatrisk klinik under Statens Sindssygevæsen med lokaler på Århus Kommunehospital. I 1946 vedtog Rigsdagen, at der skulle opføres et Psykiatrisk Børnehospital vest for Storebælt.

Derefter gik der lang tid. Hospitalets første administrerende overlæge, Margrethe Lomholt, har senere skrevet: „Dengang som nu havde spareforanstaltningerne og budgetnedskæringer en ulykkelig tilbøjelighed til at gå ud over de svagest stillede i samfundet." Men langt om længe blev hospitalet indviet den 20. august 1958. Dog startede de ambulante børnepsykiatriske konsultationer allerede i 1946 i nødtørftige kælderlokaler på Århus Kommunehospital og i tilsvarende faciliteter i Silkeborg, Horsens og Randers. Man så på klinikken både med forventning og skepsis. Den betydelige, tværfaglige bemanding ansås af mange for at være overvældende, men den tåler naturligvis på ingen måde sammenligning med situationen i dag, hvor der er ansat ca. 224 medarbejdere foruden ca. 10 lærere, der er ansat gennem skolevæsenet. Dertil kommer personalet ved de øvrige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, der jo først efterhånden er kommet til.

Det skulle hurtigt vise sig, at der blev mere end rigeligt at gøre for samtlige personalemedlemmer. Nogle mente, at børnepsykiatrien kunne spare voksenpsykiatriske senge ved at gøre sine små patienter til velfungerende samfundsborgere, altså være en god økonomisk investering, måske uden så megen tanke for, at børn har krav på hjælp for deres egen skyld, mens de er børn, uden hensyn til om det betaler sig i det lange løb. Andre mente, at børnepsykiatrien var hul i hovedet, den rene galimatias.

En del nærede forhåbninger om, at vi kunne behandle børneforsorgens vanskeligste, mest aggressive og asociale børn og unge, men disse forhåbninger kunne vi ikke leve op til.

I 1963 ansøgte Margrethe Lomholt Direktoratet for Statshospitalerne om at få nedlagt dagobservationspladser og i stedet at få oprettet sengepladser for farlige og voldsomt aggressive, større børn, som man havde set sig tvunget til at af-

vise i flere tilfælde, men efterhånden blev man enige med sig selv om, at disse børn ikke var en hospitalsopgave. De kunne ikke drage fordel af psykoterapi, hverken individuelt eller som led i miljøterapi, men måtte påvirkes socialt gennem langvarig opdragelse og hørte derfor hjemme i social- og sundhedsforvaltningens regi. Disse meget vanskelige børn er og har altid været en udfordring. De er særdeles vanskelige at hjælpe. Opgaven føles ofte mere end utaknemlig. Mange er gået i gang med optimisme og fortrøstning, men er blevet skuffet. Jeg vil tro, at problemet ofte har været, at man har stillet for store forventninger både til patienterne og til sig selv som behandler og ikke har kunnet lade sig nøjes med i det mindste at lune luften lidt for de klippede får. Svært antisociale og karakterinsufficiente mennesker har det dårligt med sig selv og omgivelserne, og omgivelserne har det dårligt med dem. På det profylaktiske område har vi nok haft lidt mere at byde på. Efterhånden er der opnået en bred forståelse for et godt graviditetsforløb og gode kår i barnets tidlige udviklingsfaser. Men spædbørnspsykiatrien er ikke blevet udbygget hos os som øst for Storebælt. Det er svært at overkomme det hele!

Fra begyndelsen var der tale om meget lange ventelister. Vi skulle jo dække hele behovet for Jylland og Fyn. Og øvrige hjælpeforanstaltniner til børn med psykiatriske problemer var endnu ikke udbygget.

Tresserne blev følgelig præget af kampen mod ventelisterne og dermed af kampen for flere senge, specielt til de fjerntboende, langtidsindlagte psykotiske børn. I 1964 havde vi en venteliste på 338 børn fremgår det af et brev fra professor i psykiatri Erik Strömgren til Direktoratet for Statshospitalerne. Denne venteliste brugtes som argumentation for oprettelse af en børnepsykiatrisk afdeling i Viborg amt. Der kom da også – omend i sneglefart – udvidelser i flere omgange, ikke alene hos os, men efterhånden også amtsregionalt, idet der gradvist blev oprettet børnepsykiatriske afdelinger i alle amter i Jylland og på Fyn. Der skete også en stor udbygning af hjælpemulighederne uden for hospitalet, børnerådgivningscentre og behandlingshjem blev oprettet, de skolepsykologiske rådgivninger blev udvidet og fik langt større undersøgelses-, rådgivnings- og behandlingskapacitet. Uden at behovet dog blev dækket. Alle havde nok at se til. Problemet var dengang som nu, at det kunne knibe med at gennemføre foreslåede foranstaltninger, dels på grund af kommunalt skrantende økonomi, dels på grund af mangel på egnede opholdssteder og folk med tilstrækkelig pædagogisk indsigt og kunnen.

Der blev argumenteret for oprettelse af sengeafdelinger både i Silkeborg og Randers, men samtidig fik tankerne om den ambulante børnepsykiatri vind i sejlene, inspireret af den distriktspsykiatriske tankegang. Sengetallet kom op på sit højeste niveau i begyndelsen af halvfjerdserne med 72 døgnpladser, idet der

blev indviet 2 nye afdelinger, Skovhus Øst og Skovhus Vest, men senere er der sket en kraftig reducering af sengepladserne, vel ikke så meget af ideologiske grunde, men snarere som et led i de evigt tilbagevendende sparerunder. Praksis har imidlertid efterhånden vist, at vi kunne klare os med meget få stationære pladser, og en del af disse er efterhånden konverteret fra døgn- til dagpladser. Behovet for sengepladser har vist sig størst inden for ungeområdet.

Psykiatrisk Børnehospital overgik fra statslig til amtslig regi i 1976. Det har muligvis været en fordel. Vi kom i hvert fald geografisk set nærmere på politikere og administratorer. For nylig er aldersspektret udvidet til det 21. år, og navnet er nu ændret til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital. Specialet har også ændret navn fra børnepsykiatri til børne- og ungdomspsykiatri.

Takt og tone

I sin tid var omgangstonen mere formel og stiv end i dag. Vi var mere progressive and andre, forsøgte os med „du" i stedet for „De", men de børnepsykiatriske læger gik dog de første mange år med hvid kittel og med stetoskop, refleks-hammer og lægemiddelfortegnelse i lommen. Men efterhånden blev kitlerne lagt til side, vi vænnede os – omend langsomt – til at sige du til overlægerne og kalde dem ved fornavne. Der gik dog endnu et stykke tid inden vi duttede familierne, men efter at vores dristighed var blevet styrket gennem nogle familieterapeutiske kurser kom vi efterhånden også i gang her. Det virkede for nogle vovemodigt og grænseoverskridende, for andre nærmest befamlende og pinligt. Men fremskridtet lod sig ikke standse. Nu har det i lang tid været helt selvfølgeligt at sige du til alle, vi møder på vores vej. Denne proces er for længst gået på rygmarven, er helt og fuldt automatiseret. Det har gjort den indbyrdes afstand mindre. Vi har nærmet os en horisontal kommunikationsform og fjernet os fra tidligere tiders oppefra-og-nedefter-holdning. Patienters ydmyge og underdanige væremåde er i stærk aftagende, omend nok ikke helt forsvundet. Målet må være, at vi erkender, at vi dybest set alle står på lige fod og respekterer og lærer af hinanden. Af og til forekommer det dog, at det uformelle er ved at tage overhånd og kan have en afsmittende effekt på indhold og tone i journalnotaterne, der undertiden får et mere hyggeligt og indforstået præg end godt er.

I begyndelsen af tresserne var der en omfattende korrespondance mellem overlægerne for de børnepsykiatriske afdelinger vedrørende spørgsmål om diskretion i forbindelse med journaludlån til behandlingshjem, tydeligvis et ømtåleligt spørgsmål, som naturligvis især vedrørte tavshedspligten, men også i nogen grad hvorvidt lægpersoner i systemet nu var i stand til at fortolke journalens oplysninger. Flere anså det dog for sårende, hvis en journal ikke kunne udlånes til en ledende psykolog på et behandlingshjem. Psykologernes forhold til børnepsykiaterne blev i det hele taget diskuteret med jævne mellemrum, kunne og

skulle de anses for ligestillede eller burde de placeres en anelse lavere i hierarkiet? Der udspandt sig således i begyndelsen af tresserne en længere diskussion mellem børnepsykiatriske overlæger om, hvorvidt kliniske børnepsykologer var kompetente til at klare ledelsen af de børne- og ungdomsrådgivninger, der dukkede op overalt i amtsligt regi, inspireret af amerikanske *child guidance clinics*. I dag føles det helt naturligt, at rådgivningscentrene ledes af kliniske psykologer, flere endda kun med sporadisk tilknytning af en børne- og ungdomspsykiatrisk konsulent. Der var dog almindelig enighed om, at det børnepsykiatriske arbejde var et teamwork, hvor børnepsykiatere, psykologer og socialrådgivere burde have og efterhånden også fik en central placering.

Spørgsmålet om familiens indstilling til udlån af journaler berørtes ikke for 30-40 år siden. Respekten for familiernes integritet er heldigvis vokset meget gennem årene, og tonen i journalerne er, efter at vi har fået journalindsigt, bedret meget. Udlånte journaler til andre hospitalsafdelinger blev undertiden returneret med spydige kommentarer og udråbstegn i margenen. Respekten for børnepsykiatere kunne i sin tid ligge på et lille sted, både blandt lægelige kolleger og hos befolkningen i almindelighed. Undertiden herskede der i sin tid mellem fagfolk en tone, som i dag ville anses for ganske uacceptabel. Børnepsykiatere og børnepsykiatriske medarbejdere måtte i de første år ikke sjældent stå model til en ydmygende nedvurdering. Således mener jeg engang at have læst en artikel om, hvordan Margrethe Lomholt blev hånet af adskillige lokalpolitikere og i aviserne, da hun i fyrrerne og halvtredserne argumenterede for pryglestraffens afskaffelse i skolerne.

I starten havde vi låste døre og vinduer. Trods dette stak flere af børnene af, og vi eftersøgte dem i skoven, på færger, i rutebiler og tog. En enkelt gang skete det, at en 10-års dreng forsøgte at flygte i en robåd ud på Århusbugten. Heldigvis kom ingen af disse børn korporligt til skade. Børnene opholdt sig hos os hele tiden, også i weekends. Gradvist og uden egentlig beslutningstagen holdt vi op med at låse dørene, næsten alle børn kom hjem i weekender, hvad jo lettere lod sig gennemføre, da vi som følge af den børnepsykiatriske udbygning efterhånden i det væsentlige blev et amtsregionalt hospital. Da dørene blev åbnet, svandt børnenes trang til at absentere sig næsten fuldstændigt.

I de første mange år lå der en tæt tobakståge hen over hospitalets lokaler ganske uden hensyntagen til børnenes somatiske helbred. Så godt som alle røg intensivt og uafbrudt, også mange af børnene. Man fandt måske nok, at det ikke var helt, som det skulle være, men ingen gjorde noget ved det. Men så ændrede det hele sig. Rygning ansås for at være skadeligt for helbredet og var efterhånden i det hele taget ikke *in* eller særlig smart. I dag er hospitalet så godt som røgfrit.

Diagnostik

Den diagnostiske tankegang har ændret sig gennem årene. I starten lagdes hovedvægten på psykoser, neuroser og psykogent betingede personlighedsforstyrrelser. Tilstandene sås i et psykodynamisk lys med overvejende psykogen ætiologi. Således kan man i bemærkninger til børnepsykiatrisk diagnoseliste fra 1965 – udfærdiget af landets mest fremtrædende børnepsykiatere – i en enkelt linje se anført: „ *under C5 kan også indføjes visse typiske former af kronisk org. psychosyndrom."* Infantile psykoser diskuteres derimod på mere end 3 A4-sider. Nogle børnepsykiatere var (og er?) overvejende antidiagnostikere, fordi de ikke ville risikere at stemple børnene med en diagnostisk etikette, som måske ikke var rigtig i første omgang, men risikerede at blive det senere i livet. Den oprindeligt tvivlsomme diagnose kunne på denne måde måske efterhånden vise sig at blive rigtig – som udtryk for en selvopfyldende profeti. Derfor nøjedes nogle med at give de fleste børn den måske ikke særligt præcise diagnose *miljøreaktion.* Nu har man overtaget ICD-10-diagnostikken og har forladt betegnelserne psykoser, neuroser og personlighedsforstyrrelser til fordel for gennemgribende udviklingsforstyrrelser, emotionelle tilstande i barndommen og adfærdsforstyrrelser. Man har bevæget sig fra de psykoanalytisk funderede til de fænomenologiske og ateoretiske diagnoser, blandt andet for at opnå større validitet og reliabilitet. De såkaldt hjerneorganiske tilstande har kvantitativt fået en langt mere fremtrædende plads, ikke mindst diagnosen „*forstyrrelse af opmærksomhed og koncentration (hyperkinetisk syndrom)*". Af en afsluttende rapport om et ventelisteprojekt fra 2002 fremgår det, at 25,9% af de henviste havde hyperkinetisk syndrom og yderligere 13% havde fået diagnosen *opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet* (F98.8). 9,3% fik diagnosen *Aspergers syndrom*, en diagnose der i dag anses for overvejende neurobiologisk betinget. Øvrige diagnoser var repræsenteret med lavere procentandele.

Behandling

Behandlingen er gennem årene blevet mere og mere multimodal, en kombination af information, rådgivning, miljøterapi, forskellige former for psykoterapi og eventuelt psykofarmaka. En væsentlig del af behandlingen består i den grundige udredning af problemerne og den indsigt de involverede parter opnår i forbindelse hermed. I de senere år har man lagt en behandlingsplan for de indlagte patienter. En sådan plan burde formentlig lægges for samtlige de henviste børn og unge. Det er vigtigt at sikre sig kontinuitet i behandlingsforløbet, og behandlingsplanen skal løbende evalueres og korrigeres. Målet for behandling er sjældent helbredelse, et ord som efter min mening i øvrigt er svært at definere. Behandlingsresultaterne er svære at måle, men der kan næppe være tvivl om, at børnene, de unge deres familier i mange tilfælde bliver hjulpet gennem råd-

givning og bedre tilrettelæggelse af livsomstændighederne. Psykoterapeutisk synes de adfærdsterapeutiske tiltag og kognitiv terapi at have givet de mest overbevisende resultater. Den psykoanalytisk orienterede legeterapi har haft stor betydning for den psykodynamiske forståelse af problemerne. Relevante forslag til behandling har undertiden været svære at gennemføre på grund af manglende økonomiske og faglige ressourcer.

Undervisning og forskning

En meget stor del af de henviste børn har til trods for normal intelligenskvotient massive, specifikke indlæringsvanskeligheder. De indlagte, undervisningspligtige børn har altid fået en særdeles kompetent undervisning af fagligt velfunderede speciallærere og talepædagoger. Ved udskrivelsen er de alle medgivet en grundig skriftlig udtalelse med nøje analyse af deres evner og muligheder. Det har vist sig, at så godt som alle indlagte børn har kunnet modtage undervisning, også de der ved henvisningen har fået betegnelsen „uunderviselig".

Der har gennem hele forløbet været tale om en omfattende undervisning af hospitalets personale. Mange af underviserne er hentet blandt de forskellige faggrupper ansat ved hospitalet. Endvidere er medicinske studenter blevet undervist og vi har løbende deltaget i og bidraget til speciallægekurser for vordende børne- og ungdomspsykiatere. Det startede tilbage i de tidlige halvtredsere med at ganske få medicinske studenter samledes om Margrethe Lomholts sofabord på hendes kontor nogle få gange i studieforløbet. Senere blev psykiatri og hermed børnepsykiatri eksamensfag, og der oprettedes et psykiatrisk lektorat i børnepsykiatri. Der blev givet klinisk undervisning samt forelæsninger, såvel på selve Børnehospitalet som på Aarhus Universitet, og efterhånden kom der i et vist omfang medicinske praktikanter på afdelingerne. Interessen for børnepsykiatri har gennemgående været høj hos studenterne, selv om man ind imellem godt kan mærke, at faget undertiden kan forekomme dem for lidt eksakt og evidensbaseret. Det har nok hjulpet noget efter at der for få år siden blev oprettet et børne- og ungdomspsykiatrisk professorat. I denne forbindelse tog den børne- og ungdomspsykiatriske forskning fart, hvilket professor Per Hove Thomsen vil redegøre for i et andet kapitel. Det skal dog nævnes her, at de kliniske psykologer på mange områder har taget et betydeligt, selvstændigt, forskningsmæssigt initiativ.

Der har løbende været foretaget en omfattende undervisning gennem eksterne og interne kurser i såvel indland som udland, blandt andet af forskellige psykoterapeutiske koryfæer, ikke mindst inden for familieterapien, som fik et vældigt opsving i løbet af halvfjerdserne.

Børneretspsykiatri

Mange psykologer og børne- og ungdomspsykiatere har sukket over det undertiden ret håbløse arbejde med samværs- og forældremyndighedssager. De involverede parter er ofte helt fastlåste i deres positioner, hvilket bevirker, at arbejdet er vanskeligt, tidkrævende og undertiden ikke så lidt psykisk belastende. Det er intentionen kun at rådgive og afgive erklæringer i de tilfælde, som indeholder en psykiatrisk problematik, men det er ikke altid så let at afgøre, hvornår det er tilfældet. Det er mit indtryk, at disse sager er blevet nedprioriteret i årenes løb. Amternes rådgivningscentre for børn og unge har nok i et vist omfang overtaget dette for mange børne- og ungdomspsykiatere så lidet attråværdige job, som imidlertid kan være lærerigt, idet man får et ganske godt kendskab til sjælelivets ofte svært gennemskuelige krinkelkroge.

Det kan også være en børne- og ungdomspsykiatrisk opgave at medvirke til belysningen af, om børn bør tvangsfjernes fra hjemmet. Tidligere afgav vi mange erklæringer om truede børn til kommunerne. Det sker efterhånden i mindre omfang. I stedet deltager vi i tværsektorielle møder, hvor alle parter bidrager til en afklaring, og vi supplerer eventuelt med journaludskrifter og epikriser. Som sagkyndig dommer ved Vestre Landsret gennem mange år forekommer det mig, at man ikke sjældent kan savne en grundig og alsidigt belyst børne- og ungdomspsykiatrisk erklæring, idet en ankesag vedrørende tvangsfjernelse i vid udstrækning bliver procederet på baggrund af det foreliggende skriftlige materiale, der ikke altid forekommer lige overbevisende og lødigt.

Vi er og har i forskellige sammenhænge været repræsenteret i kommunale organer eller mødegrupper, som vurderer mulige overgreb mod børn, herunder incest.

Min generelle vurdering er, at børneretspsykiatrien gennem årene har været relativt lavt prioriteret. Efter at ungeområdet er kommet ind under specialet, vil retspsykiatrien i forbindelse med lovovertrædelser formentlig få en mere fremtrædende placering.

Samarbejdspartnere

Inden for hospitalets mure har målet været en faglig struktur, der skulle være så horisontal som muligt. Det har ikke kun været titlen, men også i høj grad den faglige viden og kompetence, der har bestemt en medarbejders plads i det hierarki, som aldrig helt vil kunne undgås. Nogle har – og skal have – et større formelt ansvar end andre, hvilket de også bliver betalt for, men i det daglige arbejdes der langt hen ad vejen på lige fod. Det gælder alle personalekategorier, læger, psykologer, socialrådgivere, lærere, sygeplejersker og pædagoger. Hospitalet kunne naturligvis ikke klare sig uden de mange medarbejdere, der tager

sig af en lang række andre områder. De har måske ikke direkte, men til gengæld en særdeles vigtig indirekte indflydelse på den kliniske effektivitet. Dygtige og medlevende sekretærer er helt uundværlige i det daglige arbejde. En lige så vigtig rolle har de medarbejdere, der står for madlavning, rengøring, reparationer og teknik.

Det er naturligt, at der har været et ret udstrakt samarbejde med de forholdsvis nærtliggende lægelige specialer: pædiatri, psykiatri og neurologi, ikke mindst med neurofysiologisk afdeling, der har bistået med specialundersøgelser i form af eeg og forskellige skanningsprocedurer. I de første år fik ikke så få børn foretaget luftencefalografi på mistanke om cerebral atrofi. Denne til tider ganske smertefulde og ubehagelige undersøgelsesform er forlængst forladt til fordel for lidet indgribende og langt mere skånsomme procedurer. Det er ikke mindst den medicinsk-teknologiske udvikling, som demonstrerer for os, hvor hurtigt tiden går. Man kan forvente et yderligere udbygget samarbejde mellem specialerne i de kommende år. Faggrænserne er ikke altid særligt skarpe. Der er mange gråzoneområder, der kræver flere specialer, ikke alene inden for det medicinske felt, for at blive tilstrækkeligt belyst, således at terapien kan have det bedst mulige grundlag. Kunne man forestille sig, at man ad åre også fik ansat speciallæger i neuropædiatri og psykiatri på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger? Og børne- og ungdomspsykiatere på de pædiatriske afdelinger? Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital har gennem årene haft en lang række andre samarbejdspartnere, blandt andet er der ydet megen assistance fra medarbejdere på Taleinstituttet til vore sprogretarderede børn. Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale er i det hele taget karakteriseret ved tværfaglig tilgang til problemerne og ved tværsektorielt samarbejde. Der er afholdt talrige møder og konferencer med de pædagogisk-psykologiske rådgivninger, med lærere og pædagoger og med sagsbehandlere fra de kommunale forvaltninger både inden for og uden for murene. Som noget meget nærliggende og helt selvfølgeligt deltager forældrene efterhånden også ved disse møder. Børnepsykiatere har gennem årene haft forskellige konsulentfunktioner, blandt andet ved behandlingshjem for børn og unge og ved den tidligere Mødrehjælp. De har medvirket som børnesagkyndige dommere ved tvangsfjernelsessager i landsretterne og i perioder har provinsen haft en børne- og ungdomspsykiatrisk repræsentant eller suppleant i Adoptionsnævnet, men nok ikke i Den Sociale Ankestyrelse, der vist hele tiden har hentet børne- og ungdomspsykiatrisk ekspertise fra hovedstadsområdet. Efter min opfattelse har det gennem årene været et savn, at Sundhedsstyrelsen ikke har haft faste børnepsykiatriske rådgivere tilknyttet.

Afsluttende bemærkninger

Det evidensbaserede og dokumenterbare er for tiden det store dyr i åbenba-

ringen inden for sundhedsvæsenet. Børne- og ungdomspsykiatrien kan næppe fremvise mange resultater i form af total helbredelse, men kan nok sandsynliggøre en bedring og positiv forskel i mange af de undersøgte børns og unges livsbetingelser, tydeligst i de tilfælde, hvor der er opnået et godt samarbejde med alle involverede parter. Udviklingen sker gennem et procesforløb, hvor vi gennem afprøvning af forskellige hypoteser stadigt bliver klogere. Aktuelt er den biologiske børne- og ungdomspsykiatri i højsædet og psykoterapeutisk er det den kognitive terapi, der er i fokus.

I fremtiden kan man forestille sig, at den kategorielle diagnostik med forsøg på skarp afgrænsning mellem det syge og sunde vil blive afløst af en mere dimensionel tankegang, hvor det ikke kun drejer sig om, hvorvidt man har en sygdom eller et handikap, men især om tilstandens sværhedsgrad. Diagnosticering og udredning skal ske både af den henviste patient og af dennes ydre livsbetingelser. Det drejer sig ikke så meget om *enten-eller*, men snarere om *mere-eller-mindre*. Stærkt forenklet kunne man måske sige, at vi ikke kan nøjes med en digital venstrehemisfæretankegang, men vi må nødvendigvis supplere med højre hemisfæres mere analoge tilgang til problemerne.

Børne- og ungdomspsykiatrien var i begyndelsen af sin udvikling her i landet overvejende individorienteret. Problemerne blev anskuet ud fra en psykoanalytisk funderet apparatfejlsmodel. Senere er man til en vis grad på baggrund af indhøstede erfaringer gået fra *intra* (det der ligger inden for individerne) til *inter* (det der foregår mellem individerne). Man har ikke forladt det individorienterede, men arbejder nu mere end tidligere med den reciprokke sammenhæng mellem individ og samfund. Barnet med vanskeligheder influerer på omgivelserne, der kan reagere uhensigtsmæssigt og dermed forværre barnets vanskeligheder, hvorefter omgivelserne yderligere frustreres. Der opstår en ond cirkel, hvor det kan være svært at skelne præcist mellem årsag og virkning. Man har i mange år overvejet at indføre multiaksial diagnostik, hvor der for eksempel bliver redegjort for det kliniske syndrom, eventuelle udviklingsforstyrrelser, somatiske sygdomme, grad af psykosocial belastning og det globale funktionsniveau. En sådan diagnostik svarer bedre til virkeligheden end den rent individuelle diagnose og giver bedre grundlag for oprettelse af en behandlingsplan, der bør være under løbende revision under indflydelse af de resultater, der opnås. Problemet med den mere brede form for diagnostik, hvor der inkluderes flere aspekter end de såkaldt rent lægelige, kan være, at ansvaret for behandlingen diffunderer ud i systemet. Der bliver let mange kokke om maden. Den tværfaglige og tværsektorielle tilgang til problemerne udspringer som en klar nødvendighed på baggrund af multiaksial diagnostik, men det kan være et problem at få repræsentanterne for de forskellige systemer (familien, sundheds-, social- og skolevæsenet) til at indgå i et frugtbart og gensidigt berigende samarbejde. Der tales ofte

om, at det er vigtigt med en ansvarlig koordinator, en tovholder, men det virker ofte, som om det kan være svært at realisere denne utvivlsomt rigtige idé. Politikerne udtaler, at man ikke må klandre samfundet, men skal rette skytset mod sig selv, for børnenes vedkommende vil det sige forældrene. Det er deres ansvar, at børnene opfører sig ordentligt i skolen og er indlæringsparate. Men forældrene kan ikke klare denne udfordring, hvis de ikke får tilbud om kvalificeret dialog og rådgivning på baggrund af en multiaksial diagnostik. At sikre en sådan mulighed for dynamisk, dialogbaseret vejledning og rådgivning må være et vigtigt mål for alle de instanser, der arbejder med børns psykiske og fysiske trivsel, ikke mindst for børne- og ungdomspsykiatere. De bør råbe vagt i gevær hver gang de ser, at vognen er ved at køre skævt på grund af mangel på økonomiske og faglige ressourcer. Mange vil med en vis ret sige, at udviklingen inden for børne- og ungdomspsykiatrien er foregået med syvmileskridt. Hjælpemulighederne er langt større end de var for 50 år siden. Men alt er relativt. Til trods for bedre undersøgelses- og behandlingsmuligheder er det næppe lettere at være forældre og børn end det var før i tiden. Traditioner og normer er under afvikling i en gennemsekulariseret verden og gør livet vanskeligt og uoverskueligt, især for de konstitutionelt svagere udrustede, som jo udgør en stor og vigtig del af det børne- og ungdomspsykiatriske klientel. De risikerer let at blive tabere, at blive udstødt af samfundet. Alt tyder på, at børne- og ungdomspsykiatere får nok at se til, også i de næste halvtreds år. Det gælder udredning, behandling, undervisning og forskning. Børne- og ungdomspsykiatri anses ikke længere for at være galimatias. I dag tvivler ikke mange på, at vi har en etisk forpligtelse til at hjælpe børn og unge med svære psykiatriske problemer bedst muligt.

Kilder:

Foruden de i teksten anførte:

Lomholt, Margrethe: *Børnepsykiatriens begyndelse ved hospitalet i Risskov*. Særtryk af Lægebibliotekets julehæfte.

Brask, Birte Høeg: Tale ved Psykiatrisk Børnehospitals 25-års jubilæum.

Egne erindringer.

Ungdomspsykiatriens etablering og faglige udvikling

Tove Aarkrog

Hvad ønskede man af ungdomspsykiatrien?

I flere år ønskede man et særligt afsnit for ungdomspsykiatriske patienter. De unge forstyrrede både i de voksenpsykiatriske afdelinger og i de børnepsykiatriske. Man ønskede, at der skulle dannes et miljø, som var særlig egnet til unge, at man der skulle kunne finde ud af, hvad de fejlede, lave undersøgelser for børneværnet og give behandling. De „uanbringelige" unge skulle der findes en længerevarende placering for.

Det var overlægerne Myschetzky og Gudrun Brun på henholdsvis voksenpsykiatrisk og børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital, der enedes om, at et afsnit på voksenpsykiatrisk afdeling skulle indrettes til dette formål.

Forberedelsen

fandt sted i slutningen af 1967. Der var litteratur at studere og erfaringer at lære af. Aichhorns beskrivelse fra tyverne af, hvor vanskeligt det var at tale med „vrangvillig ungdom" stod helt frisk. Vi havde set film fra udenlandske ungdomsmiljøer, der gerådede i kaos.

De første uger gik med indretningen, hvor vi ville undgå institutionspræg og at gøre indretningen uborgerlig. En kendsgerning var, at de store vinduer var særligt sikrede fra voksenpsykiatriens tid med små blyindfattede ruder, et institutionspræg vi ikke kunne fjerne. Kitlerne blev lagt efter særlig tilladelse og det blev på overlæge Hoffmeyers opfordring besluttet, at alle skulle være dus.

Fejler de overhovedet noget?

Tiden var i ungdomsoprørets og antipsykiatriens tegn, så tidspunktet for at åbne en ungdomspsykiatrisk afdeling kunne dårligt være vanskeligere. Der var en almindelig despekt for psykiatriske diagnoser, som man bare kunne skrotte. Den populære opfattelse, som også mange af miljøpersonalet delte, var, at de unge bare havde pubertetsproblemer eller var ramt af samfundets (kritisable) struktur.

Opbygningen af miljøet

skete successivt efterhånden som personalet blev ansat. Naturligt nok var ingen erfarne i ungdomspsykiatri. Psykiatri, børnepsykiatri og psykologi skulle gensidigt inspirere hinanden, ligeledes pædagogik og sygepleje. Der blev ikke

lagt nogen skarpe aldersgrænser for, hvad vi kunne modtage. Vi skulle nu sammen forme et ungdomsmiljø, der kunne rumme et stort spænd af aldre (fra 12-13 år til 21-22 år). Vi dannede et diagnostisk system sammensat af det voksen- og det børnepsykiatriske system og en registrering blev udarbejdet. Dermed var grunden lagt til forskning.

Åbningen

fandt sted i januar 1968 af denne første afdeling af sin art i landet. Miljøet var nærmest under stadig udvikling, alt mens erfaringer blev indhentet. Skoleundervisningen udgjorde den klarest strukturerede del af ugeprogrammet. Traditionelle beskæftigelsesformer fandtes uanvendelige. Vi måtte finde noget, der kunne motivere de unge. Det blev maling, keramik, foto, svømning og værksted og siden indkøb af mad, madlavning og ordning af tøj.

Kaos

udbrød ikke sjældent i afdelingen. Det kunne ske, at de unge erobrede personalekontoret eller løb rundt i de underjordiske gange, endog over til kapellet. Det gav os en herostratisk berømmelse. Vi var noget nyt på hospitalet. Vi blev betragtet både med undren, nysgerrighed og ængstelse. Dersom noget blev ødelagt et eller andet sted på hospitalet, var man sikker på, at det var vore unge. Nogle kolleger i andre afdelinger troede (indtil de fik andet fortalt), at der herskede en slags fri opdragelse hos os, hvilket aldrig har været tilfældet, men vi lærte at stramme strukturen.

Forældrene

måtte vi samarbejde med således, som man gør i børnepsykiatri. Men vi startede ikke gerne en undersøgelse med at tage hele familien ind. Den unge krympede sig, når moderen eller faderen forklarede, hvordan han/hun havde det. Vi tog den unge til samtale hos sin egen terapeut, og forældrene for sig hos en anden terapeut.

Skolen

skulle gerne stille aldersrelevante krav, men det viste sig hurtigt, at vi fik mange unge, der var langt bagud skolemæssigt og som forlængst havde opgivet sig selv som skoleelever. Det var op til lærerne at bevise over for eleverne, at de kunne lære noget. Det blev de dygtige til.

Socialt

måtte vi også stille større krav end til børn, men indkøb, madlavning, vask mm. måtte læres under vejledning. De unge kunne næsten aldrig noget af det, når

de kom. Man kunne støde på modstand mod denne kurs hos forældrene. Jeg kan endnu huske en mor kæmpe for at få sin søns tøj med hjem for at vaske det.

Vi kunne jo aldrig komme længere end både den unge og forældrene ville være med til. Der skulle gå nogle år, før vi kunne sætte dette ind i udviklingspatologiske teorier.

Er hun/han syg nok?

Vi blev ofte stillet overfor dette, om den unge nu var syg nok til at komme hos os. Jeg mindes en lærer, der kom med en elev og nærmest undskyldte, at han kom med så små problemer. Helt så små var de ikke. Jeg måtte fortælle, at som situationen var, måtte et lukket afsnit være det relevante, hvis ikke den pågældende elev ophørte med sit misbrug. Læreren tog en meget alvorlig samtale med eleven på vejen hjem og med hans støtte kunne hun snart igen præstere noget i skolen. Jeg husker også en mor, der kom med en psykotisk dreng, som trods høj begavelse ikke fungerede i skolen og indtog sine måltider siddende under familiens bord. „Er det ikke pubertet?" spurgte moderen. Måske ville hun deri lægge, at den unge blev rask, så snart puberteten var ovre. Jeg måtte sige, at det ikke kunne forklare tilstanden. Jeg spurgte hende så, hvad hun allerhelst ville have, at sønnen fik hjælp til. Der gik en rum tid. Endelig sagde hun, at det ville være godt, hvis vi kunne gøre noget ved hans sengevæden.

I sådan en familie, som langtfra er sjælden, må der bruges megen tid på samtaler, før man „trækker på samme hammel".

Havde vi noget netværk?

Tidligt fik vi et særligt samarbejde med den nærliggende Grundtvigskole og efter nogle år blev vi tilknyttet Tølløse børne-ungdomspension, som blev forpligtet til især at modtage vore unge. Vi trak en del af personalet ud til ambulant funktion, for at kunne løse lettere opgaver uden indlæggelse.

I løbet af forholdsvis kort tid åbnede der en række ungdomspsykiatriske enheder rundt i landet, nogle ved omdannelse af afsnit for misbrugere, nogle som en gevækst på voksenafdeligen, nogen ud fra børnepsykiatrien. Faget viste sig at tiltrække begge specialer således at man i mange år kunne konstatere, at der hvert sted var en børnepsykiater og en voksenpsykiater til at supplere hinanden. Vi mødtes jævnligt og drøftede vore problemer. Ligeledes fik vi i en lang årrække tilladelse til at rejse til udenlandske institutioner med en lille personalegruppe. Der blev også taget initiativ til et årligt landsmøde fortrinsvis for tværfagligt personale.

Psykopatologien

Relationen mellem pubertetsudvikling og manifestation af psykisk lidelse var central. Var de tilstande vi så akutte og forbigående? Fra en ungdomspsykiatrisk afdeling i USA havde vi det udsagn (Masterson) at „psykisk lidelse i ungdomsårene er en station på vejen mellem psykiske problemer i barnealderen og kronisk lidelse i voksenalderen".

Vi fandt, at en høj procent af de indlagte havde manifesteret psykisk lidelse i barnealderen. Kun sjældent kunne det vi så derfor opfattes alene som et pubertetsproblem. Hvor vedvarende tilstandene var, og hvilken sammenhæng der kunne være med psykiske lidelser hos voksne, ville tiden jo vise. Derimod var der andre forhold ved puberteten, der bestemt havde en psykiatrisk betydning: Jo tidligere den unge manifesterede psykiske problemer, jo mere alvorlige var de. Almindelige pubertetsproblemer kunne også på mange måder spille en rolle i deres tilstand. Det kunne være en dependent ung, som over for pubertetens krav om selvstændighed, knyttede sig stærkt til en anden end forældrene eller til en ungdomsgruppe med stramme regler. Det kunne være problemer med seksuel orientering, som først i puberteten måtte finde en afklaring. Med Erik H. Eriksson ville der ikke komme sammenbrud af identiteten i ungdomsårene, medmindre der allerede før da havde været en svag identitet. Kort sagt vil en svag identitet før puberteten kunne ligge bag manifeste psykiske problemer i ungdommen. Den første ungdomspsykiatri var skrevet „på identitetsbegrebet". Det blev klart, at mange tilstande kunne opfattes udviklingspsykopatologisk.

En teori – mange teorier

Forholdsvist hurtigt kom vi bort fra at forstå de unge alene ud fra en normal pubertetspsykologisk vinkel. Hvilket grundlag havde vi så? På det tidspunkt kom Mahlers separations-individuationsteori for unge – og „oversættelsen" af denne ved Peter Blos – i vælten. Denne teori viste sig hjælpsom til at forstå, hvad der skete i miljøet. Kort fortalt: den splittede unge kastede forskellige af sine splittede opfattelser af andre ud på forskellige i personalet. Personalet gerådede så i heftige drøftelser af, hvem der havde den korrekte opfattelse af den unge. Det lykkes at arbejde med, at alle opfattelser var rigtige i den forstand, at de repræsenterede forskellige sider af den unge. Det var til uvurderlig hjælp i sig selv tillige med at det var teorier, som det traditionelle team (læge, psykolog og socialrådgiver) også arbejdede med. At vi samtidig havde brug for en traditionel sygdomsmodel var tydelig, des mere jo mere syg den unge var.

Om at ytre sig udad

På et vist tidspunkt, hvor de unge blev stærkt drøftet i medierne, følte personalet, at det også kunne bidrage med sine erfaringer. Vi samledes omkring kon-

ferencebordet. Det viste sig nu, at vi egentlig ikke rigtig vidste, hvad vi skulle ytre. Vor viden om, hvordan det gik de unge senere, var for tilfældig. Jeg foreslog så, at vi skulle gå i gang med at efterundersøge de unge, der jo var primært registrerede for en lang række variable. Der dannedes en forskningsgruppe. Vi delte opgaverne. En skulle se på de unge, der var debuteret med psykisk lidelse i barnealderen, to andre skulle se på resten af gruppen og jeg skulle efterundersøge de unge. Den slags undersøgelser kan med stor fordel gøres i Danmark, hvor det er muligt at opspore så godt som alle.

Mere plads

fik vi tilbudt i den gamle sygeplejerskebolig. Flyttefolkene udtalte, at det var som at flytte et hjem og ikke en afdeling. Vi boede nu i 3 etager og tilstræbte at lade den øverste stå tom om dagen, hvor skole og andre aktiviteter var i gang i mezzaninen, mens ambulatoriet og kontorerne befandt sig på 1. sal.

Forbedret diagnostik af den unge

Vi syntes, at vi var ret skrappe til at finde ud af, hvad de unge fejlede. Imidlertid havde vi behov for i vore drøftelser i teamet at kunne have noget materiale med fra den første samtale med den unge. Det kunne være tegninger, men efterhånden viste der sig mulighed for samtale med audiotape eller video. Dette medførte igen en udvikling af, hvilken type samtale der skulle føres, f.eks. en der samlede symptomer, en der afprøvede forsvarssystem eller et af de utallige specifikke interviews, som f.eks. PSE eller SCID og endelig en form, der afprøvede patientens mulighed for at få gavn af psykoterapi. Da brugte man i reglen de interventioner, man senere ville anvende i samtaleterapien.

Forbedret diagnostik af relationen mellem ung og forældre

Denne undersøgelse udsprang af en forskningsgruppe vi havde sammen med spædbørnspsykiaterne, hvor vi anvendte forskellige undersøgelser af tilknytningen mellem barn/ung og moderen/faderen. Vi kunne således nu til vore teorier føje tilknytningsteori, som har givet os en forståelse for de vanskeligheder, vi kan møde i behandlingen, og ruste os til at imødegå dem under behandlingen.

Er der et fag, der hedder ungdomspsykiatri?

Det kan man sige, når vi har miljøet udviklet, diagnosticeringen mere og mere differentieret såvel som en stribe af behandlingsmetoder, der kombineres individuelt til hver ung, muligheder for at ophjælpe skolefunktionen og endelig for nogle en placering på den erfarne pension i Tølløse.

Efter et udvalgsarbejde blev ungdomspsykiatri slået sammen med børnepsykiatri. Det ønskede vi, idet stramningen af specialer i Sundhedsstyrelsen og øre-

mærkning af stillingerne i uddannelsesøjemed kunne have bevirket, at vort sub- eller grenspeciale var døet ud. Som det er nu, bidrager ungdomspsykiatri med hele sin erfaring i det samlede børne-ungdomspsykiatriske speciale og indgår på lige fod i uddannelsen til specialist i børne-ungdomspsykiatri, hvor det også tiltrækker voksenpsykiatriske speciallæger, som kan hjælpe med at håndtere de svære opgaver på de lukkede afsnit. Det samlede speciale er kommet ned fra „Elfenbenstårnet", som det engang blev beskyldt for at sidde i.

Litteratur

Aichhorn: *A Wayward Youth*. Feffer (Viking), 1935.

Blos P: *Om ungdomsårene*. Hans Reitzels Forlag, 1969.

Eriksson EH: *Identitet, Ungdom og Kriser*. Hans Reitzels Forlag, 1971.

Masterson FM: *Treatment of the borderline adolescent. A developmental approach*. John Wiley and sons, 1972.

Aarkrog T: *Ungdomspsykiatr*i. Munksgårds Forlag, 1975.

Forskning i ungdomspsykiatri, før, nu og fremover

Før

Med oprettelsen af en ungdomspsykiatrisk enhed i 1967 fik forskning i ungdomspsykiatri et klinisk grundlag i Danmark. Før da havde der været forskning i udlandet, hvor ungdomspsykiatri allerede i mange år havde været et selvstændigt speciale. Endvidere kunne forskning i ungdomspsykiatri findes som en del af enten børnepsykiatriske eller voksenpsykiatriske studier, men det kunne da ofte være vanskeligt at få udskilt gruppen af unge fra det samlede materiale.

Muligheden var derefter, at de indlagte unge kunne gøres til genstand for en *deskription*, som blev bygget på en *konsekutiv registrering*, hvori man medtog variable af særlig interesse. Dette kunne f.eks. være psykiske problemer i barnealder, tegn på noget organisk, forældrenes sociale niveau osv.

Ungdomspsykiatri havde som beliggende mellem børnepsykiatri og psykiatri et *klassifikationsproblem*: Ville man overvejende komme til at bruge den børnepsykiatriske eller den voksenpsykiatriske diagnostiske klassifikation? Reglen er, at dersom patientens tilstand opfylder kriterierne for en voksenpsykiatrisk lidel-

se skal denne diagnose stilles, også selvom det er et barn. Diagnosen skizofreni kan således godt stilles hos f.eks. en 7-årig, hvis de diagnostiske kriterier er opfyldt. Registreringssystemet skulle rumme diagnoser fra såvel børne- som voksenområdet – i begyndelsen fra ICD-8 og senere op til nu ICD-10.

Debut i barnealder. Det viste sig, at en del af det ungdomspsykiatriske klientel havde haft psykisk lidelse i barndommen. Det blev opgaven at beskrive, hvorledes disse tilstande så ud i ungdomsårene, og hvordan de kunne klassificeres. Ligeledes kunne det senere blive en opgave at undersøge, hvorledes det gik psykiatrisk set i voksenalder. Derved dannede faget bro mellem to specialer, som det også kunne blive inspireret af.

Det lykkedes at engagere afdelingens terapeuter i disse spørgsmål, således at der var en generel interesse hos de ansatte i, hvorledes det gik de unge, og der opstod et *forskningsmiljø.* Det var dengang således at man godt kunne nå at forske lidt inden for sin arbejdstid og mange gik også videre med problemerne uden for arbejdstiden. Der var også en vekselvirkning mellem igangværende forskning og den daglige klinik – og omvendt.

Longitudinelle undersøgelser. Man havde korte uformelle opfølgninger ved kontaktpersonen, men også opfølgninger af det samlede klientel efter 5 år, og dele af klientellet (borderline og psykoser) efter 20-25 år. Disse opfølgninger omfattede et personligt interview, opfølgning gennem Demografisk Instituts registrering af genindlæggelser og eventuelt samtale med forældre eller andre pårørende. Sådanne undersøgelser er naturligvis meget krævende, idet der må kræves en aktuel rediagnosticering ved 2 uafhængige, erfarne terapeuter. Ligeledes skal de samlede oplysninger fra efterundersøgelsen bedømmes af to uafhængige personer og der skal i undersøgelsen være internationalt anerkendte variable som f.eks. Global Assesment Scale, sociale niveauer, definition af tab osv.

Danmark er et ideelt land for efterundersøgelser for man kan opspore alle. Det er ikke undersøgelser man kan gøre uden en vis frigørelse fra det daglige arbejde. Hvis fremgangsmåden først er fastlagt, kan undersøgelsen dog køre over længere tid uden de store investeringer. Ved slutopgørelsen er der brug for frigørelse fra det daglige arbejde.

Nu

Ofte kommer der til at gå en del år, før kohorten er stor nok. Det er et problem, ligesom i børnepsykiatri, at det er svært at få samlet et stort materiale. Hvis registreringen bliver gennemført over mange år, kunne man dog på et vist tidspunkt opgøre et større materiale, hvor man laver en sammenligning mellem den del af klientellet, der havde haft psykisk lidelse i barnealderen og den del, der debuterede i ungdomsårene, og hvor man også kunne sammenligne disse

grupper med hensyn til genindlæggelse i voksenpsykiatriske afdelinger. Det krævende er, at registreringen skal gennemføres ensartet og man skal indstille sig på rediagnosticering, fordi klassifikationssystemet forventeligt vil ændres efter en årrække.

Forskning i ungdomspsykiatri har det særlige problem, at der er *to parter, der skal spørges* med hensyn til medvirken i forskning: den unge selv og forældrene.

Den somatiske/psykologiske udvikling i ungdomsårene giver særlige problemer, idet udviklingsstadium og psykopatologi væver sig sammen, *udviklingspsykopatologi*. Man har gerne villet bagatellisere psykopatologi og tillægge eventuelle symptomer en pubertetsudvikling, men det er nu blevet en sjældnere fejlvurdering.

Imidlertid er der utvivlsomt både *udløsende* udviklingsfaktorer og *patoplastiske* karakteristika, som er en nærmere undersøgelse værd. For at udforske udviklingens indflydelse skal de faktorer, der kan belaste i ungdomsårene kendes. Det kan f.eks. være endelig afklaring af seksuel orientering, frigørelse fra forældre, oprettelse af venskaber, pardannelse, påbegyndelse af uddannelse eller arbejde. Man kan således godt i det enkelte tilfælde beskrive udviklingsmæssige faktorer, som præger billedet. Ofte vil det være hos unge med visse (om end ikke manifeste) psykiske skrøbeligheder inden puberteten, som får åbne psykiske problemer i ungdomsårene.

Her har man hidtil støttet sig på *Erikssons identitetsteori*. Denne modificeres nu, idet man erkender, at en samlet identitetsoplevelse først opnås godt op i den voksne alder. Blos's beskrivelse af *separations-individuationsprocessen* i ungdomsårene har ligget til grund for forståelse af en del psykopatologi, således især personlighedsforstyrrelse.

Der er imidlertid også en ny teori, *tilknytningsteorien,* der kommer til at spille en stor rolle i ungdomspsykiatri. Tilknytningsteorien beskæftiger sig bl.a. med transmission af tilknytningsforstyrrelse fra mor til ung.

En metode til undersøgelse af personlighedsforstyrrelser kan udledes deraf. Dette gøres nu hos borderline unge og deres mødre. Teorien hjælper til at forstå både den unge og forældrene bedre og derved forbedre behandlingen. Et interview, Adult Attachment Interview (AAI), kan vise hvorledes tilknytningsmønsteret er.

Tilknytningsteorien får nu også indflydelse på forskning i psykoterapi. Tilknytningsmønsteret dannes i de første leveår og erindres ubevidst som meget andet affektivt materiale. *Hukommelsesforskning* har bekræftet, at dette materiale

findes ubevidst. Derved bliver en grundig tidlig anamnese af forholdet til nærmeste anden en god kilde til at forstå den unge.

Med inspiration fra den amerikanske børne-ungdomspsykiater Paulina Kernberg er *spejlundersøgelser* af normale børn og unge med personlighedsforstyrrelser nu igangsat.

Ungdomspsykiatrien har et godt forskningsfelt med sin viden om børnepsykiatriske symptomer og tidsmæssige nærhed til barndommen. Fra voksenpsykiatrien har vi i forskning af unge med psykoser lært at benytte hjerneskanningsmetoder. Således er en kohorte af psykotiske børn og unge undersøgt med magnetresonansskanning. Denne kohorte er – som det må forlanges i dag – undersøgt med andre metoder som bl.a. Present State Examination (PSE) med konsensus af diagnosen mellem 4 erfarne klinikere og med specifikke psykologiske testmetoder. Man vil se, om der er morfologiske ændringer så tidligt.

Grundig anamnese vil vise, hvor lang tid der vil kunne gå, før en psykotisk ung bliver henvist og derved belyse begrebet „varighed af ubehandlet psykose". Dersom man skal videre med tidlig intervention ved psykoser er dette væsentligt.

Fra en sådan kohorte af tidligt debuteret psykose vil man kunne undersøge forskellige variable, ligesom det vil give væsentlige oplysninger at følge kohorten op med fornyet grundig undersøgelse.

Psykoser, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser udgør størstedelen af det ungdomspsykiatriske klientel. Spiseforstyrrelser, som er en stor og vigtig diagnostisk gruppe i ungdomspsykiatri, er herhjemme undersøgt fra børnepsykiatrisk hold og videreføres fortsat. Der foreligger en nyere tvillingundersøgelse heraf.

Fremover

fortsætter opfølgningerne forhåbentlig ligesom veldefinerede kohorter med nye undersøgelsesmetoder må udforskes. Forholdet til forældrene må indgå i en del af forskningen. Det, der bekymrer nu, er manglen på økonomiske muligheder og den stressede hverdag, som synes at udelukke forskning.

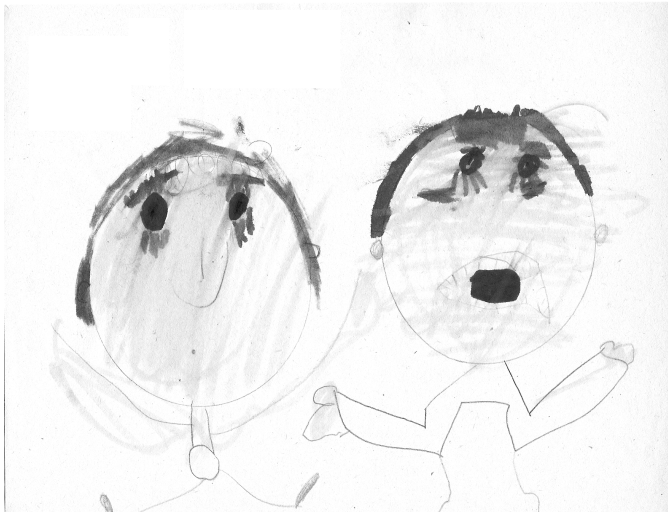
Litteratur:

Kortegård S. Lisbeth. *Arvelighed af spisefortyrrelse belyst ud fra en uselekteret tvillingepopulation*. Ph.d., Syddansk universitet, 2001.

Pagsberg K. *Structural brain abnormalities in 10-18 year old children and adolescents with first onset of psychoses*. Ph.d. indgivet til bedømmelse ved København Universitet.

Pedersen J, Aarkrog T. A 20-year study of an adolescent psychiatric clientele, with special reference to the age of onset. Nordic Journal of Psychiatry 2001; 55(1): 5-10.

Rechenbach A. Tilknytningsteorien og dens praktiske anvendelse i klinikken. Nordisk psykologi 1999;51(1):1641.



Begrebet borderline og dets praktiske udmøntning

Tove Aarkrog

Hvornår begyndte man at bruge betegnelsen borderline?

Det var i 1938, at Stern anvendte betegnelsen borderline for patienter, der var for syge til en klassisk psykoanalyse. Zilboorg beskrev i 1941 ambulatorisk skizofreni hos skizofrene patienter, som holdt den sociale facade, som var ret velbevarede og som ikke behøvede indlæggelse. Helene Deutsch beskrev det psykostrukturelle mønster hos en gruppe patienter, hvis realitetstestning var intakt. Hun betegnede dem som „*as if*". Da 4 af de 5 patienter havde psykoser i familien, opfattede Deutsch dem som værende i en skizofren udvikling. Schmiedeberg beskrev borderline patienter, der var „stabile i deres instabilitet" og anså, at nogen af dem var tidlige tilfælde af skizofreni. Federn beskrev i 1947 latent skizofreni, et begreb der også beskrives af M. Bleuler i 1974. Hoch og Polatin beskrev i 1949 en gruppe patienter inden for skizofrenigruppen, som de betegnede som pseudoneurotisk skizofrene. Knight gjorde det i 1954 klart, at der var to måder at bruge ordet borderline på: den ene for grænsen mellem skizofreni og ikke-skizofreni og den anden for grænsen mellem psykoneurotiske tilstande og dybere forstyrrelser. Som en konsekvens af dette har Spitzer og medarbejdere udformet to sæt diagnostiske kriterier for borderline skizofreni og borderline personlighed.

Om opdagelsen af disse sidste tilstande sagde Vanggård: „Man mener at have en neurotisk patient i psykoanalyse. På få sessioner kommer man ind i dybt materiale. Et øjeblik kan man tro, at man er en særlig dygtig terapeut, indtil det går op for en, at patientens forsvar er så skrøbeligt, at man hurtigt kan komme ind i dybt materiale". Ekstein betegner i 1955 forandringerne hos en skizofren i bedring som en „borderline" skizofreni.

Hvorfor var det så kontroversielt?

Man må forstå, at klassisk psykiatri (meget inspireret af tysk psykiatri) anså, at patienter diagnostisk kunne placeres i 4 kasser: psykoser, neuroser, psykopatier og åndssvaghed. Derfor blev det oplevet som noget rod med borderline. Selve dette at definere noget som beliggende på en grænse er uklart. Derfor var der megen modstand mod begrebet borderline. I den seneste udgave af Strömgrens lærebog ofres der 2-3 linjer på dette begreb. Og hvad med retspsykiatrien, hvor der gjaldt regler for strafudmåling ved psykotiske tilstande. Skulle grænsepsykoser så også ind i denne gruppe?

Diagnostisk klassifikation efter ICD-8

Her kunne man finde borderline to steder: [1)] under skizofreni som latent skizofreni alias pseudoneurotisk eller pseudopsykopatisk skizofreni, populært kaldet grænsepsykose og [2)] under karakterneurose som pseudoneurotisk eller pseudopsykopatisk karakterneurose.

Hvorledes benyttede man disse diagnoser?

Der var en begrundet mistanke om, at forstavelsen „grænse-" blev brugt, enten når man var usikker på diagnosen eller når man ønskede at bagatellisere den tunge diagnose skizofreni. I ICD-8 havde dansk børnepsykiatri en gruppe af specielle diagnoser for børn, herunder infantile grænsepsykoser.

Kært barn har mange navne

Jeg lavede engang en oversigt over forskellige borderline betegnelser: *borderline state*, grænsepsykoser, *borderline cases*, pseudoneurotiske former af skizofreni, borderline patient, *borderline personality organization*, borderline syndrom, skizofren borderline tilstand, borderline tilstand og pseudoneurose og infantile grænsepsykoser.

Hvilken betegnelse man bruger, hænger naturligvis sammen med ens teoretiske grundlag. Grundlaget var oftest egopsykologi suppleret med objektrelationsteorier eller separations-/individuationsprocessen. Man havde den opfattelse, at en borderline personlighedsforstyrrelse rent deskriptivt lignede gentilnærmelsesfasen i separations-/individuationsprocessen. Nogen drog endda den slutning, at denne standsning i udvikling var årsagen til forstyrrelsen. Senere er disse synspunkter modificeret.

Er borderline en selvstændig sygdomsenhed eller ligger tilstanden på et kontinuum med andre tilstande?

Som det fremgik af det ovennævnte opfattede man borderline skizofreni som beliggende på et kontinuum med skizofreni. Infantil grænsepsykose blev anset for at ligge på et kontinuum med infantil psykose.

Med hensyn til borderlinetilstanden inden for karakterneuroserne var der mere tvivl om, hvorvidt det var en selvstændig sygdomsenhed. Disse spørgsmål er efterhånden kommet til en afklaring, som jeg kommer til senere.

Den umiddelbare følge af fundet af borderlinetilstande

Opdagelsen af tilstande, der lå mellem psykoneuroser og dybere forstyrrelser, bevirkede, at psykoanalytikere mente, at psykoanalyse ikke kunne bruges til

disse mere skadede patienter. En overgang mente man endda ikke, at disse patienter kunne bruge samtalebehandling, men derefter udvikledes særlige samtaleformer til dem.

Reaktionen på opdagelsen af borderline skizofreni førte til mere optimistiske prognoser end for skizofreni og senere til en kombinationsbehandling af antipsykotisk medicin og støttende samtaler, om muligt ambulant.

Borderlinebegrebets indførelse i Danmark

Det var Vanggård, som indførte borderlinebegrebet i Danmark. Mange klinikere, der har været undervist af ham, var ham dybt taknemmelig. I 1955 skrev han i Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad „Om skizofrene grænsetilfælde". Hans behandling var samtaler og to-sporet behandling med antidepressiv og antipsykotisk medicin i små doser.

I den reviderede udgave af Lomholts børnepsykiatri (1975) skrev Birte Høeg Brask bl.a. kapitlet om psykoser, herunder om infantile grænsepsykoser. Hendes teoretiske grundlag var egopsykologi ligesom i artiklen fra 1963 „Om psykotiske børns jeg-bevidsthed". Det var således en psykodynamisk forståelse af barnet. Et sådant grænsepsykotisk barn har en svært læderet realitetstestning, en mangelfuld jeg-udvikling, et svagt kontaktforhold og en ikke-alderssvarende tænkning. Hun beskrev fire typer: barnet med særinteresse, som kan virke tvangspræget, det symbiotisk klyngende barn, barnet med dårlig impulskontrol og endelig barnet, der manglede kerne i dets identitet og virkede „som-om-agtig".

Årsagsmæssigt regnede man både med arv, svært traumatiske forhold til moderen og hjerneskader. Behandlingsmæssigt havde nogen brug for psykoterapi, nogen ydermere for længere behandling på behandlingshjem samt særlig pædagogisk støtte for at indlære. Nogle udviklede sig positivt, men der var flydende overgange til infantile psykoser. Nogle blev senere skizofrene.

Den diagnostiske klassificering i ICD-10 og DSM-III og senere DSM-IV

Den gordiske knude: „Hører borderline til psykoser eller til personlighedsforstyrrelser?" løste man i ICD-10 ved at hugge området over og kalde de skizofreninære for skizotypiske og placere dem i skizofrenispektret og kalde de karakterneurotisk-nære for „emotionelt ustabile af borderline type" og placere dem i gruppen af personlighedsforstyrrelser. I DSM-klassifikationerne placeredes både den skizotypiske og borderlinepersonlighedsforstyrrelsen i gruppen af personlighedsforstyrrelser. I disse klassifikationer er der selvstændige sæt af diagnostiske kriterier for disse tilstande, som altså ikke længere diagnosticeres som liggende på grænsen til et andet diagnostisk begreb. Det oprindelige

borderline er reduceret til kun at omfatte personlighedsforstyrrelsestilstanden. Infantil borderline forsvandt såvel som infantile psykoser. Dermed forsvandt også vægten på en psykodynamisk forståelse af disse børn og erstattedes af en kognitiv forståelse. Af og til giver børnepsykiatere udtryk for, at de savner de tidligere diagnoser og den forståelse, der lå i dem.

Det psykoanalytiske borderlinebegreb

er bredt. Det benævnes borderline personlighedsorganisation (*borderline personality organization*) og omfatter en række personlighedsforstyrrelser og andre ikke-psykotiske og ikke-neurotiske tilstande. Man skelner på følgende måde:

	Realitetstestning	Identitetsoplevelse	Forsvarssystem
Neuroser	Bevaret	Sikker	Modent
Borderline	Bevaret	Sikker	Umodent
Psykoser	Bevaret	Sikker	Primitivt

Man forestiller sig ikke, at disse tilstande ligger på et kontinuum, men ved belastning og stress kan den skrøbelige borderlinepatient blive psykotisk, hvorimod denne tilstand under behandling kan ændres til en mere moden neurotisk tilstand.

Borderline personlighedstruktur beskrives kvalitativt. Det er forsvarssystemet, evnen til empati og evnen til selvindsigt, der skal redegøres for. Der er især forsvarsmekanismerne *splitting*, projektion, projektiv identifikation, benægten og omnipotens, der præger billedet. Ved *splitting* er patientens opfattelse af sig selv og af andre splittede, eksempelvis opleves der to personer i moderen, den gode mor og den onde mor.

Jeg husker således en ung kvinde, som kaldte sin mor for mor, når hun omtalte moderens positive egenskaber, men kaldte hende Betty, når hun huskede, hvor forsømmelig og ond moderen havde været. Sig selv kunne hun opleve som både god og ond, værdifuld eller kassabel. Hun kunne således det ene øjeblik mene, at hun var meget vellidt og godt kunne gå hen til gruppen af veninder, men det næste øjeblik være i tvivl om, hvorvidt hun overhovedet var noget værd. Derfor gik hun så ikke hen til veninderne og forblev meget ensom. Forsvarsmekanismen *splitting* er altså ikke kun noget, der hører til skizofreni.

Gennem forståelsen af mekanismen *splitting* når man også til at forstå, hvorfor borderlinepatienten er så skiftende.

Det er på grundlag af denne viden, at man har udviklet en særlig form for psykoterapi for borderlines, nemlig ekspressiv, psykoanalytisk orienteret psykoterapi. Denne terapiform er dels støttende, idet den støtter patienten til at tage ansvaret for at arbejde i samtalerne. Den er samtidig afdækkende, idet den viser patienten hans/hendes skrøbelige og uhensigtsmæssige forsvar. Terapien sigter på en integration af den splittede personlighed. Den psykoterapeutiske proces er langvarig, ½-1 år eller mere, men resultatet, kan blive frihed for symptomer og et mere modent forsvarssystem. Otto Kernberg og medarbejdere arbejder på at vise, hvorledes effektiviteten er af behandlingen. Borderline personlighedsforstyrrelse kan også behandles med kognitiv terapi.

Stabiliteten af borderlinetilstande

Efterundersøgelser af den brede gruppe af borderlines har vist, at nogle bliver raske, dvs. at de nok kan være skrøbelige, men ikke manifesterer tilstrækkelig mange af de diagnostiske kriterier til at diagnosen kan stilles. Andre viser sig at få affektive psykoser. Det gælder især borderline personlighedsforstyrrelserne, mens de tilstande, man nu betegner som skizotypiske, kan udvikle sig til en af skizofrenierne. Det vil sige, at selvom borderlinetilstandene, klassificeret på grundlag af symptomer og træk, principielt er langvarige, til tider livslange, kan en mindre del af dem altså på længere sigt siges at være beslægtede med henholdsvis skizofrenier, affektive psykoser – og endelig med personlighedsstrukturer inden for normalområdet.

Er borderline personlighedsforstyrrelse nu en velafgrænset, valid sygdomsenhed, som kan diagnosticeres reliabelt?

I diagnosticering af personlighedsforstyrrelse støder man på det problem, at man hos en og samme patient kan finde tilstrækkeligt mange diagnostiske kriterier for mere end én personlighedsforstyrrelse. Flere forskere har ment, at borderline var et udflydende begreb. Imidlertid har det vist sig, at man ved hjælp af flere diagnostiske redskaber, bl.a. Diagnostic Interview of Borderline-Revised, kan afgrænse borderline personlighedsforstyrrelse reliabelt.

Hvorfor udvikles der en borderline personlighedsstruktur?

Dels regner man med arv. Dels har man altid regnet med miljømæssige faktorer i form af problemer til nærmeste anden. Masterson gik så vidt, at han en overgang endog mente, at den unge borderlines mor selv havde en borderline personlighedsstruktur. Man har også fundet, at en stor procentdel af borderlines har været ude for seksuelle grænseoverskridelser i barnealderen eller anden traumatisk opvækst.

Nu har tilknytningsteori bragt os nærmere. Man har således vist, at forstyrrelser

i tilknytningen har en ætiologisk betydning, dvs. forstyrrelser, der opstår meget tidligt i barnets alder. Dette skal be- eller afkræftes ved flere undersøgelser. Indtil videre skal det forstås således, at grunden til borderline personlighedsforstyrrelsen bliver lagt meget tidligt, men tilstanden manifester sig i reglen først i ungdomsårene.

Retningslinjer for behandlingen

Det amerikanske psykiatriske selskab har fastlagt retningslinjer for diagnosticering, som i dag er utænkelig uden et eller flere gennemprøvede interviews. Endvidere rekommanderes behandling, dog beskrevet i brede vendinger. I depressive faser behandles med antidepressive midler og der gives støttende samtaler. Ved suicidale trusler skal patienten først og fremmest beskyttes. I de tilfælde hvor patienten er nærpsykotisk, giver man antipsykotisk medicin. I de tilfælde, der kan have gavn af det, giver man ekspressiv psykoterapi eller kognitiv terapi. Da man anser, at op til en tredjedel af det ungdomspsykiatriske klientel har en borderline personlighedsforstyrrelse, er det væsentligt også her i landet at udvikle retningslinjer for behandlingen.

Hvad har vi fået?

- Beskrivelse af en personlighedsstruktur, hvis dannelse går helt tilbage til barnets første leveår, som vi derfor må videre med forskningsmæssigt.
- Krav om en psykodynamisk forståelse, som er nyttig andre steder i psykopatologien og som kan lægges som grundlag for miljøsupervision.
- Et velafgrænset sygdomsområde med behandlingsmuligheder.
- Udviklingen af en specifik psykoterapeutisk samtaleform.
- Et grundlag for oplæring i psykoterapi, således at denne ikke overgår helt til psykologisk regi.

Litteratur:

Kernberg, Otto. *Borderline conditions and pathodological narcissism*. 7th. printing. Jason Aronson, New York, 1976.

Lomholt, Margrete. *Børnepsykiatri*. Rosenkilde og Bagger, 1975.

Stone, Michael. *The Borderline Syndromes. Constitution, Personality and Adaptation*. McGraw-Hill Book Company, 1980.

Aarkrog, Tove. *Borderline Adolescents 20 years later*. Disputats, Københavns Universitet, 1995.

Aarkrog, Tove. The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood. 1981. Acta Psychiatrica Scandinavica 1981; Supplementum 293, V: 1-300.

Det har ikke været muligt at give et historisk overblik over borderlinebegrebet uden at nævne mange navne. Jeg har derimod kun givet en kort litteraturliste. Skulle nogen være interesserede i yderligere referencer, kan de blot henvende sig til mig.

Fra infantil psykose/grænsepsykose til gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Ole Sylvester Jørgensen

Dansk børnepsykiatris udvikling fra efterkrigsperioden afspejler sig i høj grad i de forskellige udgaver af Margrete Lomholts lærebog „Børnepsykiatri" fra den første udgave i 1948 og 40 år frem. I denne periode skete der radikale ændringer i opfattelsen af årsagsforhold, patogenese og diagnostisk afgrænsning af de tilstande vi i dag opfatter som dele af det autistiske spektrum, især infantil autisme og Aspergers syndrom.

Denne oversigt vil derfor især bygge på de forskellige udgaver af Lomholts lærebog, men også på enkelte andre danske publikationer vedrørende emnet. Den internationale forskning, især britisk børnepsykiatri, vil der kort blive refereret til som baggrund for beskrivelsen af udviklingen i Danmark.

I overenstemmelse med den seneste internationale litteratur vil der ofte i denne artikel blive refereret til nutidens begreb „autismespektrum" blot ved brug af betegnelsen „autisme".

Autisme som skizofreni

I den tidligste udgave af Lomholts børnepsykiatri fra 1948 blev børn med infantil autisme beskrevet under afsnittet om endogene psykoser. Afsnittet vedrører dog overvejende skizofreni med debut i den senere barnealder, dels de akut forløbende, dels de med mere gradvis opståen. En del af børnene med gradvist indsættende symptomer må dog antages at dreje sig om børn vi i dag ville betragte som lidende af autisme.

Lomholt beskrev, at tilfælde af „børneskizofreni" med sygdomsdebut tidligt i barnealderen fremtrådte anderledes end dem med debut senere i barnealderen. Hun opfattede de særlige træk, der prægede de tidligt debuterende former (mangel på emotionel kontakt, motoriske stereotypier og mental retardering) som sekundære følger af den skizofrene proces, når den rammer børn i de tidligste udviklingsfaser, mere end som direkte symptomer på skizofreni.

Lomholt skriver: „Da barnets udvikling på snart sagt alle områder i så høj grad er afhængig af dets kontakt med omverdenen, er det klart, at autismen må virke hæmmende på barnets udvikling også bortset fra den egentlige skizofrene nedbrydning af personligheden, og dette mere jo yngre barnet er". „Børnene bliver efterhånden mere og mere stillestående og uforetagsomme, dog med afbrydel-

ser af hensigtsløs bevægelsestrang med stereotype fagter og manerer". „Hyppigst bliver børnene mindre talende. Dette kan stige til mutisme. Heller ikke sjældent ser man forøget taletrang, ofte ganske stereotyp med indblanding af meningsløse ord eller stadig gentagen af ligegyldige sætninger. Navnlig hos små børn ses reel tilbagegang af sproget."

Lomholt var tilsyneladende i årene op til 1948 ikke bekendt med Kanners artikler fra årene efter 1943. Derimod referer hun til Heller i sin omtale af den hyperkinetiske autisme, som hun betegner *dementia infantilis*.

Autisme som børnepsykose

I 2. udgave fra 1957 af Lomholts lærebog skete der dog væsentlige ændringer. Afsnittet fra 1. udgave „endogene psykoser" omdøbtes til „psykoser", og det opdeltes i 2 underafsnit: [1)] skizofreni og [2)] tidlige infantile autistiske eller symbiotiske psykoser.

Lomholt lader 2. underafnit indlede som følger: „I de senere år er der fremkommet beskrivelser af to forskellige psykoseformer hos helt små børn. Karakteristisk for begge disse psykoseformer er en forstyrrelse eller manglende udvikling af barnets kontakt med og opfattelse af omverdenen. I 1943 beskrev Kanner den tilstand, han benævnte tidlig infantil autisme."

Den anden gruppe Lomholt referede til var Mahlers symbiotiske psykose, en psykisk forstyrrelse vi i dag anser for at være en variation inden for autismespektret.

Leo Kanners artikel fra 1943 om autisme i barndommen slog ellers tidligt igennem i den internationale børnepsykiatri, langt tidligere end Hans Aspergers beskrivelser af lignende børn. Selv om Kanner selv anvendte betegnelsen „infantil autisme", fortsatte man adskillige år endnu med at anvende psykosebetegnelsen som overbegreb for de forstyrrelser vi i dag betegner som gennemgribende psykiske udviklingsforstyrrelser.

Allerede hos Lomholt sporedes i 1957-udgaven af lærebogen, en vis utilpashed ved at anvende det voksenpsykiatriske psykosebegreb i barnealderen. „De kriterier, man bruger for at stille diagnosen (psykose) hos en voksen, gælder ikke altid for børn. I visse tilfælde vil symptomer, der hos en voksen ville lede tanken hen på en psykose, hos børn kunne findes ved lettere psykiske forstyrrelser."

Gennem børnepsykiateren Birte Høeg Brask, der var overlæge ved Børnepsykiatrisk Hospital i Aarhus, Risskov, har vi løbende skriftlige vidnesbyrd om den udvikling, der fra slutningen af 1950'erne skete i opfattelsen af autisme hos børn.

I 1965 med den 3. udgave af Lomholts Børnepsykiatri kom Brask ind som forfatter til kapitel IX om psykoserne. Hermed påbegyndtes en udvikling i dansk børnepsykiatri, parallelt med udviklingen i især britisk børnepsykiatri, hvor opfattelsen af Kanners autisme som en tilstand, der er ikke blot var forskellig fra skizofreni, men også var forskellig fra de tilstande som normalt samledes under psykosebetegnelsen. Alligevel bibeholdt man, især i Skandinavien, betegnelsen „psykose", som var så stærkt integreret i psykiatrisk tankegang, men markerede i stedet forskellene mellem det voksenpsykiatriske psykosebegreb og „børnepsykoserne" ved at benytte betegnelsen *infantil psykose* som det begreb, der dækkede de autistiske tilstande i barnealderen. Ved præfixet „infantil" markeredes det, at der var en kvalitativ forskel fra de voksenpsykiatriske psykoseformer. I 1990'erne skete der i dansk børnepsykiatri, adskillige år efter udviklingen i international børnepsykiatri, et endeligt brud med psykosebegrebet, og betegnelsen *infantil autisme* som en psykisk udviklingsforstyrrelse blev indført svarende til det, vi kender i dag.

Dansk Psykiatrisk Selskabs børnepsykiatriske sektion havde i midten af 1960'erne nedsat et udvalg til udarbejdelse af en børnepsykiatrisk diagnoseliste, der senere blev grundlaget for den danske udgave af ICD-8. I dette udvalg, bestående af Axel Arnfred, Birte Høeg Brask, Gudrun Brun, Jens Egsgaard, Kai Tolstrup og Inger Zahle, udarbejdedes „Bemærkninger til den børnepsykiatriske diagnoseliste", som blev udgivet 1. januar 1966. Heri ses de første danske forsøg på at begrunde en adskillelse af infantil psykose fra psykosebegrebet generelt samt lignende bestræbelser vedrørende neurosebegrebet (infantil neurose) og for karakterafvigelsernes vedkommende (infantil karakterafvigelse). Det „præciseres, at udtrykket „infantil" ikke tager specielt sigte på psykiske forstyrrelser i den infantile periode af barndommen (f.eks. 0-2 år), men henfører i almindelighed til kliniske billeder, der er karakteristiske for barndommen som sådan og dermed i modsætning til voksenalderen og dennes psykiske syndromer."

I den 6. udgave af Lomholts Børnepsykiatri fra 1975 blev infantil autisme, under betegnelsen infantil psykose, fortsat opfattet som en psykose, og definitionen baserede sig – som tidligere – på jeg-psykologiens hypoteser. Det bevirker, at også begrebet grænsepsykoser i barnealderen fastholdes, ligeledes på samme hypotetiske baggrund, jeg-psykologien. Samtidigt bliver det tydeligere, hvor svært det er i lærebøgerne at give en konkret definition på overbegreberne psykose og grænsepsykose, så de ubesværet rummer de enkelte syndromer, hvis definitioner hver især var langt mere klare.

I disse år begyndte det at slå igennem i den børnepsykiatriske forskning, at en diagnostisk afgrænsning baseret på operationaliserbare definitioner af psykia-

triske syndromer ville bedre reliabilitet, og dermed validitet, af de diagnostiske begreber. Validitetsundersøgelser pegede på, at netop infantil autisme hos børn var et syndrom, hvis fremtræden kunne identificeres med ret høj grad af sikkerhed af flere klinikere, der diagnosticerede samme sygehistorier og kliniske beskrivelser uafhængigt af hinanden. Det viste sig også i en dansk reliabilitetsundersøgelse, som i disse år blev foretaget under ledelse af Anne Mette Skovgård.

Det er tydeligt, at denne strømning i retning af bedre validitet af de psykiatriske sygdomsbegreber prægede Birte Høeg Brasks diagnostiske opfattelse, samtidig med at hun havde betænkeligheder ved af gå over til det hun mente ville blive en ren „adfærdsdefinition", hvis begrebet infantil psykose (og infantil grænsepsykose) skulle bevares.

Det er imidlertid også bemærkelsesværdigt hvor tilbageholdende Brask var i forhold til de strømninger, der for alvor argumenterede for at infantil autisme, bortset fra at det var en svær psykisk forstyrrelse, ikke havde meget tilfælles med de psykiske lidelser, der sædvanligvis betragtedes som psykotiske. Denne opfattelse blev fremført af Michael Rutter i slutningen af 1960'erne, og især gennem Ian Kolvins epokegørende artikler fra 1971 i British Journal of Psychiatry; artikler hvor han minutiøst dokumenterede validiteten af, at infantil autisme var et selvstændigt syndrom forskelligt fra skizofreni. Dermed var forudsætningerne skabt for at se det som mere meningsfyldt, at autisme betragtedes som en udviklingsforstyrrelse frem for en psykotisk tilstand.

I sin artikel om behandling af psykotiske børn publiceret i 1975 i Ole Warmings bog „Behandling af børnepsykoser. Psykoterapi og/eller indlæring?" nærmer Høeg Brask sig imidlertid den internationale udvikling, trods forbehold. Hun skriver: „Herhjemme anvender børnepsykiatere og kliniske børnepsykologer en vurdering af personlighedsstrukturen, især jeg-funktionerne, som grundlag for diagnosen psykose eller grænsepsykose. Men dette forudsætter referensrammer, som der ikke er almindelig enighed om. En diagnose byggende på en beskrivelse af adfærden ville være lettere at formidle, men adfærden alene kan være vildledende. Intet enkelt symptom forekommer hos alle psykotiske børn, og alle symptomer hos psykotiske børn kan findes også hos børn, der ikke er psykotiske."

Videre skriver Høeg Brask: „Problemet om en ensartet afgrænsning af de tidlige børnepsykoser har endnu ikke fundet en løsning. Man er dog kommet et langt skridt videre, efter at de tidligt autistiske syndromer (= symptommønstre) er blevet beskrevet og afgrænset som en særlig undergruppe."

Det er også værd at hæfte sig ved, at hun i ovennævnte citat fra 1975 fremstil-

lede adfærdsbeskrivelse som det eneste alternativ til de psykoanalytiske personlighedsteorier. Men hun understregede samtidig nødvendigheden af at komme videre for at sikre validiteten af diagnosebegreberne.

Et personligt bekendtskab mellem Birte Høeg Brask og Lorna Wing medvirkede i høj grad til, at Høeg Brask så tidligt fik indblik i udviklingen i britisk forskning, ikke blot vedrørende autisme og Aspergers syndrom, men også vedrørende psykiatrisk diagnostik generelt.

Især engelsk psykologi og psykiatri inspireredes i disse år af den neopositivistiske udvikling i engelsk filosofi, der netop understregede, at ikke kun ydre adfærd men også subjektive fænomener kan underkastes videnskabelig afprøvning, at det er muligt at afgøre, om fænomener hos det enkelte menneske findes eller ej, men også at fænomener kan „måles og vejes", dvs. graderes. Især Gilbert Ryles bog „The concept of Mind" fra 1949 blev så vidt jeg husker af en del danske psykiatere, i hvert fald på Afd. O på Rigshospitalet, anset for en central, neopositivistisk monografi af videnskabelig betydning.

I tiden efter den neopositivistiske bevægelse fremkom der som bekendt videnskabelige metoder til gradering af fænomener i lighed med, hvordan vi måler f.eks. højde og vægt. Vi kender konsekvenserne i f.eks. rating scales for subjektive symptomer ved depression. Afgørende var ikke om det målte var adfærd eller fænomen, men om det målte som begreb kunne operationaliseres eller ej.

I 1980'erne regnede Høeg Brask med, at forstyrrelser inden for den sproglige udvikling ville vise sig som forklaring på ikke blot de kommunikative, men også de kontaktmæssige symptomer hos børn med autisme. I perioden 1982-1987 hvor jeg arbejdede hos Birte Høeg Brask i Risskov gik hendes opfattelse overvejende i retning af, at basale forstyrrelser i udviklingen af sprogets symbolfunktioner var knyttet til de autistiske forstyrrelser.

Da Simon Baron-Cohens første artikel om Sally-og-Anne-testen blev publiceret i 1985 og han dermed fremførte hypoteserne om, at mentaliseringsvanskeligheder kunne være grundlag for symptomerne ved infantil autisme, var Høeg Brask, så vidt jeg husker, i sin første reaktion skeptisk, men hun indså, at de mangelfulde evner til mentalisering var vigtige forudsætninger for nogle af symptomerne ved infantil autisme, men næppe kunne forklare hele billedet.

Aspergers syndrom

I Gudrun Bruns bog „Psykotiske børns Tegninger" fra 1979 gives en beskrivelse af grænsepsykotiske tilstande hos børn, uden at Hans Aspergers arbejder blev nævnt i bogens tekst eller i referenceliste. Gudrun Brun brugte beskrivelser som: „Disse tilstande begynder gerne i 2-5-års alderen." „Børn med denne syg-

dom har ingen svær autisme, og de har som regel en normal sprogudvikling. De kan ikke lege som andre børn. Deres interesser er meget ensporede. De fleste har udprægede tvangssymptomer." „Forløbet hos den enkelte ændres ikke synderligt med årene." Betegnelser, der yderst direkte peger i retning af Aspergers syndrom.

Asperger og hans diagnostiske begreb „autistiske psykopater" omtales imidlertid allerede i 1965 af Birte Høeg Brask i kapitlet „Psykoser" i Margrete Lomholts 3. udgave af den børnepsykiatriske lærebog. Her beskrives, at børn, der ifølge Aspergers nomenklatur led af autistisk psykopati, svarer til en undergruppe af de børn, som ellers beskrives som grænsepsykotiske, og hvis overordnede definition og adskillelse fra infantil psykose hvilede på jeg-psykologiens ikke-operationaliserbare begreber.

Mange af de overvejelser, der derefter i Lomholts lærebøger blev fremført vedrørende forholdet mellem psykose og infantil psykose, er brugt til en tilsvarende adskillelse mellem de diagnostiske begreber grænsepsykose og infantil grænsepsykose.

Da infantil autisme tidligt fik en operationaliserbar definition, svandt behovet som ovenfor anført for en fælles definition svarende til det bredere område infantil psykose.

Inden for området infantil grænsepsykose blev det først med fremkomsten af en operationaliserbar definition på Aspergers syndrom, at der sattes en lignende proces i gang, og i erkendelse af vanskelighederne ved at opstille en operationaliserbar definition på hele det bredere begreb infantil grænsepsykose, har grænsepsykosebegrebet i barnealderen da også mistet sin diagnostiske betydning i ICD-10.

Der er imidlertid fortsat problemer med at finde valide diagnostiske kategorier for de børn, der tidligere fik diagnosen infantil grænsepsykose, men som ikke har Aspergers syndrom. Fremtidens forskning vil vise, om disse svært diagnosticerbare børns psykiske forstyrrelser er konstellationer af hidtil kendte syndromer (komorbiditet), eller om de vil blive forklaret i takt med fremtidige, hidtil ukendte syndromer.

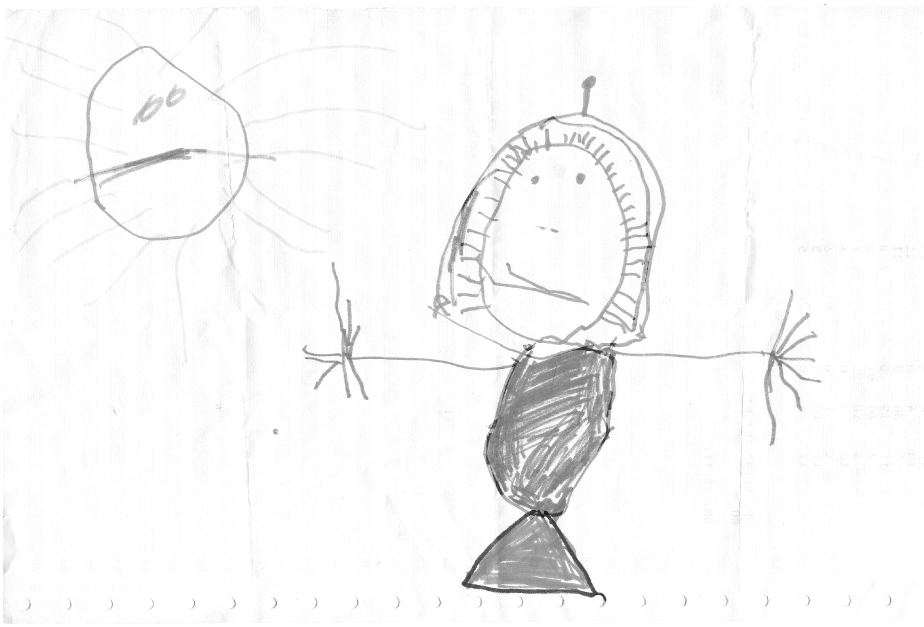
Litteratur:

Bruun G. *Psykotiske børns tegninger*. Hans Reitzels Forlag. København, 1979.

Lomholt M. *Børnepsykiatri*. 1.udgave. Rosenkilde og Baggers Forlag. Køben-

havn, 1948; 2. udgave 1957; 3. udgave 1965; 6. udgave 1975.

Warming O. *Behandling af børnepsykoser. Psykoterapi og/eller indlæring?* Gyldendals pædagogiske bibliotek. København, 1975.



Fra organiske psykosyndromer over MBD til ADHD/DAMP

Niels Hansen

Indledning

Overskriften signalerer mere en ændring i den diagnostiske kultur end i symptomatologien. I Margrete Lomholts bog „Børnepsykiatri", 2. udgave, fra 1957 omtales i kapitlet „Organisk betingede psykiske forstyrrrelser" hyperkinesien som en postencefalitisk tilstand. Når det gælder ætiologien ville man ikke melde så bastant og entydigt ud i dag som dengang. Men symptomatologien er den samme. Børnene beskrives for 50 år siden som voldsomt motorisk urolige med uimodståelig bevægelsestrang, betinget af en stærk indre spænding. Denne spænding udløser formålsløse og tilfældige handlinger og bevægelser. Børnene optages stadig af noget nyt, og kan kun fastholde interessen få øjeblikke, inden de farer til det næste. „Får man et sådant barn i sin konsultationsstue, kan stuen på forbavsende kort tid komme til at ligne en slagmark. Barnet river tingene ned fra skrivebordet, tager fat i alt, ganske tilfældigt og uden interesse. Legetøjet tages omgående alt sammen ud og spredes over gulvet, uden at barnets interesse fanges mere end et øjeblik af noget. Det anvender kun i ringe grad legetøjet efter dets formål, men håndterer kun rundt med det." (side 85) Beskrivelsen svarer i alt væsentligt til symptomerne ved en af vor tids aktuelle diagnoser, ADHD. Den gang anvendtes undertiden diagnosen organisk psykosyndrom, som imidlertid ikke fandtes i en formaliseret, kodificeret klassifikation, men var en betegnelse, der dækkede over en formodning om, at barnets psykiske symptomer kunne tilskrives en cerebral dysfunktion hos et barn med begavelse inden for normalområdet. Diagnosen blev stillet på baggrund af mulig ætiologi, neurologiske fund og symptomatologi. Den var ofte suppleret med et *obs. pro*, som betegnede en usikkerhed eller hypotese, som kunne være nyttig og frugtbar i den videre diagnostiske udredning. Desværre er *obs. pro* udgået af vor tids diagnostiske vokabular som følge af intense bestræbelser mod en mere præcis diagnostisk kategorisering jf. de ateoretiske og fænomenologiske kriterier i f.eks. ICD-10. Diagnosen organisk psykosyndrom blev anset for at være for omfattende og upræcis uden tilstrækkelig validitet og reliabilitet. Ved som i ICD-10 at kræve et bestemt antal tegn og symptomer opfyldt for at kunne stille en diagnose, håbede man på at kunne opnå en bedre indbyrdes overensstemmelse mellem forskellige diagnostikere end førhen.

Mange henvisninger til børnepsykiatriske afdelinger indeholdt en anmodning om at få vurderet, om den beskrevne symptomatologi var udtryk for følge efter en hjerneskade, eller om den kunne anses for at være psykogent betinget. Der

blev således lagt op til en enten-eller tankegang, som ikke modsvares af realiteternes verden. Tidligere kunne man se diagnosen *disordo personalitatis infantilis (psych/fys)* anført for at betegne, at man tilskrev problemerne både psykogene og fysiogene faktorer. Der var altså ikke tale om enten-eller, men om både-og og mere-eller-mindre.

Inden for det sidste halve århundrede er betegnelserne inden for det, der ofte populært er blevet kaldet en mindre hjerneskade, gået fra de organiske psykosyndromer over MBD til ADHD/DAMP.

De organiske psykosyndromer

Alle psykiske fænomener er naturligvis udtryk for eller ledsages af fysiologiske og biokemiske processer i hjernens neuronale netværk. Er de afvigende og permanente, er man tilbøjelig til at korrelere dem til strukturelle forandringer, som imidlertid langt fra altid har kunnet påvises. Inden for børnepsykiatrien – i dag børne- og ungdomspsykiatrien – talte man for 30-40 år siden om de infantile organiske psykosyndromer. Det drejede sig om børn, der vurderet ud fra en intelligensprøve ganske vist placerede sig inden for normalområdet, men som alligevel ikke kunne begå sig alderssvarende, hverken kognitivt eller emotionelt. Deres intellektuelle profil fremstod ujævn, og evnen til vedholdende koncentration var nedsat. De blev ofte beskrevet som flagrende og ustabile med nedsat evne til fordybelse. Reflektionsevnen syntes begrænset, impulskontrollen ringe. Undertiden mente man at kunne påvise en særlig epileptoid psyke præget af klæbende adfærd og langvarige raserianfald. Disse adfærdstræk måtte ikke skyldes uheldige påvirkninger fra miljøet, men blev tilskrevet arv eller mulige skadelige påvirkninger af hjernen, ofte i forbindelse med graviditet eller fødsel. Mistanke om cerebro-organisk genese blev bestyrket gennem påvisning af såkaldte *soft signs* ved funktionsneurologisk undersøgelse, eeg-forandringer, muligvis diskrete cerebrale atrofier påvist ved luftencefalografi og forskellige psykologiske tests, populært kaldet organikerprøver. Når der så fandtes en vis overensstemmelse mellem anamnese, klinik og fund, talte man om, at barnet havde eller kunne have en mindre hjerneskade. Behandlingen bestod i information til forældrene og, hvis det kunne lade sig gøre, specialundervisning, der tog højde for barnets kognitive problemer. Vigtigt var det, at barnet ikke blev presset ud over sin formåen, at modvirke nederlagsfølelse. Børnene med de organiske psykosyndromer adskilte sig fra de mentalt retarderede, f.eks. dem med Downs syndrom, ved at de ofte var følsomme og nærtagende. Ofte oplevede de sig stemplet som afvigere. For godt et halvt århundrede siden foregik megen særundervisning i såkaldte hjælpeklasser. At gå der var absolut ikke forbundet med nogen form for prestige. Det har i øvrigt i al min tid som børnepsykiater været god latin at sige, at forældrene blev lettet for skyldfølelse, når de fik at vi-

de, at deres barn havde „en mindre hjerneskade", en oplysning, som børnene i almindelighed ikke rigtigt forstod at værdsætte.

I 1965 foretog jeg en efterundersøgelse af 110 børn, der havde været indlagt på det daværende Psykiatriske Børnehospital i Risskov fra august 1958 til august 1959. Undersøgelsen viste, at halvdelen af børnene havde tegn på cerebral dysfunktion, hvilket blev offentliggjort i en artikel i Acta Psychiatrica Scandinavica med titlen „Cerebro-organic Pathogenesis in 110 Children Followed-Up Subsequent to Admission to a Child Psychiatric Department". Børn med tegn på organisk psykosyndrom blev i forbindelse med indlæggelsen ofte diagnosticerede som tidligt skadede, hvorimod non-organikerne ofte fik diagnosen infantil neurose eller miljøreaktion. Ved efterundersøgelsen havde organikerne klaret sig betydeligt dårligere, personligheds-, uddannelses- og arbejdsmæssigt end non-organikerne.

De såkaldt organiske børn frembød således alvorlige psykiske problemer med risiko for et kronisk forløb. Den forhåbning man havde haft, om at børnene ville vokse sig fra problemerne holdt ikke stik. Følgende sygehistorier kan illustrere dette:

> 13 år gammel dreng indlægges i 1957 og udskrives med diagnosen organisk psykosyndrom. Ifølge forældrene har han altid været vanskelig og urolig, efterhånden tiltagende irritabel og opfarende. Han bliver efterhånden meget påståelig og rethaverisk, unuanceret og persevererende i sin tankegang. Han oplever, at læreren er på nakken af ham. Skolen truer med at udvise ham på grund af hans stærkt forstyrrende og udisciplinerede adfærd. I hjemmet går han især moderen stærkt på nerverne på grund af sin evindelige uro, fløjten, syngen, forurettethed og trods. Kammeraterne har for længst vendt ham ryggen. Der foreligger en politirapport i anledning af, at han har rapset 9 kroner i skolen. Forud for indlæggelsen er der fundet et epileptiformt eeg, men der er ikke sikre tegn på epileptiske fænomener. Han forsøges behandlet med antiepileptika uden virkning.
>
> Under indlæggelsen skiftende i sin adfærd, synes ofte i sine impulsers vold. Han er et stadigt uromoment, råber, skælder ud, vandrer på forstyrrende vis rundt i klassen, således at undervisning på det nærmeste umuliggøres. Binet-Simon viser en IK på 91, Rorschach tyder på dårlig realitetskontrol, og organikertests peger i retning af lettere cerebral dysfunktion. Pneumnoencefalografi viser normale forhold. Efter 3 måneders indlæggelse ses ingen forandringer i tilstanden, og han udskrives til hjemmet.
>
> Ved efterundersøgelse 7 år senere oplyses, at han hurtigt forlod skolen på grund af voldsomme konflikter med lærerne. Derefter havde han forskellige småjobs, som han klarede nogenlunde. Han bor fortsat i hjemmet, hvor han er uhyre snakkende, gentager hele tiden sig selv, hører ikke efter, hvad an-

dre siger. Samtidig er han blevet et ordensmenneske, meget nøjeregnende med sin økonomi. Han har ingen omgangskreds, bruger sin fritid til at læse cowboyromaner og til at se fjernsyn. Han går op i Vietnamkrigen, som han finder meget spændende. Han viser ikke megen selvindsigt og har ingen konkrete fremtidsplaner. WAIS viser en samlet IK på 86 med stor spredning; i organikerprøverne er der en del signifikante, men ikke særligt grove afvigelser, men han gør sig meget store anstrengelser for at klare prøverne. Han husker ikke indlæggelsen i sin tid som en positiv oplevelse. Der var for mange forbud, og han følte sig indespærret på grund af låste døre og vinduer.

Nogle få år senere findes han død på havnen. Medikolegalt ligsyn giver ingen forklaring, sektion af hjernen inklusiv histologisk undersøgelse viser normale forhold.

I dag ville diagnosen formentlig have været hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse. Behandlingen ville have været multimodal, tværfaglig og tværsektoriel. Der ville være givet grundig såvel mundtlig som skriftlig information til barnet/den unge, forældrene og skole/fritidsinstitution, og der ville være taget stilling til behovet for psykoterapi til patienten og/eller familien. Endvidere ville der være givet tilbud om specialundervisning og specialpædagogik. Muligvis ville man have suppleret med centralt stimulerende medicin, og han ville i så fald være fulgt i et efterambulant forløb. Man ville måske have foreslået aflastningsfamilie i nogle weekender og ville i det hele taget i samarbejde med social- og sundhedsforvaltningen være opmærksom på behov for særlige støtteforanstaltninger, eventuelt dag- eller døgnophold på institution særlig kyndig på området. Der ville være udfærdiget en behandlingsplan med angivelse af særlig behandlingsansvarlig, som ville have ansvar for løbende evaluering af planen.

Fra samme tid kan nævnes en pige, der i 1957, 11 år gammel, henvises af egen læge, fordi hun ikke kan følge med i skolen. Forældrenes indbyrdes forhold er anspændt, præget af faderens angstneurose og moderens ambitioner og perfektionisme. 2 ældre søskende klarer sig upåfaldende i skolen. Hun havde *sprue* som spæd og var indlagt herfor i næsten et år. Endvidere blev der konstateret *ruminatio*, da hun var 6 måneder gammel. Den tidlige udvikling var retarderet. Hun har altid været meget rolig, grænsende til det passive. Hun er dyspraktiker, vender alt forkert, bøger, strømper, sko, men også ord og stavelser. Hun bruger briller efter operation for skelen. Ved ambulant undersøgelse her opfattes hun som et besynderligt barn, initiativløs og kontaktfattig. Hun klarer Binet-Simon svarende til den øvre del af debilområdet, men Rorschach tyder på, at hun har mange ressourcer, som blot ikke kommer til udfoldelse. Hun bliver derfor opfattet som pseudodebil. Hun henvises til et behandlingshjem for neurotiske børn, men bliver afvist, da man mener, at opgaven ligger i periferien af, hvad behandlingshjemmet beskæftiger sig med, og da ventetiden er meget lang. Ved udskrivelse tilrådes

forældrene at undersøge muligheden for fortsat skolegang i en Rudolf Steiner-skole.

7 år efter indlæggelsen viser hun sig mere åben og spontan end man ville have forventet. Hun vedkender sig sine kognitive vanskeligheder fuldt ud. Hun virker noget umoden og konkret, har svært ved at koncentrere sig og ved at orientere sig, viser tegn på betydelige indlæringsvanskeligheder. Hukommelsen er dårlig og ordforrådet forholdsvis ringe. Hun er ansat som stuepige på hotel. Diagnose ved efterundersøgelse: *encephalpathia inf. seqv.* 1967 bliver der foretaget en provokeret abort og i 1980 indlægges hun i psykiatrisk afdeling. Den nærmere årsag til dette er ikke oplyst.

Den aktuelle diagnose ville have været „blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder" (ICD-10, F83.9) og formentlig *inferioritas intellectualis*.

Endvidere ville man nok have overvejet at stille diagnosen „social funktionsforstyrrelse" (F94). Man har i mange år overvejet at indføre multiaksial diagnostik, hvilket måske er gennemført nogle steder i landet, men ikke generelt. I det nævnte tilfælde kunne det blandt andet overvejes at supplere med en af diagnoserne under Z62, „andre problemer i forbindelse med opdragelsen."

De nævnte kasuistikker er medtaget for at illustrere, hvor varieret symptomatologien og hvor alvorlig prognosen kan være inden for de organiske psykosyndromer. Det var dengang almindeligt at inddele børn med psykiatriske problemer i tre hovedkategorier, de infantile psykoser, de infantile neuroser og dem med såkaldt tidlig defekt personlighedsudvikling. Der var en tendens til at opfatte alle tilstandene som i det væsentlige psykogent betingede. De såkaldt hjerneskadede ansås ikke for at være så spændende og interessante som f.eks. de infantile psykoser, idet det i sin tid var gængs opfattelse, at autismen var udtryk for en psykogent betinget kontaktspærring, bag hvilken der lå betydelige potentielle udfoldelsesmuligheder. For at beskytte deres sarte og skrøbelige jeg skjulte de mere eller mindre ubevidst den viden, de var i besiddelse af. I dag er de fleste af den opfattelse, at infantil autisme er udtryk for en hjerneorganisk lidelse, en cerebralt betinget gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

MBD

Fra omkring midten af tresserne begynder man at benytte diagnosen MBD eller MCD (minimal brain damage/minimal cerebral dysfunction/disease).

I the National Project on Minimal Brain Dysfunction in Children fra USA hed det i 1966: *„The term „minimal brain dysfunction" refers to children of near average, average or above average general intelligence with certain learning or behavioral disabilities ranging from mild to severe, which are associated with deviations of function of the central nervous system. These deviations may manifest*

themselves by various combinations of impairment in perception, conceptualization, language, memory and control of attention, impulse or motor function. These aberrations may arise from genetic variations, biochemical irregulation, perinatal brain insults or other illnesses or injuries sustained during the years which are critical for the development and maturation of the central nervous system, or from unknown causes. The definition allows for the possibility that early severe deprivation could result in central nervous system alterations which may be permanent. During the school years a variety of learning disabilities is the most prominent manifestation of the condition."

I definitionen er indeholdt den mulighed, at ætiologien kan være såvel fysiogen som psykogen, og dermed antydes, at MBD er et dynamisk begreb, hvor såvel ætiologi som manifestation skyldes en række faktorer, genetiske, fysiogene og psykogene, alle i indbyrdes samspil. Når årsagssammenhængen er kompleks er diagnostik og terapi det naturligvis også.

MBD blev ligesom organisk psykosyndrom af mange anset for at være en diffus og upræcis diagnose, som ikke sagde meget om hverken årsag, symptomer eller behandling. Der efterlystes mere eksakte og entydige diagnostiske kriterier, således at man kunne gå fra overvejelser og skøn til faktisk viden, og således at forskellige diagnostikere på et såkaldt objektivt grundlag uafhængig af egen filosofi og præferencer kunne nå frem til det samme diagnostiske resultat. Dette diagnostiske ideal har det imidlertid altid været svært at realisere i børnepsykiatrien, også når det gælder de lidelser, der skulle have sin rod i somatikken, i hjernen.

Ønsket om entydighed og klarhed på området afspejles ofte i forældrenes holdning. Mange vil gerne vide, om deres barn har en mindre hjerneskade eller blot er uartigt. Har barnet en hjerneskade, er det efter forældrenes opfattelse i mindre grad ansvarligt for sine handlinger. Så kan det undskyldes, man kan bære over med det. Det er ikke altid så ligetil at klargøre for forældre, at uartighed er et vidtfavnende og mangetydigt begreb, som næppe kan bruges som led i en differentialdiagnostisk procedure mellem hjerneorganisk dysfunktion og andre former for uønsket adfærd. Både hos lægd og lærd er der et stort ønske om eksakt at kunne skelne mellem de diagnostiske kategorier. Enten-eller føles godt og trygt. Så ved man, hvad man har at regne med. Både-og, på den ene side-på den anden side opleves som uforløst, som en frugtesløs march på stedet. Hvis det hele kan blandes sammen i én pærevælling – hvor er vi så henne?

Ja, det ved vi jo ikke præcist, men vi er nok nærmere sandheden, som ikke er enkel og ligetil, men nuanceret og kompleks. Det enkelte barn passer sjældent præcist ind i en diagnostisk ramme, men falder meget ofte mellem stolene. At

gøre sig dette klart er en forudsætning for at kunne yde meningsfuld børnepsykiatrisk lægehjælp. Det kan naturligvis være af afgørende terapeutisk betydning at kunne påpege mulige hjerneorganiske momenter i en broget og omfattende symptomatologi, men et barns svagheder og styrkesider vil naturligvis ikke være udtømmende defineret eller beskrevet gennem diagnosen MBD. I dag taler man om DAMP, og man bruger endda betegnelsen DAMP-børn. Det er forståeligt, at mange, der er forsynet med den diagnostiske etikette DAMP føler sig stemplede.

Alt dette betyder ikke, at diagnoserne skal afskaffes. De er nødvendige og brugt rigtigt vejledende, men det er samtidig vigtigt at gøre sig klart, at børn med cerebral dysfunktion er indbyrdes meget forskellige med hver deres individualitet og særpræg; lige så forskellige, som de børn der mere eller mindre arbitrært befinder sig inden for normalområdet. Det vigtigste i sammenhængen er at være opmærksom på, at der ikke findes en klar grænse mellem det normale og unormale. Nogle befinder sig i grænseområdet og kan have meget svært ved at leve op til kravene. Man får ikke gråzoneområderne med, hvis man hylder en enten-eller-diagnostik.

MBD er en diagnose, der blev meget anvendt i litteraturen, men sjældent som diagnose på den enkelte patient. Der fandtes ingen diagnostisk betegnelse eller kode for de infantile organiske psykosyndroemr i ICD-8, hvorfor man måtte ty til for eksempel at bruge diagnoser svarende til forskellige former for indlæringsvanskeligheder eller gøre brug af koden for infantil personlighedsforstyrrelse.

En kasuistik fra slutningen af 70'erne illustrerer den tidligere nævnte diagnostiske problematik:

> 7 år gammel dreng, der henvises på grund af ukoncentreret, stimulusbundet og enormt rastløs adfærd, som har stået på gennem hele opvæksten. Han er stærkt forstyrrende i klassen, omkringfarende, hele tiden i fuld aktivitet, rykker i alle døre, kigger ind i hjørner og kroge uden synlig grund. I relation til andre beskrives han som uhæmmet, ukritisk og impulsiv, men også ind imellem som utrolig stædig, i visse situationer ikke til at rokke, når han har en bestemt opfattelse af en sammenhæng. Han har mange og langvarige raserianfald, hvor han skriger og spjætter med benene. Disse anfald kan vare op til en halv time og opleves som særdeles belastende. Han kører linen ud gang på gang. Over for krav er han ofte klynkende eller kontant afvisende, siger, at de voksne ikke skal blande sig. Han er voldsom, kaster med sten, geråder ustandseligt i slagsmål. Adfærden er stærkt svingende uden påviselig ydre årsag. Skolen kan ikke klare ham, i fritidshjemmet er han syndebuk. Han viser ringe selektiv kontaktevne, er alt for uforbeholden og ukritisk. Forældrene kan ikke styre ham, låser ham inde på værelset. Han har *enuresis nocturna*. Der er store ægteskabelige problemer, angivelig til dels

som følge af drengens udisciplinerede adfærd. Moderen er nervøs og uligevægtig. Fostervandet var grønligt, ellers ingen oplysninger om fødselskomplikationer. Sprogudviklingen var noget forsinket. Han findes motorisk umoden ved FNU. Han har let konvergent *strabismus* samt *astigmatismus*. Eeg er middelsvært abnormt uden epileptiformt præg. Psykologisk undersøgelse viser gennemsnitlig, normal begavelse med en ujævn profil og tegn på lettere impressive forstyrrelser. Øvrige testning tyder på hjerneorganisk problematik. Almindelige miljøpædagogiske tiltag har ringe virkning. På grund heraf og med baggrund i den hyperkinetiske og impulsivt prægede adfærd sættes han i behandling med Ritalin, der bevirker mere vedholdenhed og større evne til impulsstyring. Samtidig bedres indsigt og kontaktevne. Behandlingen med Ritalin ophørte efter 5 års forløb. Det var dengang almindeligt at indstille behandlingen ved pubertetens indtræden. Udskrivningsdiagnose: ICD-8 *Disordo personalitatis infantilis* (obs. for organisk psykosyndrom). Flere år senere indlægges han i voksenpsykiatrisk afdeling med tegn på en grænsepsykotisk tilstand.

Førstehåndsindtrykket er, at det først og fremmest drejer sig om adfærdsforstyrrelser hos et temperamentsfuldt barn, der ikke har fået tilstrækkelig struktur og omsorg i hjemmet, men hjerneorganiske faktorer synes også at spille en rolle. Man har været utroligt sendrægtig med at gå fra enkelte diagnoser til en mere omfattende multiaksial diagnostik, som er en langt bedre rettesnor, både for patient og behandler.

Adskillige af de henviste børn med mistanke om hjerneorganisk problematik har en langt mere omfattende symptomatologi end her beskrevet, f.eks. obsessive og kompulsive træk, svære, multiple tics, tegn på depression og insufficiensfølelse, men også i det beskrevne tilfælde er der tale om en betydelig komorbiditet. Den diagnostiske vægt bør lægges der, hvor der aktuelt er mest brug for indgriben og hjælp. Nogle af de aktuelle diagnoser i følge ICD-10 kunne være: F80.2: impressiv dysfasi, F82: specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder, F90.1: hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse, F94.2: uselektiv, uhæmmet tilknytnings- eller kontaktforstyrrelse. F98.0: enuresis nocturna, R94.0: abnormt eeg, Z55.4: undervisningsmæssig dårlig tilpasning og disharmoni med lærere og kammerater, Z62.8: andre specificerede problemer med opdragelse, H50.0: strabismus convergenes, H52.2: astigmatismus. Dertil kommer eventuelle tidligere diagnoser, f.eks. mulig lettere asfyksi i forbindelse med fødselen.

I dette som i de fleste andre tilfælde vil man ikke kunne besvare hverken henvisers eller forældres spørgsmål om, hvorvidt adfærden kan tilskrives fysiogene eller psykogene faktorer. Derimod kan man ud fra en adfærdsmæssig beskrivelse fastslå, at han er en dreng med meget betydelige psykiske og sociale vanskeligheder. En mere overordnet diagnostik, hvor man i det væsentlige hol-

der sig til en hovediagnose eller en såkaldt grundmorbus er ikke særligt oplysende. Man burde være langt mere detaljeret i sin diagnostik og ikke i så høj grad bestræbe sig på, at få alle symptomerne samlet under én hat, en hoveddiagnose, som nok kan have didaktisk og forskningsmæssig interesse, men som ikke er særlig egnet til en beskrivelse af den enkeltes problemer.

ADHD/DAMP

De seneste diagnostiske klassifikationer er forsøgt udfærdiget efter fænomenologiske principper uden hensyntagen til ætiologien. De betegnes som ateoretiske og skulle være mere operationelle end tidligere anvendte diagnoser. Man håber på denne måde at kunne opnå en mere ensartet diagnostik end hidtil. DAMP, deficit in attention, motor control and perception, er et konglomerat af ICD-10-diagnoserne F90.0, forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed (A), F82, specifik forstyrrelse af motoriske færdigheder (M) og blandt andre diagnoserne F80.1, ekspressiv dysfasi, F80.2 impressiv dysfasi og F81, specifikke udviklingsforstyrrelser af skolefærdigheder (P). Man har diskuteret om DAMP, som er en betegnelse indført af ægteparret Gillberg fra Göteborg, og som næsten kun anvendes i Sverige og Danmark, skal ses som et syndrom eller som tre – ganske vist ofte – sete komorbide tilstande. Det har været forsøgt at få Sundhedsstyrelsen til at anerkende diagnosen DAMP, hvilket ikke er lykkedes med den begrundelse, at begrebet er for uklart defineret og afgrænset, hvorfor der savnes tilstrækkeligt grundlag til at kunne udsige noget om dets validitet og prævalens. Sundhedsstyrelsens krav om klare og eksakte diagnoser er ikke medvirkende til en forståelse af børn og unge, der er multihandikappede og kommer til kort over for krav, de ikke kan honorere, uanset om de får betegnelsen DAMP eller ej. Ved ikke at anerkende diagnosen DAMP opnår man jo ikke, at problemerne forsvinder. Det er ikke diagnosen, der bør afgøre hjælpeforanstaltningernes art og omfang, men graden af handikappet, set i relation til barnets specielle muligheder og betingelser. Diagnosen DAMP har været et forsøg på en mere omfattende og informativ diagnostik end den tidligere anvendte. Den er ikke slået alment igennem, og den fortsatte udvikling har medført, at denne diagnose nu er ved at blive opgivet. Man vil snarere gå over til en mere bredt formet multiaksial diagnostik sådan som flere gange tidligere skitseret.

I 1988 blev der på initiativ af chefpsykolog Anegen Trillingsgaard oprettet en projektafdeling for børn med MBD/DAMP ved Psykiatrisk Børnehospital. Herom kan læses i bogen „Urolig, klodset og svært ved at lære" (red. A. Trillingsgaard, Dansk Psykologisk Forlag, 1991). Afdelingen, der senere er blevet gjort permanent, har 5 børn dagindlagt et halvt år ad gangen og en omfattende ambulant virksomhed, hvor den hypoteseafprøvende neuropsykologiske undersøgelse er centralt placeret i billedet.

Som knopskydning på denne afdeling er der for ca. 3 år siden oprettet en særlig klinik for børn i behandling med centralt stimulerende medicin, CS-klinikken. I 1966 forsøgte jeg efter aftale med en overlæge på en pædiatrisk afdeling, hvor jeg var ansat, at give en særdeles urolig, helt utilpasset og stærkt impulsivt præget dreng, som al anden behandling var prellet af på, 5 mg amfetamin, da jeg et eller andet sted havde læst om dette medikaments „paradokse" virkning. 20 minutter efter indgiften var drengen totalt forandret, helt rolig, samlet, opmærksom og interesseret. Man kunne i modsætning til tidligere føre en samtale, hvori der var både hoved og hale, med ham. Nogle få timer senere var han akkurat den samme som før, flyvsk, råbende, hæmningsløs. På det tidspunkt var der hidtil ikke blevet ordineret centralt stimulerende behandling her i landet til børn, der var urolige og forstyrrede i forbindelse med opmærksomhedsproblemer, men jeg fik oplyst, at man i nogen tid havde givet denne form for medicin på Oslo Universitets børnepsykiatriske klinik. Herfra oplyste overlæge Hjalmar Wergeland, at man havde gode resultater af behandlingen, og at der ikke var tale om væsentlige bivirkninger ud over en vis appetitreduktion. Nogle få børn blev dog så triste og indesluttede af behandlingen, at man supplerede med neuroleptika, hvorefter de fik det bedre.

Disse erfaringer gav stødet til, at vi begyndte med at give centralt stimulerende medicin til nogle få børn i slutningen af tresserne. I dag findes der 220 børn med familier tilknyttet CS-klinikken. Børnene er i forvejen sat i behandling i en af hospitalets øvrige afdelinger, og den fortsatte behandling og vejledning foregår nu gennem CS-klinikken ved børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge og specialuddannet distriktssygeplejerske og distriktspædagog. Behandlingen med CS bevirker populært sagt formentlig en opretholdelse eller øgning af katekolaminniveauet i synapserne. Behandlingen er kontroversiel, men da korttidsvirkningen er så eklatant, og da andre former for behandling hidtil ikke har været så overbevisende eller har været svært gennemførlige på grund af ressourceproblemer, er den efterhånden blevet mere og mere accepteret og efterspurgt, også ind i unge-voksenalderen. For god ordens skyld skal nævnes, at der ikke er set udvikling af eufomani i forbindelse med behandlingen. De terapeutiske doser ligger langt under dem, narkomanerne anvender.

Fremtiden

Der henvises flere og flere til undersøgelse for ADHD/DAMP. Børnene bør i de sværere tilfælde fortrinsvis udredes og behandles i tværfagligt og multimodalt børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Desværre har voksenpsykiaterne indtil videre ikke udvist større interesse for disse problemer, som efter alt at dømme for de flestes vedkommende fortsætter livet igennem.

Der spørges ofte om, hvorfor man i dag ser flere børn med DAMP. Svaret kun-

ne være, at man finder flere, fordi man er blevet mere opmærksom på disse børns problemer, men der kan også være tale om, at symptomerne hos børn, der før i tiden befandt sig i et gråzoneområde, nu manifesterer sig, fordi de ikke alene er afhængige af de individuelle forudsætninger, men også i høj grad af samspillet mellem disse og vor tids vilkår, der er præget af en stærkt stigende stimulusmængde og meget hurtige omskiftelser. Det er vigtigt at fastslå, at ADHD/DAMP er en dimensionel, ikke en kategoriel tilstand. For at kunne tilpasse sig er det i dag nødvendigt at være i besiddelse af stor evne til omstilling, fleksibilitet og evne til at udelukke irrelevante stimuli. Næsten alle former for arbejde kræver i langt højere grad end tidlige en formaliseret uddannelse, som mange med selv lettere ADHD/DAMP vil have svært ved at honorere. Problemerne klares ikke udelukkende gennem forskellige former for specialundervisning, socialpædagogik, psykoterapeutiske tiltag og medikamentel behandling. Højrehemisfæresyndromer, der i udtalte tilfælde ses benævnt som Apergers syndrom, gør sig mere og mere gældende i diagnostikken og illustrerer, at et meget invaliderende indlæringsproblem består i nedsat evne til at fortolke, aflæse og forholde sig til sociale signaler.

Forebyggelse og behandling af de tilstande, der kan rummes under paraplybetegnelsen de organiske psykosyndromer, og hertil hører også infantil autisme, men måske også adfærdsforstyrrelserne, er en omfattende og krævende udfordring. Det er nødvendigt med en dyb forståelse for, at ikke alle børn og unge kan leve op til vor tids krav i skole og på arbejdsplads. Vi er ikke lige udholdende, opmærksomme og kvikt opfattende, men alle er i stand til at lære og til at arbejde, omend ikke i samme tempo og omfang. Skole og samfund burde indrettes i overensstemmelse med disse banale, men væsentlige kendsgerninger. Vil man undgå en fortsat stigning i antallet af børn, der ikke kan klare sig, og som senere bliver sociale tabere, kræver det en betydelig ændring i det medmenneskelige og politiske klima. Skole og samfund burde indrettes således at alle kan få mulighed for en meningsfyldt tilværelse. At der er grund til at råbe vagt i gevær bekræftes af Søren Dalsgaards aktuelle ph.d.-afhandling fra 2002: „Long-term psychiatric and criminality outcome of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder".

Tidligt skadede børn og troen på forandring

Torben Isager

„Tidligt skadet" har haft stor betydning for min generation af børnepsykiatere, vi der kom ind i specialet omkring 1970'erne. Hvad blev der af dem, de tidligt skadede børn? I nogle fagfolks bevidsthed lever de i bedste velgående med deres sørgelige prognose.

Vi lærte, at der fandtes tidligt skadede, frustrerede, depriverede eller „infantilt karakterafvigende" børn, som var nærmest dømte for livet. „Skadet" antyder, at noget er gået uopretteligt galt. En skade på sjælen, som ikke kan repareres. Skaden opfattedes dog ikke som biologisk, men som sår på følelsesliv og kontaktevne.

Skaden blev overvejende forklaret med manglende følelsesmæssig omsorg og stimulation i første leveår. Manglende basal tillid og dertil hørende kerne i personligheden var tæt forbundet med senere nedsat evne til at etablere nære forpligtende relationer og at møde andre med indføling og samvittighed. En overgang var tidligt skadet og psykopati nærmest to sider af samme sag. Ikke underligt at denne fatalistiske prognose kunne føre til stærke modreaktioner hos nogle fagfolk.

„Tidligt skadet" er et interessant eksempel på et begreb, som førte til meget godt i de 2-3 årtier, det levede, selvom det senere har vist sig at repræsentere en uholdbar forenkling.

Når prognosen var så sort, var der en ekstra tilskyndelse til at oplyse om tidligt skadede børn og overfor politikerne argumentere for behandling og især forebyggelse. Børnepsykiateren Hedvig Jacoby, en af fagets store personligheder, skrev i 1970 en indflydelsesrig artikel i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning: „Miljøbetinget psykisk udviklingshæmning i barnealderen". Det er en oversigtsartikel om „tidligt følelsesmæssigt skadede børn". Fokus i artiklen var på den personlighedsændring, som man mente kunne forårsages af et belastende miljø alene, hvis omsorgen og plejen var tilstrækkelig dårlig og barnet så sårbart og ufærdigt, som et spædbarn er. Artiklen var således også et opgør med tidligere tiders biologiske og genetiske determinisme.

Fokus var institutionssyndromet, altså børns psykiske reaktion på store, kølige, upersonlige, stimulusfattige spædbørnsinstitutioner. „Institutionerne er stadig indrettet, som om spædbørnedødelighed er det alvorligste problem, dvs. at man lægger vægt på forebyggelse af sygdom og gennemført hygiejne, men under-

vurderer betydningen af, at barnet vokser op i et pædagogisk stimulerende og trygt miljø". Det kan være svært at forestille sig i dag, men endnu i 1970'erne fandtes her i landet spædbørnehjem baseret på en filosofi om RRR: ro, renlighed og regelmæssighed.

Hedvig Jacoby giver en nuanceret klinisk beskrivelse af de depriverede spædbørn: De er stille og passive, har et sparsomt, unuanceret pludresprog, deres motoriske udvikling er forsinket med slappe ekstremiteter og tendens til motoriske stereotypier som sutten, rokken og hoveddunken. Blikket er trist, intenst, næsten hungrende („*frozen watchfulness*"), gråden resigneret og klynkende.

Følgerne senere i barndommen af denne tilstand var først og fremmest en kontaktforstyrrelse, „idet et børnehjemsbarn ikke som et familiebarn viser naturlig reservation eller ængstelse over for fremmede voksne og omvendt heller ikke er angst for adskillelse fra kendte voksne, som normalt. Denne indifferente holdning til omgivelserne fortsætter op gennem barndommen og kan hos nogle børn ytre sig på den måde, at de er overfladiske og flygtige i deres kontakt med såvel børn som voksne. De er diffust og ukritisk indladende over for alle, de kommer i nærheden af, ofte pågående og uhæmmede. De ønsker eller kræver konstant opmærksomhed fra de voksne .....".

Her beskrives altså den fastlåste personlighedsudvikling, som skulle understrege sagens alvor, men som senere har vist sig empirisk problematisk.

Hedvig Jacoby beskriver i øvrigt mange træk, som vi i dag ville henføre til hyperkinetisk forstyrrelse, jf. senere.

En hyppig konsekvens af tidlig deprivation var udviklingshæmning, hvor børnene fremtrådte som sinker eller ligefrem „pseudodebile" børn. „Selv har jeg behandlet adskillige småbørn, der var diagnosticeret som åndssvage, og derefter inddraget efter forsorg, men hvor man ..... fik lejlighed til at arbejde med børnene på et observationsspædbørnehjem eller på en børnepsykiatrisk afdeling." – og det viste sig, at der netop var tale om *pseudo*debilitet pga. under- og fejlstimulation.

Jacoby udtrykker retfærdigvis nogle steder i artiklen tvivl om langtidsprognosen og ytrer en vis skepsis overfor Bowlbys og andres påstande fra 1950'erne om irreversible skader. Denne pessimistiske tænkning byggede delvist på en uhellig alliance imellem psykoanalytiske teoretikeres forestilling om kritiske perioder i spædbarnealderen og overfortolkning af retrospektive undersøgelser af „psykopatiske" voksnes livshistorie.

Jacoby var særlig optaget af risikoen for fejldiagnose (pseudodebilitet) og af forebyggelsesperspektivet. „Den mest sårbare og forsvarsløse aldersgruppe er

den mest forsømte, dvs. at forsorgen for de små børn ikke har gennemløbet den samme udvikling, som forsorgen for de ældre aldersklasser".

Hun argumenterer varmt for den nye type spædbørneinstutioner, der opstod i de år, som f.eks. Bagsværd og Skodsborg observationsspædbørnehjem, hvor der er personlig nærhed, kontinuitet og stimulusrigdom. I bakspejlet må man sige, at Hedvig Jacoby og ligestillede faglige debattører var stærkt medvirkende til at forbedre spædbarnsomsorgen i døgn- og daginstitutioner og f.eks. barselsafdelinger.

Officiel diagnostik i 1970'erne

I Margrethe Lomholts lærebog i børnepsykiatri forsøgte Birte Høeg Brask, som redigerede bogen i de år, at skabe orden i den meget foreløbige klassifikation, som prægede specialets første årtier. I 6. udgave fra 1975 skrev hun et nyt kapitel om separationsreaktioner og deprivationssyndromer.

Brask („Trille" mellem venner) fik styr på, at separationsreaktioner ses hos velintegrerede spædbørn, der reagerer med indfølelig protest, sorg og evt. depression („anaklitisk depression") ved adskillelse fra en moderfigur, som barnet er naturligt knyttet til. Det var et væsentligt fremskridt at prøve at skelne dette fra depriverede spædbørn, som har „opgivet håbet" om tilknytning – som beskrevet ovenfor. Det depriverede spædbarn kan netop være for nemt og roligt, uden at vise separationsangst.

Brask gør opmærksom på, at denne form for tidlig følelsesmæssig belastning også kan opstå i slummiljøer i storbyer og i familier med psykisk syge og misbrugende forældre.

Lærebogens beskrivelse af deprivationssyndromet var et udtryk for Birte Høeg Brasks fremsynethed og belæsthed. Diagnosen fandtes ikke i ICD-8 (1965), som ellers var gældende her i landet i de år. Betegnelsen tilknytningsforstyrrelse kom først ind i ICD(-10) i 1992.

Prognosen tegnes atter meget mørk: „..... skadevirkningerne kan blive irreversible fra en tidlig alder sv.t. at de første leveår er af afgørende betydning for personlighedsudviklingen. En manglende primær emotionel tilknytning kan bevirke, at evnen til dybere kontakt visner bort. Børnene vil ..... ikke senere blive i stand til at knytte sig til andre i varige, gensidige venskaber og kærlighedsforhold. De vil mangle evne til at indleve sig i andres følelser..... grunden (kan) være lagt til en varig karakterafvigelse. De fleste voksne psykopater har haft en barndom med ringe mulighed for trygge kontaktforhold."

I de år spillede diagnosen *disordo personalitatis infantilis* eller „infantil karakter-

afvigelse” en stor rolle. Den var vistnok en rent dansk konstruktion, uden klar definition ud over lærebogsbeskrivelsen. Der var ingen klare aldersgrænser, men den almindelige opfattelse var, at hos et barn med denne diagnose var der endnu et vist håb mht. personlighedsudviklingen, hvis barnet før ca. 5-års alderen kom i en stabil, ressourcerig pleje- eller adoptivfamilie, evt. suppleret med intensiv individuel regressionsbehandling. Efter 5-års alderen var der massiv risiko for psykopatisk udvikling, hvorfor den fundamentale behandling var langvarigt ophold på specialbehandlingshjem for „karakterafvigende” børn, som regel resten af barndommen.

Individuelle samtaler var virkningsløse, nærmest kontraindicerede.

Den manglende definition og konsensus om så alvorlig en diagnose var et stort problem. Eksempelvis viste en opgørelse over diagnoser fra 1981-1985 i de børnepsykiatriske afdelinger i Odense og på Rigshospitalet, at Odense havde 4% børn med „*disordo*”-diagnosen, mens Rigshospitalet havde 34%. Omvendt havde Odense 44% „*reactio maladaptiva*” eller miljøreaktion, hvor Rigshospitalet havde 6%.

Denne forskel var udtryk for en faglig kulturkamp mellem dem, der foretrak den mere optimistiske miljøreaktionsdiagnose over for dem, der mente, at de turde kalde en spade for en spade ved at stille karakterafvigelsesdiagnosen og dermed se den dystre prognose og det særlige behandlingsbehov direkte i øjnene.

En reliabilitetsundersøgelse blandt 21 danske børnepsykiatere bekræftede desværre, at „*disordo*”-diagnosen var den af alle diagnoser, der var mindst enighed om, med en reliabilitetskoefficient omkring 50%.

Dansk børnepsykiatris „private” forholden sig til ICD-8 betød i øvrigt, at vi ikke i 70'erne og 80'erne klart forholdt os til det da ret velbeskrevne hyperkinetiske syndrom, men i stedet brugte det hjemmestrikkede „kronisk hjerneorganisk psykosyndrom”, som blev opfattet som en variant af infantil karakterafvigelse – for de fleste nok med en så dyster prognose i tankerne, som ordet kronisk angiver. Adjektivet „organisk” om et barn er stadig ikke udryddet, selvom det er blevet totalt meningsløst. De fleste børne-ungdomspsykiatriske forstyrrelser har neurokognitive korrelater med patogenetisk betydning.

Fra deprivationssyndrom og karakterafvigelse til tilknytningsforstyrrelse

ICD-10's forsøg på klargøring ved at indføre de to begreber reaktiv tilknytningsforstyrrelse og uhæmmet, uselektiv tilknytningsforstyrrelse var en god hjælp til at få ryddet op i de dårligt validerede danske begreber.

I en nylig oversigt gennemgås tilknytningsforstyrrelsernes historie og videnska-

belige grundlag. Det anerkendes, at de to former for tilknytningsforstyrrelse vi opererer med i dag, er et godt fundament for videre forskning, samtidig med at svaghederne får deres: *„It is very difficult to review what is known about attachment disorder qua disorder because there are virtually no data on etiology, comorbidity, prevalence or longitudinal course .....”* - skriver Thomas O'Connor, en af nøglepersonerne i den store britiske forløbsundersøgelse af rumænske børn, der er adopteret til England. Hvorefter han skriver seks informationsmættede sider om den forskning, som (næsten) ikke findes!

Der er konsensus mellem det amerikanske diagnosesystem (DSM) og WHO's om, at der er basis for at skelne mellem to former for tilknytningsforstyrrelse. ICD-10 taler om en „reaktiv” og en „uhæmmet, uselektiv” form. DSM's adjektiver „hæmmet” (*inhibited*) og „uhæmmet” (*disinhibited*) virker mere meningsfulde end ICD-10’s. Det er problematisk at definere en psykisk forstyrrelse ved, hvordan den reagerer på behandling, som ordet reaktiv antyder. Når den ene form kaldes reaktiv og den anden noget andet, kan det cementere myten om, at den „ikke-reaktive” (uhæmmede) type er fundamentalt uforanderlig/uforbederlig.

Begge former for tilknytningsforstyrrelse skal have vist sig før 5-års alderen. Begge er også – usædvanligt for ICD-10 – defineret ved deres (medvirkende) årsager: forskellige grader af tidlig omsorgssvigt, evt. i spædbarnealderen, evt. fortsat.

Barnet med hæmmet tilknytningsforstyrrelse minder om det tidligere beskrevne depriverede barn. Et barn med en usikker, modsætningsfuld tilknytningsadfærd med tendens til hæmning, tristhed og apati. Udover understimulation er der ofte tale om aktiv fysisk og psykisk mishandling som en del af årsagen.

Den uhæmmede tilknytningsforstyrrelse, som typisk ses senere i førskolealderen, giver mindelser om den tidligere beskrevne „infantile karakterafvigelse”. Den er videnskabeligt væsentlig bedre dokumenteret end den hæmmede form. Det „uhæmmede, uselektive” (ICD-10) refererer til et ret specifikt adfærdsmønster; barnets uforbeholdne kontakt og tilnærmelser til fremmede, manglen på normal forbeholdenhed – „*attention seeking and indiscriminately friendly behavior*”. Kontaktformen er overfladisk venskabelig, netop ikke med den dybde i samspillet, som ellers hører til familiebånd og venskaber.

For en nøjere klinisk beskrivelse henvises til f.eks. Lene Liers afsnit i lærebogen i børne- og ungdomspsykiatri.

Det er uafklaret, om de to former for tilknytningsforstyrrelse er forskellige grader på samme kontinuum og om den hæmmede evt. kan udvikle sig til den uhæmmede.

Der er gennemført relativt få prospektive forløbsstudier af børn med tilknytningsforstyrrelser. Der er dog holdepunkt for, at prognosen kan være god ved stabil placering i gunstige omsorgsmiljøer, typisk adoptivfamilier, jf. næste afsnit. Der er derimod ikke holdepunkt for, at en stor del af disse børn udvikler en dyssocial personlighedsforstyrrelse, endsige „*affectionless psycopathy*".

Prognosen hænger nøje sammen med, om de depriverende, belastende livsomstændigheder fortsætter op gennem barndommen. Ikke mindst spiller *komorbiditetsmønstret* en stor rolle. Børnene kan samtidig med tilknytningsforstyrrelsen have alvorlige, udadrettede adfærdsproblemer (*conduct disorder*), hyperkinetisk forstyrrelse og generel udviklingshæmning. Ingen af disse adfærdsmønstre er en „indbygget" del af tilknytningsforstyrrelsen, men deres tilstedeværelse forværrer prognosen alvorligt eller rettere: kræver specifik behandling for at prognosen ikke skal forværres alvorligt.

Der er ingen tvivl om, at en stor del af de børn vi diagnosticerede som „tidligt skadede" og „infantilt karakterafvigende" fordi „Børnene er urolige og omkringfarende, de kan ikke samle sig om leg og beskæftigelse, de er impulsive og uhæmmede, enhver indskydelse omsættes øjeblikkelig i handling ..... formaninger og irettesættelser virker kort ...." (Jacoby) – at en stor del af disse børn i dag ville få diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse – og dermed en anden og potentielt bedre behandling.

Adoptionsstudier

To britiske studier af adoptivbørn er særlig værdifulde til belysning af spørgsmålet om langsigtede konsekvenser af deprivation i de første leveår. Det ene udmærker sig ved at have fulgt børnene længe, det andet ved grundighed og systematik.

Barbara Tizard fulgte to grupper børn, som tilbragte to til syv af deres første leveår i institution i England, inden de blev henholdsvis bortadopteret eller vendte tilbage til deres familier. Børnene blev fulgt til 16-års alderen. Der var store forskelle mellem de to grupper. Inden for alle områder klarede de ikke-adopterede sig dårligere end de adopterede. Treogtyve af 25 adopterede havde gode familierelationer og nær tilknytning til adoptivforældrene. Nogle havde dog stadig tendens til at være ukritiske i forhold til fremmede og lette, men tydelige problemer i kammeratrelationer. Konklusionen var, at patologiske afvigelser blegner jævnt gennem barndommen i en stabil adoptivfamilie, også efter senere adoptioner, men at tidlig omsorgssvigt giver ar i personligheden, ar der som regel falder inden for normale variationer. Psykopati og kriminalitet var der ikke tale om.

Michael Rutter, den fremragende engelske forsker, som har været mange dan-

ske børnepsykiateres faglige mentor siden 1960'erne, er stadig aktiv, specielt optaget af „*developmental psychopathology*", samspil mellem arv og miljø og kontinuitet/diskontinuitet i menneskers udvikling.

Rutter har hele tiden fastholdt, at udvikling er livslang. Der er ikke evidens for at betragte små børn som fastlåste i deres personlighed. Der er sensitive perioder, men ikke kritiske perioder.

Rutter er hjernen bag ERA-studiet: *English and Romanian Adoptees Study*. Projektet følger 165 børn adopteret fra rumænske børnehjem til England i 6-42 måneders alderen i begyndelsen af 1990'erne. Firs procent af børnene havde været i elendige døgninstitutioner det meste af deres tid i Rumænien. De sammenlignes med 52 engelske børn adopteret omkring 6-måneders alderen. I de sidste publikationer er børnene fulgt til 6-års alderen.

Et væsentligt resultat er, at de rumænske børns kognitive og motoriske udvikling var næsten dramatisk de første år i adoptivfamilierne. Fra en gennemsnitlig udviklingskvotient på 63 ved ankomsten til England var den kognitive kvotient i 4-års alderen (gennemsnitligt) 92. Spurten var næsten fuldstændig for de tidligt adopterede og stadig *impressive* for de sent adopterede.

I 6-års alderen blev børnene undersøgt inden for syv områder: tilknytning, opmærksomhed/hyperaktivitet, emotionelle problemer, autistiske symptomer, kognitiv funktion, kammeratkontakt og adfærdsproblemer.

De tidligt adopterede (før 6 måneder) rumænske børn klarede sig godt, 70% fungerede normalt ud fra strenge kriterier (ingen afvigelser på de syv områder) sammenlignet med 78% af de engelske. Selv blandt de sent adopterede børn, ældre end to år ved adoptionen, var der 24%, som ikke havde afvigelser på nogen af de syv områder i 6-års alderen. „... *the degree of resilience shown was remarkable*". Dog var der en klar sammenhæng imellem adoptionsalder og dysfunktion: jo senere alder, jo dårligere funktion.

Man kan konkludere, at tidlig *og* sen deprivation øger risikoen alvorligt, om end der netop „kun" er tale om en risiko, ikke nogen absolut determination.

Hos de adoptivbørn, som havde psykiske vanskeligheder i 6-års alderen, domineredes mønsteret af tilknytningsproblemer, opmærksomhedsvanskeligheder, „quasi-autistisk" adfærd og kognitiv dysfunktion.

Det er tankevækkende, at miljøforhold som opvækst på børneinstitution (i ukendt grad kombineret med genetisk belastning) kan fremkalde alvorlige afvigelser, der *ligner* hyperkinetisk forstyrrelse og autisme – tilstande vi ellers har vænnet os til at opfatte som overvejende arveligt betingede.

Der var *ikke* overhyppighed af adfærdsproblemer med aggression og voldsomhed blandt de rumænske børn, heller ikke de sent adopterede. Adfærdsforstyrrelse synes at hænge sammen med især barnets aktuelle miljø – og disse børn levede jo i ressourcerige adoptivfamilier. Det ændrer ikke ved, at andre undersøgelser som nævnt viser, at *når* de optræder, er det stærkt belastende for prognosen.

Psykopati og vold

Psykopatibegrebet har haft en omtumlet tilværelse. I lærebogen fra 1965 forklares det som en form for varig karakterafvigelse, som sjældent bør diagnosticeres før puberteten. Diagnosen opfattes som ret fatal, vanskeligt tilgængelig for terapi, relativt upåvirkelig. Tidlig deprivation blev – som nævnt før – anset for den vigtigste årsagsfaktor. „Det, der sker i tidlig antisocial udvikling er altså i virkeligheden, at barnets personlighedsudvikling standser eller hæmmes på et helt primitivt stade".

I dag er psykopatibetegnelsen forladt i vores officielle diagnostik, selvom den lever i bedste velgående i almensproget. I ICD-10 er den erstattet af *dyssocial personlighedsforstyrrelse*. Der er uenighed om, hvorvidt der stadig er en undergruppe med denne forstyrrelse, som kan opfattes som „klassiske" psykopatier.

I klinisk arbejde er disse diagnostiske spidsfindigheder ikke så vigtige. Det centrale er, at der findes en lille gruppe ældre børn og unge, som har en svært antisocial adfærd præget af vold, ødelæggelse og kriminalitet – adfærd, som i det lange løb ofte bliver massivt selvdestruktiv med udstødning, misbrug, overdødelighed og overbelastning af kommende generationer. Denne gruppe er, som alle ved, et stort samfundsproblem i dag, med og uden de etniske overtoner, vi også må forholde os til. Børne- og ungdomspsykiateres rolle i undersøgelse og behandling af disse unge er traditionelt ret beskeden. Men der er stærke grunde til, at vi involverer os i forebyggelse og tidlig intervention og ikke hænger for fast i gamle tænkemåder og simple årsagsmodeller.

Bogen *„Antisocial behavior ..."* kan varmt anbefales. Tidlig følelsesmæssig „skade" eller deprivation betragtes ikke i dag som nogen væsentlig selvstændig årsagsfaktor. Som tidligere nævnt er prognosen for denne tilstand og den tilsvarende hæmmede tilknytningsforstyrrelse meget variabel. Det afgørende er – igen – om *tidlig* belastning (i spædbarnealderen) følges af *sen* belastning. Det er varigheden og mangfoldigheden af biologiske og sociale risikofaktorer, der bestemmer, om en ung bliver farlig, voldelig og „psykopatisk".

Det er der intet nyt i, men det er værd at lægge mærke til især to forhold: Der er et bestemt adfærdsmønster, som indebærer særlig stor risiko, det optræder ofte tidligt og jo tidligere det viser sig, jo værre er prognosen. Det er ikke tegn på

tilknytningsforstyrrelse, men på hyperkinesi og impulsivitet. Et sådant mønster kan ofte identificeres fra 3-års alderen. O'Connor fremhæver *neuropsykologiske komplikationer* og *varigheden af deprivation* i bred forstand som de vigtigste negative prædiktorer. Hvis hyperkinesi og impulsivitet er kombineret med konflikter i familien og uhensigtsmæssig opdragelse, så barnet efterhånden (også) får tegn på adfærdsforstyrrelse, er risikoen for voldelig og kriminel udvikling i ungdomsårene særlig stor. Et barn med et sådant adfærdsmønster præger selv sit miljø i negativ retning i en risikabel cirkulær proces.

Der er ikke ét gen for kriminalitet, men der er en væsentlig arvelig komponent i det hyperaktivt-impulsive mønster og i svære adfærdsproblemer i barn- og ungdom. Det er ikke noget argument for at forfalde til biologisk determinisme. Mulighederne for intervention i det meste af barndommen er gunstige, hvis det sker med omsorg, udholdenhed – og viden.

Forebyggelse og behandling – er der håb?

Hedvig Jacoby og andres kampagne for humane spædbørnsinstitutioner var effektiv. I dag hører det formentlig til sjældenhederne, at spædbørn i Danmark og Vesteuropa lever i kontaktfattige, ustimulerende døgninstitutioner. Endnu engang: Et forbilledligt eksempel på kollegers socialpolitiske indsats. Hvad kan vi bidrage med i dag?

I PsykiatriFondens bog om psykisk sygdom hos børn og unge fra 1999 skriver psykologen Niels Peter Rygaard „Om følelsesmæssigt skadede børn – fra omsorgssvigt til psykopati". Rygaard betragtes som en ressourceperson vedr. de „tidligt skadede" børn. Han skriver at „Denne lille gruppe (... 3% af drengene) får så ringe mulighed for tidlig tilknytning til en fast voksen inden toårs alderen, at de senere i livet har stærkt nedsat evne til at indleve sig i andre eller knytte sig længerevarende følelsesmæssigt til nogen ... omsorgssvigt og hyppige, tidlige adskillelser fra moderen giver en overvægt af børn, som i milde tilfælde bliver ekstremt selvusikre, deprimerede og hæmmede og som i alvorlige tilfælde bliver kronisk voldelige, samvittighedsløse, aggressive og asociale".

Det er næsten en én-årsag–én-effektmodel, som ellers er så sjælden i moderne medicin og psykologi!

Det største problem ved det dystre, forenklede billede, som mange stadig holder sig til, er fatalismen og handlingslammelsen. Tidligt skadet – tidligt opgivet. Hos Rygaard bliver det endog til skepsis over for hospitalsfødsler og små børns ophold i daginstitutioner.

„*Nothing is cast in stone*" skriver Rutter. „*...dispositions and later experiences will work on each other in a cyclical and cumulative way, but people can also*

break out of patterns as a result of beneficial turning points".

Vold, kriminalitet og „psykopatisk" adfærd hos en ret lille gruppe unge er et af vores største samfundsproblemer. Det vokser samtidig med at den mildere kriminalitet er aftagende og op mod 90% af danske børn er velfungerende og trives i deres liv, ifølge Socialforskningsinstituttet.

Den sikreste behandling overfor voldsproblemet er forebyggelse. Straf og anden (be)handling, når skaden er sket i ungdomsårene, har usikker effekt og er meget kostbar.

De bedste muligheder for opsporing og tidlig intervention er i de institutioner, hvor (praktisk talt) alle børn kommer: børnehaver og skoler. Interventionsforskning viser, at der ikke er noget endeligt *point of no return* i udviklingen. Forskelle, der gør en afgørende forskel, kan formidles det meste af skolealderen, om end det naturligvis bliver vanskeligere, jo længere problemerne har stået på. Pædagoger og lærere kan udpege de mest udsatte børn tidligt. Det er dem, kræfterne skal bruges på. Indsatsen skal være målrettet, mangesidig og langsigtet. Der skal først og fremmest organiseres stabile ansvarsgrupper mellem pædagoger/lærere, PPR, forældre og socialforvaltning. Børne-ungdomspsykiateren bør gøre sig nyttig i denne forbindelse. Hun skal hjælpe med at udpege de mest udsatte: De hyperkinetiske, de adfærdsforstyrrede og dem med de svageste forældre, som det også ofte kræver noget ganske særligt at komme i kontakt med. Udgangspunktet bør være respektfulde, men energiske forsøg på vejledning og myndiggørelse (*empowerment*-ideen).

Intensiv dagbehandling i heldagsskoler med kvalificeret forældrearbejde er ofte en mere sikker og mere økonomisk vej end døgnbehandling. Kunsten er at gøre den slags murstensløse netværksinstitutioner stabile og holde et tilstrækkelig højt fagligt niveau.

Hvis det viser sig umuligt at myndiggøre forældrene efter et kvalificeret forsøg, skal barnet flyttes til et familielignende døgnmiljø med årelang stabilitet. Vi ved i dag fra bl.a. mestringsforskningen, at børns overlevelseskompetence er stor. Det er aldrig for sent at prøve at give dem denne *second chance*.

Litteratur:

Jacoby H. *Modet til forandring*. Hans Reitzels Forlag, København, 1988.

Lomholt M, Brask BH. *Børnepsykiatri*. 3. og 6. udgave. Rosenkilde og Baggers Forlag, København, 1965 og 1975.

O'Connor TG. Attachment disorders of infancy and childhood. I: Rutter M, Taylor E. *Child and adolescent psychiatry*. Blackwell, Oxford, 2002.

Rutter M, Kreppner JM, O'Connor TG. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. British Journal of Psychiatry 2001; 179: 97-103.

Rutter M, Giller H, Hagell A. *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

Isager T. Mestringsperspektivet. I: Lier L, Isager T, Jørgensen OS, Larsen, FW, Aarkrog T. *Børne- og ungdomspsykiatri*. Hans Reitzels Forlag, København, 1999.

Familieterapi og status på skæret

Torben Marner

I de tre årtier, hvor jeg har arbejdet i børne- og ungdomspsykiatrien, har familieterapien genemgået tre paradigmeskift.

I Minuchins strukturelle familieterapi, hvor begreber som forældredysfunktion og monsterbørn er med til at angive målet for den terapeutiske indsats, har terapeuten en værdiladet og aktiv rolle i tråd med devisen: diagnosen er den vej, familien bevæger sig, når du skubber til den.

Milanoskolens systemiske teori og praksis skabte et nyt paradigme ved blandt andet at indføre begrebet *aktiv neutralitet* hos terapeuten. Herved blev ændringskravets åg løftet af terapeutens skuldre. Ved interviewets og interventionens skaktræk får familien nye perspektiver på sig selv med opløsning af dens kommunikative hårdknude som det uudtalte mål.

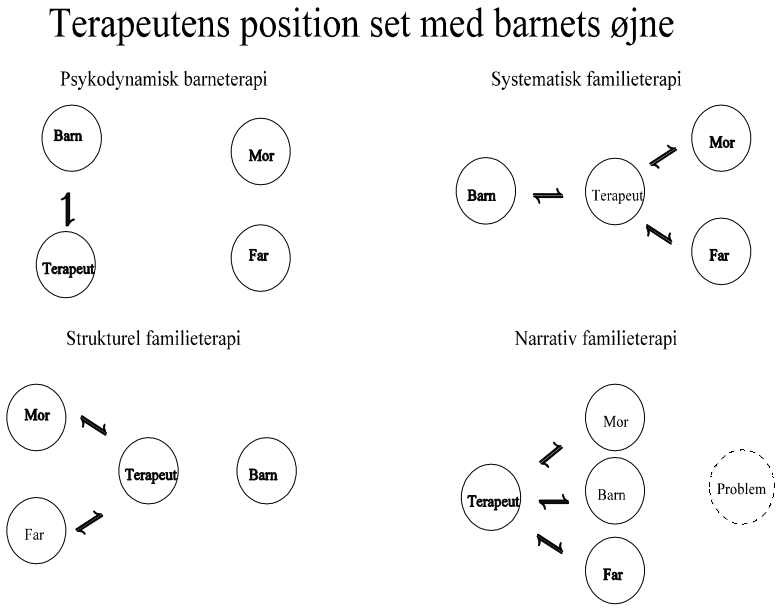
I White og Epstons narrative teori og praksis indtræder det tredje paradigmeskift. Ideen om, at virkeligheden er subjektivt forankret, bidrager til at stille terapeuten på niveau med familien og til at terapeuten atter får en aktiv, handlingspræget rolle, nu som personligt engageret forbundsfælle til barnet og familien i frihedskampen mod det eksternaliserede problem.

I den første familiesamtale får problemet et personligt navn og dets negative sider afdækkes. I den priviligerede kontakt med terapeuten bringes barnet til at give tilsagn om at ville kæmpe ved at øve sig på at gøre det modsatte af, hvad problemet kræver af det.

Forældrene får om ikke syndsforladelse så i hvert fald rettet opmærksomheden bort fra deres afmagtsfølelse og skyld og mod en aktiv indsats som barnets forbundsfælle.

I sagens natur er det især de reversible tilstande, som barnet kan kæmpe sig ud af. Imidlertid er det ikke sjældent, at et barn med organisk betingede problemer kan støttes for eksempel til en lidt større selvkontrol ved denne eventyrnære terapi, der deler mestringsevne som mål med den kognitive terapi.

Figuren herunder viser, hvordan jeg forestiller mig, at barnet oplever kontakten til terapeuten i de forskellige former for barne- og familieterapi.



En cirkel sluttes: Den priviligerede kontakt med terapeuten, som barnet har i den individuelle barneterapi, genvinder barnet i den narrative familieterapi.

Magiske æsker

Hvorfor virker magiske æsker? Er det fordi de bringes ind i barnets problemmættede liv og i lighed med de nordamerikanske indianeres drømmenet repræsenterer et magisk modtræk til mareridtet? Er det en følge af, at barnet går fra en passiv offerrolle til en ny identitet som frihedskæmper i aktiv kamp mod tvangstankens tyranni? Eller er der tale om en vis grad af hypnotisk induktion? Det mere end antydede hypnoterapeuten, da han på et kursus, hvor jeg fortalte om mine erfaringer i narrativ terapi, spurgte mig, om jeg var klar over, at jeg brugte trance i samtalen med barnet såvel som i mine breve til børnene. Jo, det havde jeg overvejet, men jeg blev noget forbavset, da han lænede sig frem og lod mig vide, at jeg i hans øjne også selv er i trance, når jeg taler med og skriver til børnene.

I dag tror jeg, at et entusiastisk engagement er med til at skabe en så nær og dyb kontakt med barnet, at det åbner sig og derved får glæde af sin magiske æske.

Som regel laver børn kun een magisk æske, hvori der skæres et lille kryds, hvis flige bøjes ind og derved danner en ruse. For nylig har jeg imidlertid haft familiesamtaler med otteårige Louise, der lavede en ny æske (i rejsestørrelse) til hver af vore fem samtaler med tre ugers mellemrum, fordi jeg første gang spurgte, om jeg måtte låne hendes fint dekorerede æske til at vise studenterne, der kommer til undervisning hos mig.

Breve til børn og unge

Ideen med at skrive til en patient efter samtalen eller støtte, at de skriver til en fraværende eller afdød i terapien, er blevet anvendt og beskrevet af en hel del familie- og individualterapeuter i de seneste årtier. Et regelmæssigt, ressource-fokuseret brev efter hver samtale er det imidlertid få, der har investeret i.

David Epston lavede en gang en undersøgelse blandt unge voksne med spise-problemer. Han ville gerne vide, hvor mange samtaler hans breve ækvivalerede med og svaret blev 4-5 samtaler! Jeg er ikke i tvivl om, at mange af mine sager med relativt få familiesamtaler, ikke sjældent strakt ud over et halvt år, har de-res gode effekt på grund af, at det personlige engagement i samtalen følges op af mit personlige brev efter hver samtale.

For at undgå at blive opfattet som en for hvem det hver gang lykkes med ord og breve (dejlig drøm, for øvrigt!), vil jeg nævne, at jeg ind i mellem støtter terapien med et SSRI-præparat, hvis jeg og barnet ikke kan finde de præcise ord og handlinger til at bringe Tvangstanketyrannen til fald. Det kan således ske, hvis barnet eller den unge fortsætter med at være plaget trods dets indsats eller ved et hårdnakket tilbagefald.

Er det da mig, der har mistet lidt af støvet på mine vinger?

Tak for hjælpen, skrev elleveårige Mia, som fik supplerende SSRI. Hun gjorde mig lidt flov over, at jeg gangen forud havde reageret med et afmagtsfuldt: nu må du altså tage dig sammen, Mia, og gå aktivt imod De Tossede Tanker!

I løbet af det næste interval, som inkluderede påskeferien, bragte hun sin ex-cessive håndvask ned på et så diskret niveau, at Lilleskolen atter accepterede hende som elev.

Vi taler om timing i interviewet og må samtidigt erkende vor usikkerhed om, hvad der virker og hvornår.

Vi kan kun være lydhøre, åbne og personligt til stede og vil da oftere og oftere opleve, at der bobler noget brugbart op i vort sind fra undervisning og personli-ge erfaringer.

Status på skæret

Da jeg næste år på Beethovens fødselsdag bliver 67 og trækker mig tilbage, vil jeg afslutte med et brev til mine kolleger i storfamilien børne- og ungdomspsyki-atrien:

Kære kolleger.

I skal have en tak for alt, hvad jeg har lært ved at tale med de ældre og ved at undervise de yngre i vor storfamilie. Når jeg kigger ud over landskabet, tænker jeg, at de fleste af jer vil være enige med mig i, at den største udfordring for vor storfamilie i dag er de alt for lange ventetider og vores afmagt ved ikke at kunne tilbyde en akut indsats i tilstrækkeligt omfang.

Jeg har i de senere år struktureret mig ud af at have 40 behandlingssager og 40 ritalinbørn ved at blive fritaget for administrativt arbejde og indføre et ugeskema med konfrontationstimer kl. 9, 11, 13 og 15 til de henviste børn og to ambulante konferencer. Det har givet mellemtimer til journalnotater inklusiv breve til børnene, telefonkonsultationer og spredte akutte samtaler.

Mine 40 ritalinbørn bliver holdt ud i strakt arm med een årlig statussamtale og en midtvejssamtale hos den distriktspsykiatriske sygeplejerske samt med tilladelsen til, at forældrene kan ringe efter behov.

Trods en stigning i henvisningstallet fra 365 til ca. 46o årligt til det børnepsykiatriske afsnit lykkes det, af og til med hiv og sving, at klare at tilbyde akutte en tid inden for 1-3 dage, subakutte inden for få uger, almindelige behandlingssager inden for tre måneder og psykologiske udredningssager omkring 5-6 måneder.

Dette skyldes ikke mindst, at vi p.t. har fire ekstra medarbejdere som et autisme-team. Vi håber, at dette team helt eller delvis kan fortsætte efter december i år. I modsat fald kan vor bastion til forsvar for et rimeligt tilbud til de henviste børn og familier risikere at blive løbet over ende.

I øvrigt mener jeg, at den relativt bedste ledelsesform for de enkelte familiegrupper i storfamilien er oplyst enevælde. Oplyst betyder her, at ledelsen fortsat er i en konstruktiv dialog med de forskellige medarbejdere for eksempel i form af frokostpausesamtaler.

De store beslutninger tages alligevel med rimelighed af hierarkiets top og de brede drøftelser af mindre beslutninger stjæler tid og ressourcer fra medarbejderne, der fritaget for administrative forpligtelser vil have mere tid til de henviste familier og et større overskud til at arbejde sammen til gavn for den faglige udvikling.

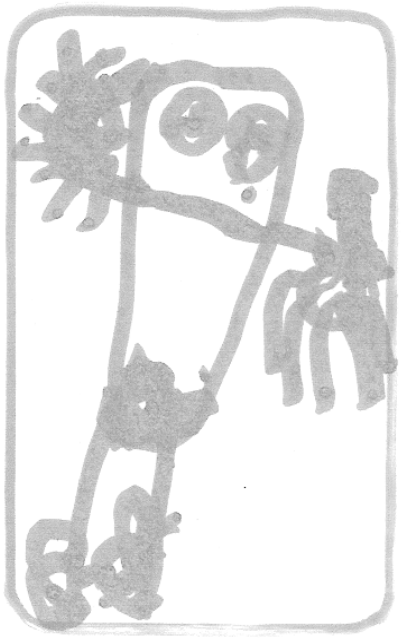
….

Jeg tror, jeg ved, hvad I tænker: Du er en drømmer - eller måske: „Du er en selvbedrager og tilhører som sådan den forrige generation" som Johan udtryk-

ker det i Sigurd Hoels „Syndere i Sommersol".

Uanset vil jeg her ved starten af min aftacklingsfase ønske de nuværende og de kommende generationer i storfamilien alt vel i jeres arbejde og personlige liv.

Torben



Synet på legeterapi før og nu

Viggo H. Hansen

Dengang jeg var ansat på børnehospitalet som yngre læge, holdt jeg en gang en fest, hvortil jeg havde inviteret hospitalets læger, psykologer og andre. Det blev, så vidt jeg husker, en hyggelig fest. Folk blandede sig med hinanden og også med vinen.

Hvad de ikke vidste var, at der nede i køkkenet sad en ung mand, en kunstner, og rystede som et espeløv, og de ville nok også være blevet forbavsede, hvis de havde fået at vide, at det var dem, han var bange for. Han var samme dag uventet kommet på besøg sammen med min bror. Han fortalte mig nu, at han mange år tidligere havde været en af børnehospitalets første patienter, og han fortalte også lidt af sin historie. Han kom fra en mindre provinsby, hvor han havde sat en skræk i livet på beboerne ved de opfindsomme og ikke sjældent farlige skarnsstreger, han havde lavet, som da han f.eks. løsnede pølsevognen med pølsemand i, så den rullede ned ad en lang bakke! Jeg skal ikke kunne sige, om hans fortælling var sand.

På børnehospitalet kom han i legeterapi. Han fortalte, at han mente, at det var lykkedes ham at føre sin terapeut fuldstændig bag lyset, så hun ikke kunne afsløre ham på nogen måde. Jeg kom til at tænke på, at skrækken for afsløring tilsyneladende har været hans liv, og den sad jo stadig i ham dernede i køkkenet, og at terapien for ham tilsyneladende ikke har bragt ham et spadestik dybere til at forstå det problem, da hans beskæftigelse i terapien ikke har været i overensstemmelse med terapeutens. Hun må formodes at have stræbt efter at få ham til at forstå mere af sig selv, og han har tilsyneladende kæmpet en vellykket kamp for at undgå afsløring af måske både dadelværdige handlinger og pinlige følelser. Til gengæld er det måske siden lykkedes ham at give sit publikum et sødt gys med de noget sadistiske billeder, som han lavede og solgte til fine, nordsjællandske hjem senere i tilværelsen.

Der var en varm linje mellem den norske børnepsykiater og psykoterapeut Nic Waal på den måde, at Nic Waal ofte kom til Danmark, hvor hun superviserede danske terapeuter og også havde dem i terapi og på alle måder knyttede nære forbindelser til dem. Hun var selv inspireret af Wilhelm Reich, som efter at have været i Danmark boede i Norge en række år, inden han flyttede til USA. Han har påvirket de norske terapeuter og ikke mindst børneterapeuter i udpræget grad, hvad jeg selv kunne mærke, da jeg i 3 år fra 1973-1976 var på Nic Waals Institutt i Oslo.

De kropslige tilnærmelsesformer var ved at blive genetableret og systematiseret både med dannelsen af den vegetoterapeutiske forening og med genoplivning af seminarer og undervisning i den fascinerende muskelspændingsundersøgelse, en personlighedsundersøgelse, som gav resultater, der lignede Rorschachtestens, og med udgivelse af bøger om „det levende i muskelpanseret". Da jeg besluttede at rejse til Oslo, manglede der ikke advarsler fra en ældre voksenpsykiater, som vidste, at det gik hårdt for sig med disse Nic Waal-folk, og at én havde brækket armen i en terapitime – al det krops-halløj!

Man havde ikke høje tanker om norsk psykoterapi her i landet. En kendt psykoanalytiker skal have sagt efter en kongres, at de norske terapeuter ikke var kommet længere i deres egen terapi end til omnipotensstadiet. Ja-ja, alle vurderer jo ud fra deres eget standpunkt!

Jeg husker, hvordan jeg selv som meget hæmmet og tilbageholdende ung læge vurderede mange af mine patienter til at være hysterikere, for det var da ikke til at tro på de overdrevne måder at vise deres følelser på.

Jeg kan også fortælle, at jeg senere, da jeg betragtede klientellet på båden til Danmark, undrede mig over, at så mange mænd virkede så blide og feminine.

De var bare danskere, set med øjne, der var blevet vant til nordmænd!

På Nic Waals Institutt fik man en stærk fornemmelse af den pionérånd, der havde hersket blandt de terapeuter, som nu ikke længere var helt unge. Det var jo ikke bare en terapi-interesse; det var en livsholdning. De var også forkæmpere for en friere udfoldelse og for en beskyttelse af sociale tabere. Jeg hørte om dengang, da man kunne lave legeterapi i et kosteskab for enden af gangen, fordi der ikke var mere plads, og da man sendte den samme regning til de rige skibsredere flere gange – sådan en rigtig „Robin Hood-institution" – for at kunne tilbyde billigere hjælp til de fattigere klienter – en økonomisk fremgangsmåde, som tilsyneladende også var accepteret blandt skibsrederne. Det var dengang, Nic Waal lagde sig ud med både myndigheder og befolkning, når hun forsvarede de drenge, der skød gadelamperne ned, og tog dem i terapi i stedet for at straffe dem. Der gik stadig mange historier, da jeg var i Oslo, om fortidens store, norske terapeuter, og om deres komedier og deres tragedier med hinanden. Et billede af hovedpersonerne giver Sigurd Hoel i „Syndere i Sommersol". Hvis man vil læse mere om Nic Waal har hendes søn, Helge Waal, skrevet en fascinerende biografi.

Takket være den tætte forbindelse til det norske terapimiljø har der også været en samling engagerede terapeuter her i landet. Af dem jeg selv kender, vil jeg nævne Margrete Lomholt, Inger Zahle og psykolog Asta Kjems, som slet ikke var psykolog, men sygeplejerske og ansat på en halv sekretær- og en halv sy-

geplejerskeløn.

I hende fandt jeg den mest indlevende supervisor i legeterapi. Også hendes mand, socialpsykiater Helge Kjems, var i direkte kontakt til Nic Waal, ligesom flere københavnske børnepsykiatere og psykologer var det, og alle disse mennesker skabte, sammen med andre legeterapeuter, et engageret miljø for psykoterapeutisk arbejde, som har været mere eksperimenterende og åbent end det psykoanalytiske miljø blandt voksenpsykiatere, hvor tilgangen af nye terapeuter jo hurtigt døde ud.

Der var et levende terapeutisk miljø – i hvert fald i den del af landet, som jeg kender til, Århus, og da jeg kom ind i børnepsykiatrien, kunne jeg få supervision af så forskellige personer som Margrete Lomholt, Birte Høeg Brask, Inger Zahle og ikke mindst Asta Kjems. At miljøet har været farverigt, tyder gamle beretninger på, som vi fik dem at høre i talerne ved Børnehospitalets julefrokoster, om hvordan børnepsykiatrien først etablerede sig i kælderen under børneafdelingen på Århus Kommunehospital. Der blev professor Bent Andersen så forskrækket over udfoldelserne i kælderen, at han til sine dages ende mistede al tro på børnepsykiatrien. Det var dengang terapeuterne gik i brusebad med deres klienter, muligvis for at lære dem glæde ved egen krop. Det var også dengang de prøvede at vise et pænt ansigt udadtil ved altid at have konditorkager på bordet, når professor Strömgren, der også bl.a. kaldte sig børnepsykiater, kom på besøg.

De var mere afdæmpede, da jeg lærte dem at kende. Der var meget rummelighed over for psykoterapeutisk interessede og al terapi.

Dengang var individuel terapi næsten eneherskende – terapiformer, hvor man forestillede sig individet som en meget mere afgrænset enhed end vi gør i dag, og hvor fortolkningen af symboler spillede en stor rolle og fortroligheden og hemmeligheden var nært knyttet til hinanden, og der krævedes derfor en mere end almindelig diskretion omkring, hvad der foregik i terapirummet. Terapeutens passive, iagttagende rolle var af stor betydning, idet det jo ikke skulle være terapeuten, som bestemte udviklingens retning – en tanke og holdning man i dag kan undre sig over. Hvordan kunne man egentlig forestille sig, at man undlod at bestemme noget ved passivitet. Gad vidst hvilke tanker og forestillinger det har fremkaldt i barnets sind? Man kan tænke på den unge mand i køkkenet, som frygtede afsløring.

Interessen for psykoterapi blev vakt hos mig allerede under min første ansættelse på Psykiatrisk Hospital i Århus. Da jeg havde bestemt mig for at blive børnepsykiater, fængledes jeg også først og fremmest af psykoterapien. Det var grunden til, at jeg rejste til Nic Waals Institutt, alvorligt præget af mine danske

lærere. Jeg syntes, at jeg havde lært meget; men på Nic Waals Institutt, med den meget omfattende undervisning, blev tingene sat i system.

Der fandtes et misundelsesværdigt undervisningssystem, som også andre danskere har nydt godt af – Mogens Lund, Torben Marner, Jørgen Friis, Nina Halsen. Ikke alene fik man tilbudt to faste supervisorer 2½ time plus undervisning på op til 3 seminarer om ugen på 1 til 3 års varighed i mange forskellige emner. Kun det ene, det 3-årige, handlede om legeterapi, og det blev forudsat, at deltagerne gik i egenterapi. At der blev tid til at arbejde, kan man undre sig over; men iveren hos undervisningskandidaterne var jo stor, og man arbejdede ofte til ud på aftenen.

Terapiprojekterne var dengang måske præget af en større idealisme, og vi troede, at flere tilstande kunne behandles med psykoterapi, end jeg ville gå ind for i dag.

Individualterapien begyndte først i begyndelsen af 70'erne at få konkurrence fra familieterapien. Jeg husker, hvordan jeg syntes, at jeg havde fået legeterapien godt ind under huden, da jeg stødte ind i artikler om familieterapi, som fuldstændigt forkastede individualterapiens menneskesyn. Jeg mærker endnu den angst, jeg følte ved måske at skulle omstille hele min forståelse af mennesker og menneskeligt samvær. Meget blev brudt om i forståelsen af menneskelige problemer i den tid, der fulgte. Hvis man før havde set de menneskelige problemer som et udtryk for kampe eller balancer mellem forskellige instanser i barnets psyke, godt nok skabt af udefra kommende tidligere påvirkninger, blev man nu presset til at se problemer og symptomer som resultat af aktuelle menneskelige interaktioner og ubalancer, og det var ikke nok med, at barnet blev påvirket af sine forældre. Forældrene blev også påvirket af barnet for ikke at tale om, hvordan forældrene belastede hinanden og også blev påvirket af det omgivende samfund. Det var en stor mundfuld at sluge. Der var en begyndende forståelse af altings relativering – forståelse af, at ingen viden om menneskelige relationer, end ikke ens egen eller ens nærmestes, er en sandhed, men en opfattelse og en fortælling om vores liv. Og vores fortælling om vores liv er præget af vores personlighed og vores forudsætninger, og vores nærmeste kan have en helt anden fortællling om de selvsamme ting. Det er nok en gammel viden, men den blev meget aktuel i de år.

Den totale forkastelse af individualterapiens menneskesyn – og dermed af mit, som jeg kunne frygte var på trapperne – kom det dog tilsyneladende aldrig til. Dog har mange vel oplevet, at familieterapi og gruppeterapi i nogle sammenhænge kan være mere potente terapiformer. Men også her må en relativering ind, idet det jo også blot er forskellige synsvinkler, om man vil se på problemerne som enten inter- eller intrapersonelle.

Da jeg efter 3 år i Oslo vendte tilbage til Århus, ønskede jeg meget stærkt at etablere et undervisningstilbud i terapi med både teoretisk undervisning i seminarform og supervision. Interessen for terapi var blevet stor i de år, især fordi gestaltterapeuterne holdt kursus her i landet, og mange i både hospitalsverdenen og inden for socialsektoren deltog i terapigrupper hos folk som Natascha Mann, Kempler og Per Ankjær og deltog også i mere teoretisk orienterede grupper hos Manocchio og Kirschenbaum. Der blev etableret smågrupper, der var aflæggere af disse korttidsgrupper. Og siden blev en række af terapigrupperne samlet under paraplyen „Psykoterapetisk Forum i Jylland", der så arrangerede kurser med spændende tilrejsende undervisere og terapeuter.

Der var derfor miljø for at lave familieterapiseminarer og legeterapiseminarer på børnehospitalet i Risskov. Næsten samtidig med mig startede i l976 chefpsykolog Else Wulff på Børnepsykiatrisk Hospital, og efter et par år videreførte hun legeterapiseminarer, og jeg kunne engagere mig mere i familieterapiseminaret.

Det fælles psykoterapiudvalg i Dansk Psykiatrisk Selskabs regi blev nedsat og gav yderligere vind i sejlene til den terapisupervision, som vi forsøgte at etablere. Efter Psykoterapibetænkningen arrangerede psykoterapiudvalget kurser i supervision med folk fra Family Institute of London, som udvalget også havde arrangeret meget udbytterige ture til. Og deltagerne fik lejlighed til at vise talenter, som de næppe havde tiltroet hinanden, som da vi vandt dansekonkurrencen på et stort diskotek, mere i kraft af vores sære opførsel end egentlige dansefærdigheder!

Disse kurser gav mange børnepsykiatere og psykologer landet over bedre muligheder for at yde den supervision, som betænkningen krævede.

Fra psykologhold var også Anegen Trillingsgaard engageret i at få dannet såvel seminarer som supervision.

En stadig inspirationskilde var det også at have kontakten med de norske terapeuter, som kom og underviste ca. hvert andet år på speciallægekurset, når der var et nyt hold. I legeterapi var det i mange år den fremragende teoretiker og psykolog, Carl Martin Borgen, som siden afløstes af den ikke mindre inspirerende Bjørg Røed Hansen. For mange var det en stor og måske lidt rystende oplevelse selv at prøve at være barnet, som leger i sandkassen. Dette pust fra Norden var utvivlsomt med til at holde liv i terapiundervisningen.

Jeg har selv været meget optaget af, hvad der egentlig virkede i terapien og desuden af at drage nytte af viden og færdigheder fra andre terapiformer til at forme spørgsmål og holdninger i legeterapien. Som f.eks. fra familieterapi, systemisk terapi og tegneterapi eller Winnicotts kruseduller, som man skiftes med barnet til at udfylde så de lignede noget.

Jeg har troet meget på, at det virksomme ved terapien lå i oplevelsen af en kontakt, eller skal vi kalde det et møde, hvor begge de involverede utvivlsomt bliver stærkt berørt. Det kan naturligvis være alle slags følelser: varme, angste, kærlige følelser, eller ensomhed, uvenskab, angst for mobning, forladthed, sorg, befrielse i humor eller glæde osv. Men dette kan ikke stå alene, og man må arbejde med mange ting for at nå frem til dette møde, og det er måske den egentlige terapi – at bane vejen igennem forbehold, angst og hæmninger ved hjælp af sin interesse, forståelse og lyst til at meddele sig, så det bliver kommunikeret til barnet, at man har forståelse for, eller skulle vi hellere sige accept af, dets handlinger, tanker og følelser – også dem, som endnu er ukendte for barnet, måske forbudte for det.

Midlerne kan være snart sagt hvad som helst – humor, paradokser, hypotetiske spørgsmål, fantasier, forståelse af symboler i legen eller forsøg på at tale mere abstrakt med børnene om et begreb, som man synes fremtræder i deres leg uden at intimidere barnet med formodninger om, hvad det selv har været udsat for, f.eks. voldelige overgreb eller svigt fra forældres eller andres side, hvilket man måske kunne formode ud fra legens tema. Det kan endog være forslag til andre handlemuligheder, f.eks. dukkerne, end dem barnet selv har set som måske eneste mulighed.

Eksternalisering kan også anvendes i legeterapien.

Ud fra erfaringer fra mine egne terapier og fra mine supervisioner er også en anden ting kommet til at ligge mig meget på sinde, og jeg får her en sidste gang lejlighed til at fortælle, hvor vigtigt jeg tror, det er – nemlig at barnet ved, hvorfor det er sammen med én. Det er bestemt ikke nok at komme med en fad udtalelse om, at man gerne vil lære det nærmere at kende. Hvad er det mon, man vil lære at kende? Er det alle barnets fejlgreb, fadæser og onde tanker, som det prøver at skjule, så godt det kan? Nej, det er ikke bare, fordi man vil lære barnet at kende. Det er heller ikke nok at sige, at man vil hjælpe barnet, når man har lært det at kende. Det er slet ikke sikkert, at barnet synes, det har brug for hjælp. Det finder det måske oven i købet ydmygende, hvis det skulle have brug for hjælp fra andre end forældrene. Måske er det slet ikke barnet selv, der ønsker at få nogen hjælp, men forældrene eller skolelæreren, og hvorfor skal barnet så være sammen med mig?

Med den passive holdning, hvor man bare sætter sig sammen med barnet og iagttager det, antyder man også, at det ikke er en interaktion, der foregår her, men at barnet er underkastet en objektiv vurdering, og man formidler utvivlsomt den fornemmelse til barnet. Man kommer til at tænke på det religiøse udtryk „vejet og fundet for let".

Nå, jeg må frem til det, selv om det er lige så enkelt, som det er forsømt.

Man må venligt fortælle barnet, at man ved, hvorfor det er henvist, f.eks. at det laver i bukserne, eller at det altid kommer op at slås med kammeraterne i skolen, eller at det er så stille og tilbageholdende, at forældrene er blevet bekymrede for det, eller at det er så stædigt, at læreren ikke ved, hvad han skal stille op med det – lige meget hvad, så må det nævnes og omtales, så barnet kan huske, at man ved det, så det ikke behøver at gå og gemme på det længere. I dette kan man sagtens få indføjet sin viden om, hvorvidt det nu er barnet, der har et problem, eller det er forældrene, der *synes*, at de har et problem, eller det er forældrene, der *har* et problem. I stedet for at fortælle barnet, at man gerne vil lære det at kende, er det bedre at være mere målrettet over for symptomet eller tilstanden og fortælle, at man selv ønsker at forstå, hvorfor barnet bærer sig ad, som det gør, eller hvorfor det har det, som det har det, og det kan være, at barnet selv kan hjælpe én til at forstå mere af den slags.

Man kan f.eks. sige: „Jeg ved, at du let kommer op at slås med dine skolekammerater, og jeg vil gerne prøve at forstå, hvorfor det sker, og måske kan du selv hjælpe mig med at forstå det."

Nu kan man så også sige til barnet, at man har valgt legeterapiformen, fordi man ved, at nogle børn har lettere ved at lege om det, de er optaget af, eller at vise i deres leg, hvordan de har det – end ved at tale om det, og man vil prøve, så godt man nu kan, at forstå barnet. Når man så selv og barnet forstår noget mere af, hvorfor det handler, som det gør, vil det også være lettere at hjælpe barnet at finde ud af, hvilke måder man skal gøre tingene på.

Jeg har tit mødt terapeuter, som siger, at de vil opleve barnet helt uden at være påvirket af noget, så de kan lave en mere objektiv bedømmelse. Derfor læser de ikke journalen eller kender noget til barnets forhold, inden de tager barnet med i terapirummet. Det synes jeg er en helt uanstændig fremgangsmåde. Der er ingen objektivitet at finde, og der er heller ikke bud efter den. Der er bud efter et mere eksistentielt møde og undersøgelse af mulighederne for at nå det.

Den diskretion, man lover, synes jeg må dreje sig om, at man ikke refererer barnets udtalelser eller fortæller konkret, hvad der er sket i terapirummet. Men at man gerne vil fortælle dem, der fremover skal hjælpe barnet, hvordan man opfatter, at barnet har det, og at man altid forinden vil diskutere med barnet, hvad det er, man vil sige.

I terapiforløbet er det ikke særlig afgørende, hvad terapeuten forstår, hvis ikke dette får en virkning på barnet. Det er først, når der sker noget med barnet, at man kan sige, at der er sket noget terapeutisk. Det kan være så mange ting; det kan være at barnet opnår en øget forståelse af sig selv, og med forståelse

må man nok hellere sige accept af sig selv; det kan være en opdagelse af, at en handling eller et forhold kan vurderes på en anden måde, end barnet hidtil har lært, at det skal vurderes; det kan blot være en øget tillidsfuldhed i kontakten til terapeuten. Det kan være en intensivering af glæden, fornøjelsen eller af vreden, uden at man kan sige, at der foreligger nogen åbenbar forøgelse af forståelsen. Ændringerne kan sagtens være sket, uden at barnet selv registrerer dem. Det er langt fra alle børn, der kan udtrykke sig om følelser eller den indre tilstand. Og når de er i én stemning vil de ofte have glemt en tidligere.

Når der er gået et stykke tid, kan man ofte mærke, at barnet igen har glemt, hvorfor man er sammen. Terapeuten er blevet udnævnt til legekammerat eller den, der giver omsorg eller har medlidenhed eller den, der skal se og beundre udfoldelserne, og det skal terapeuten jo kun så længe der er en udviklingsmulighed i det, og så gælder det om igen at få fortalt barnet om meningen med, at man er sammen i terapirummet. Mange unge terapeuter har svært ved at tale direkte til børnene om disse emner og kan tro, at en sådan åbenhed og direkte form af barnet opleves som en slags overgreb. Et område, hvor diskretion er på sin plads, er ikke i utide at afsløre barnets følelser. Dvs. ikke at omtale dem før barnets moral ikke længere vil fordømme det. Barnets holdning må først være bearbejdet.

Barnet har netop haft mulighed for at udtrykke sig under dække af leg og symbolisering, så det i beskyttet form kan meddele sig, beskyttet både mod eget vidende og fordømmelse, og mod en indiskret eller nedvurderende voksens mening.

Men et rigtigt overgreb er jo, når man foregiver at vide, hvad barnet ønsker, føler og vil, eller når man på anden måde tillader sig at bestemme over barnets udvikling – altså bestemme over noget, man ikke har hverken mulighed for eller ret til at bestemme over. Derimod kan det ikke være forkert at bestemme over andre ting i legeterapien, nemlig selve terapiens rammer, hvilke betingelser man vil sætte for at indgå i den terapeutiske relation. Men barnet har naturligvis også en vilje, og man må formode, at det i hvert fald delvist accepterer relationen, så længe det bliver sammen med terapeuten i terapirummet.

Jeg kender desværre ikke meget til, hvordan beskæftigelsen med terapi er i københavnsområdet, men individualterapien af børn synes dér at have udviklet sig på en anden måde, f.eks. af Flemming Warburg, der er mere psykoanalytisk orienteret end de jyske terapeuter i børnepsykiatrien.

Sideløbende med de andre terapiformer har man i de senere år også fundet Jung-orienterede legeterapeuter, som viser stor glæde ved mere kreativ udfoldelse, som har hylderne fulde af indtagende, smukke legesager, som ligger

langt fra, hvad vi kender i hospitalets legerum.

Dansk Psykiatrisk Selskabs psykoterapiudvalg afgav flere psykoterapibetænkninger, som gjorde det til en selvfølgelighed i speciallægeuddannelsen, at man havde fået en psykoterapeutisk erfaring, uden at man dermed kunne kalde sig uddannet psykoterapeut. De yngre læger har med denne rapport i hånden kunnet kræve deres ret mht. supervision i psykoterapi, og de har utvivlsomt rundt om på landets børnepsykiatriske afdelinger mødt en stor indsats i undervisningen på dette område.

Det har også givet anledning til, at der er etableret terapeutiske uddannelsesforløb her i landet, og ikke mindst kan vi hilse den uddannelse i legeterapi velkommen, som Annelise Kolind for mange år siden var initiativtager til, men som først nu endelig har fundet sine kompetente organisatorer i Peter Ramsing og Meta Jørgensen. De har sørget for at engagere såvel undervisere som supervisorer på uddannelsen og at gøre den tilstrækkelig interessant til, at børnepsykiatere, der ønsker at være psykoterapeuter, har meldt sig til kurset.

Det sker på et tidspunkt, hvor man allerede har spurgt sig, om individualterapien af børn stadig har en mening, eller om det er en behandlingsform, som har overlevet sig selv og hører fortiden til?

Når man har oplevet den åbenbaring, det har været for mange yngre terapeuter at komme i gang med legeterapi, at finde ud af, hvor meget man kan forstå ud fra legen og opdage, hvor spændende det er at have denne kommunikation med børn og se, hvordan lysten til leg igen dukker op hos disse voksne mennesker, så mener jeg, at legeterapien har flere funktioner.

Den giver nogle børn, som har brug for en nær, fortrolig kontakt med andre voksne, mulighed for at komme til at udvikle sig og få mere kontakt med de levende sider af sig selv og således opnå en rigere tilværelse. Man kan heller ikke udelukke, at en terapi, som ikke har givet synlige udslag ved afslutningen, alligevel kan have haft en betydning for barnets tro på tilværelsen, som det senere i livet kan afsløre og give udtryk for. Først og fremmest vil man nok stræbe efter at øge tryghed ved og tillid til, at livet – og også voksne mennesker – har noget godt at tilbyde barnet, og man ønsker at hjælpe det med at overvinde sin angst eller tilbageholdenhed.

En anden og lige så vigtig ting er næsten, at det giver yngre læger og psykologer en forståelse af børn, som det er svært at opnå på anden måde. Det er jo snart den eneste situation, hvor en børnepsykiater har lejlighed til at være alene med et barn i behandlingen. Det forøger de yngre lægers forståelse af børnene og befordrer deres indlevelse i dem. Det giver dem muligheder for at kende mere til børnenes udviklingsmuligheder. Det giver dem fornemmelse af, hvordan

børn tænker og føler, og mange læger, som jo ofte har en digital og rationel tankegang, kan udvide deres tænkemåde via legeterapien med en mere irrationel forestillingsevne, forståelse af symboler, og de kan øge deres evne for en associativ tankegang, og at stole på at deres indfald kan bruges til noget, samtidig med at det ikke er sikkert at de har nået den endelige forståelse. Det giver dem også anledning til at kende sider og egenskaber ved deres eget følelsesliv, som ikke har stået så klart for dem tidligere. Ved en ordentlig supervision vil det oftest komme frem, hvor udviklingen standses, fordi terapeuten hænger mere i visse følelser end andre. Det kan være medlidenhed, omsorgstrang, ængstelse for det farlige eller for aggressioner, for stor trang til selv at overskride grænser eller utålmodighed med et langsomt tempo i udviklingen, irritabilitet over for afhængighed osv. Det er altsammen følelser, vi alle kender til, men som under visse omstændigheder kan være tilslørede for terapeuten og dermed komme til at skabe utilsigtede måder at forholde sig på. Man skal jo være klar over, at man ikke kan bringe et barn videre i udvikling i en retning, hvor man selv har svært ved at opholde sig. Ligeledes er det vigtigt at være klar over, at den vurdering, som man kommer med af barnet, udover at være betinget af den teoretiske viden man har, også er præget af den følelsesmæssige åbenhed, som terapeuten er i besiddelse af.

Det gælder al børnepsykiatrisk viden. Efter at have været væk fra faget i en del år og komme tilbage har jeg erfaret, hvor vigtigt det er, at medarbejderne får den erfaring og det syn på mennesker som terapeutisk erfaring kan give, så man ikke forfalder til den tro, at alt menneskeligt kan forstås og sættes på skema og dermed øge vores præcision. Det er vigtigt at bevare åbenheden og en flerstrenget synsmåde, og ikke falde for den tro på effektiviteten, som begynder at præge faget.

Den effektivitet rammer let ved siden af det væsentlige, fordi vi kun er i stand til at få øje på det vi ser efter!

Det bringer mig videre til overvejelser om, hvilke børn der kan have udbytte af en legeterapi. Ligesom terapeuten må fortælle barnet, hvad der er grunden til, at man skal være sammen med barnet i legeterapirummet, er det vigtigt, at han gør klart for sig selv, hvilke egenskaber, det er hos barnet, han ønsker at lave psykoterapi overfor.

Egenskaber, som er medfødte eller skyldes særlige kropslige eller hjernemæssige konditioner, kan naturligvis ikke behandles med psykoterapi. Man gør psykoterapien en bjørnetjeneste, hvis man vil behandle det ubehandlelige med psykoterapi.

Således kan autisme eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser ikke i sig selv

behandles. Muligvis kan en del af deres sociale følger behandles med psykoterapi, men ikke den grundlæggende mangel på overblik over de sociale sammenhænge eller den manglende evne til at føre detaljer sammen til en helhedsfornemmelse.

Det opmærksomhedsforstyrrede hos et hyperkinetisk barn kan heller ikke behandles med psykoterapi, men muligvis kan noget af den nederlagsfølelse og den ængstelse, som opmærksomhedsforstyrrelsen har ført med sig, behandles.

De kognitive forstyrrelser såsom retningsforstyrrelser og rækkefølgeforstyrrelser, nedsat hukommelsesspændvidde hører heller ikke til det, der kan behandles. Indlæring kan give nogen kompensation for en del af det, og oplevelsen af social inkompetence har man muligvis en chance for at behandle.

Man har altid været klar over, at man skulle undlade at tage et barn i legeterapi, hvis dets hjemlige forhold var så belastende og så uforanderlige, at familien f.eks. ikke kunne bære en ændring hos barnet. Barnet kunne da komme slemt i klemme, hvis det udviklede sig til ikke at kunne passe sig ind i sin familie længere, men den største risiko er nu nok, at terapeuten spilder sine skønne kræfter.

Det er derfor også af afgørende betydning, at forældrene kan få mulighed for selv at udvikle sig til at forstå, hvad der dukker op af nye følelser hos barnet. Det kan undertiden klares med oplysning, men oftest vil det jo være forældrenes følelsesmæssige indstilling og holdning, som er viderebragt til barnet, og som kræver en psykoterapeutisk behandling af forældrene tillige. Derfor vil man ofte vælge en familieterapi, når alle skal udvikle sig.

En forudsætning for at barnet får noget ud af en legeterapi er, at det har vedholdenhed nok til at kunne fastholde betydningen af en erfaring – ikke nødvendigvis at forstå en mening eller en forklaring. Desuden at kontakten til andre mennesker betyder så meget for barnet, at det kan indgå i en følelsesmæssig dialog med den voksne, idet al udvikling også i individuel terapi foregår mellem mennesker og ikke bare i det enkelte individ. De opdukkende følelser må deles med et andet menneske, og barnet må mærke, at det bliver forstået og accepteret, og at terapeuten kan vise en begrundelse for, hvorfor de følelser må være der. Det er derfor heller ikke særlig tillidvækkende terapi, den, man har hørt om, som er foregået i al ensomhed ved hjælp af erkendelser, som er opnået gennem f.eks. LSD-indtagelse eller senere hash, hvormed man muligvis kan kalde fortrængte følelser til bevidstheden. Det handler hele tiden om, at disse følelser deles med et andet menneske, før de bliver potentiale for en udvikling.

De børn man især har tilbudt legeterapi er de hæmmede, forsigtige, evt. med udbrud af tilbageholdt aggression, og evt. med angst, de børn der er præget af

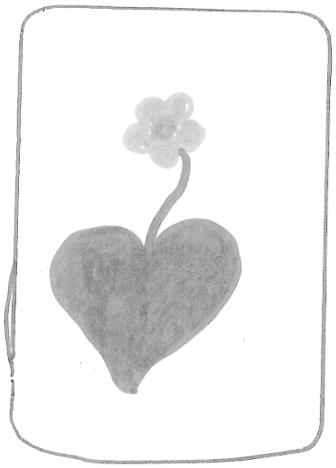
konflikt mellem forskellige psykiske instanser. En nedsat legelyst hører også med i billedet.

I dag har vi fået erfaring for, at nedsat legelyst ofte drejer sig om manglende evne til at lege og til at forestille sig noget, og især at forestille sig sociale sammenhænge og menneskelige følelser. Det er handikap, som ikke er skabt af sociale forhold eller psykiske belastninger, og som man naturligvis ikke skal forvente sig vil bedres af en psykoterapi.

I legeobservationen kan man jo principielt tage alle børn, da meningen med den mere er beskrivelse af barnet end udvikling. Der kan man på den anden side få mulighed for at lægge mærke til, om barnet er i stand til at lege, om det kan bruge samværet, om det kan knytte sig til den voksne, om den voksnes indstilling har nogen indflydelse på barnets måde at forholde sig til sig selv på, og om barnets tillid til terapeuten vokser.

Så legeobservationen er uvurderlig som en forudsætning for at bedømme terapiens muligheder, men er også vigtig for den yngre læge af de ovennævnte grunde.

At mødes, at dele følelserne – det er, hvad det handler om i terapi – ja, måske også i resten af livet. Og det havde den unge billedkunstner vist ikke fået med fra sin terapi.



Den børnepsykiatriske tværfaglighed

Gideon Zlotnik og *Lene Bloch*[1]

Det børne- (og siden hen ungdoms-)psykiatriske speciale er i Danmark en forholdsvis ung lægevidenskabelig gren. Men det til trods har det i alle årene været foran med henblik på at udvikle tværfagligheden. Den har på dette område været banebrydende, opfindsom, kreativ og dermed inspirerende for den øvrige hospitalsverden. Det handler om det ambulante og stationære, interne og eksterne samarbejde på tværs af faggrupperne, men i lige så høj grad om den åbne holdning og respekt over for børnepatienterne og deres familier. Således er det tværfaglige gældende i både bogstavelig (det daglige, kliniske arbejde) og overført forstand (patienter og klienter).

Denne del af den børnepsykiatriske praksis har været mere eller mindre fremtrædende afhængig af tid og sted. Men tendensen har været klar, nemlig vedvarende udvikling og forbedring af den faglige mangfoldighed og åbenhed.

Sådan har det ikke altid været, i hvert fald ikke fra begyndelsen. Ej heller har det været nemt eller ukompliceret eller konfliktfrit. På et dybere og bredere plan har der været tale om det kendte pendul – fra på den ene side det overvejende biologiske, fundamentalistiske, akademiske, lægecentrerede, elitære standpunkt til den holistiske, eklektiske, pluralistiske, tværfaglige og demokratiske holdning på den anden side. Fra tid til anden og fra afdeling til afdeling, har det børnepsykiatriske arbejde været præget af en varieret blanding af det ene eller det andet. Børnepsykiatriens force har været evnen til at udvikle sig mere og mere i retning af det sidste, nemlig fleksibilitet frem for rigiditet, åbenhed i stedet for lukkethed. Dermed er der skabt spændende faglig og arbejdsmæssig udvikling og fornyelse.

Historisk set var begyndelsen stærkt præget af to forhold, nemlig hospitalsverdenen og den psykoanalytiske. Den sidste var den herskende referenceramme og den første var den indbyggede strukturale ramme. Hospitalskulturen betød en pyramidal struktur med læger i hvide kitler på toppen, både med hensyn til den administrative og faglige ledelse. Placeringen på almene sygehuse betød desuden tæt tilknytning til voksenpsykiatri og pædiatri, både med hensyn til den faglige påvirkning og rekruttering af personale. Især sengeafdelingerne blev kittel- og nøglemiljøer. Uniformeret personale bag låste indgangsdøre symbolise-

---

[1] Børnepsykiater Gideon Zlotnik, tidligere ansat på RH og BBH; 1973-2000 ansat i Glostrup som overlæge. Oversygeplejerske Lene Bloch har siden 1985 været ansat som oversygeplejerske i Glostrup.

rede afstand, lukkethed og selvtilstrækkelighed. Hvilket harmonerede godt med den herskende forståelsesmodel, nemlig den psykoanalytiske, som var præget af en forældrefjendsk holdning (tænk i den forbindelse på den klassiske historie om autistiske børn). Således bestod tværfagligheden i begyndelsen af en funktionel splittelse – miljøpersonalet tog sig af børnene, en anden person talte med forældrene, lægen undersøgte, psykologen testede barnet og en socialrådgiver styrede kontakten med de sociale myndigheder. Denne rollefordeling var forudbestemt, men efterhånden blev disse stive, faglige grænser brudt, dels fordi de ikke virkede tidssvarende, dels fordi nogen var mere egnet til noget end andre og dels fordi alternative holdninger og menneskesyn trængte sig på. Således fik det ikke-akademiske personale efterhånden en mere central rolle, ligesom familien indtog en mere og mere central placering. Samtidig voksede den ambulante og deldøgnsindsatsen, hvilket forstærkede bevægelsen væk fra de traditionelle døgnafdelinger. Børnepsykiatrien sluttede sin barndom og begyndte en spændende og turbulent pubertet.

I de første år (60'erne og 70'erne) i Glostrup boblede det – et døgnafsnit med 10 selvmutilerende, psykotiske børn, hvor en gruppe sygeplejersker og pædagoger hver dag kæmpede for at forhindre dem i at gøre skade på sig selv og samtidig gav dem deres daglige neuroleptika. Et døgnafsnit med 10 adfærdsforstyrrede, aggressive børn, hvor personalet forsøger at stille op som alternative voksenfigurer. Et dagafsnit med 10 adfærds- og emotionelt forstyrrede børn, hvor personalet sætter ind med et terapeutisk samfund. Dertil kommer et ambulatorium. Denne basisstruktur har i alle årene været præget af vilje og mod til at prøve nye veje, både med hensyn til det faglige og ikke mindst i relation til personalepolitikken. Hvad det første angår drejede det sig om en eklektisk holdning med hensyn til teorier og metoder (biologi og psykologi, individ og system) og hvad det andet angår handlede det om pluralistisk og ligeværdigt samarbejde.

Således med hensyn til det kliniske arbejde:

- medikamentel behandling med afprøvning af nye midler;
- psykoanalytisk orienteret legeobservation og -terapi;
- afspændings- og kropsterapi;
- gestaltorienterede eller transaktionsanalytiske individuelle samtaler;
- miljøterapi;
- systemisk familieterapi;
- døgn- og dagfamilieafsnit; familier på aften- og weekendgruppeterapi;
- kontaktperson for barnet og et tværfagligt team for familien;
- spædbørnsafsnit;
- skolepatienter;

- stuegang på børneafdelingen;
- netværksmøder og kliniske konferencer med deltagelse af forældrene;
- børnemøder med observatør og efterfølgende feedback;
- møder med et reflekterende team;
- akutte indlæggelser;
- forskellige former for efterbehandling;
- årelang kontakt i forbindelse med anbringelse uden for hjemmet;
- forskning.

Således med hensyn til det interne samarbejde:

- ligeværd på tværs af faggrupperne, alles udsagn er værdifulde;
- „børnefri" arbejdsdage;
- gruppe- eller individuel terapi for personale;
- personaleweekend med en terapeut eller trainer;
- individuel- og gruppesupervision;
- miljøpersonale som terapeuter eller co-terapeuter eller ansvarlige sagsbehandlere;
- tværfaglige interne og eksterne uddannelsestilbud.

Alle disse kliniske interventioner og interne foranstaltninger var baseret på og betinget af vedligeholdelse og udvikling af den tværfaglige kerne og det flerfaglige samarbejde. Kilden til denne multifrontale udvikling var, og er, den faglige mangfoldighed. Dette fundament var også med til at tegne udviklingen på den ungdomspsykiatriske afdeling. Ligeledes kan elementer af det findes på alle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger herhjemme.

Tværfagligheden skal være baseret på en humanistisk, åben og nysgerrig forholden sig til. Flerfagligheden indebærer, at hver faggruppe er klar på deres faglige viden og kompetence og at disse to kan opnå en virkelig smuk enhed med sine fordele og ulemper. Af mulige svagheder kan nævnes, at der på den ene side kan opstå „kampe", faglige kampe – hvem ved bedst og hvem har den endelige beslutning. Meget tid og energi går til møder og diskussioner med risiko for at fortabe sig i selve processen. Flere skal tages i ed og flere observationer skal analyseres. Af mulige styrker skal fremhæves, at der udvikles en større validitet, troværdighed og sikkerhed. Flere øjne, der ser, og ører, der lytter, med deraf følgende mindre risiko for at overse eller overhøre noget eller nogen. En skolelærer som kan få kontakt med en autistisk; en køkkenmedhjælper som har god kontakt til en anorektiker; en lægesekretær som kommunikerer godt med forældrene; en receptionist som fanger nuancer i venteværelset; en pædagog eller en sygeplejerske, som er uddannet terapeut. Ikke ligeløn eller ligestilling,

men ligeværd og gensidig respekt. En respekt som smitter af på relationerne til klienter og patienter. Et krævende arbejde, men en del arbejdsglæde. Bedre rekruttering og stabile og loyale medarbejdere.

Et system baseret på tværfaglighed er naturligvis sårbart, fordi det er afhængig af et godt samarbejde. Hvordan værnes der om det? Er de ansatte villige til at indgå i en personlig forholden sig til sig selv? Hvordan kan man arbejde med børn og unge, hvis man ikke selv har styr på egne reaktioner og hvad man selv har oplevet i livet og evt. bærer med af sår? Det har derfor virket oplagt, at der grundlæggende var supervision, så personalet kunne „få luft" og se på egne reaktionsmønstre. Det er her vigtigt at det ikke er privat terapi, men supervision i forhold til de børn/unge/personale, der er til stede på afsnittet. De interpersonelle relationer blev vægtet højt for at give de bedst mulige behandlingstilbud. Her har personaletræningsdagene ændret sig med tiden.

For 20 år siden var de mere private, men de blev langsomt ændret til de relationer/problemer, der udelukkende var relateret til afsnittet. Et samfundsskift, men også nødvendigt i forhold til fagligheden. Der har været, og skal være, meget engagement i personalegruppen for at give den ekstra udefinerbare skalle, der bliver til et godt sammentømret arbejdsklima.

For udefra kommende måske et forvirrende, uoverskueligt, hektisk og uensartet miljø. For andre oplevedes det som en del af den hidsige antipsykiatri- (eller antipsykiater)bevægelse, som gjaldt især i voksenpsykiatrien. Sådan var det også af og til. Men for de ansatte var det overvejende en spændende, udfordrende, udviklende og pulserende arbejdsplads. For nogle børn og forældre svær at følge, for andre familier lige det de trængte til. For nogle eksterne samarbejdspartnere uoverskueligt, for andre lige det de havde brug for. For de fleste inspirerende og skabende. På det overordnede plan var udviklingen præget af faglig selvkritik og etik. Således mundede denne turbulente periode ud i en mere samlet, moden og samfundsrelevant faglig profil. Den basale nysgerrighed, og viljen til at prøve nye veje, forblev. Gennem årene har afdelingen været inspirationskilde og udgangspunkt for flere personer fra flere faggrupper, som udviklede sig videre og blev banebrydende og skabende inden for deres fag, uden for hospitalsverden. Børnepsykiatriens force har således også været at sprede det rette budskab videre.

Men i de senere år er kravet om effektivitet, korte ventelister og behandlingstider med til at sætte alle faggrupper i en paradoksal situation. De vil gøre et ambitiøst, godt stykke arbejde og også have tid til at tale situationerne ordentligt igennem, men tiden, hvor er den? Hvordan følger man med, uden at kvaliteten bliver mindre?

Dette bliver den store udfordring fremover, fordi børnepsykiatrien med et humant ansigt sommetider er en forholdsvis langsom og kostbar fordybelse, som i den senere (talknusernes) tid, er under pres for ikke at være effektiv nok. Efterhånden og sideløbende med ændringer i samfundet, og især i det offentlige, er målestokken blevet af en anden art og værdierne har skiftet karakter.

Hvad betyder alle disse markante ændringer? Fra det umiddelbare, til det videnskabelige. Fra den faglige kunst til den evidensbaserede. Fra de bløde værdier til de hårde midler. Fra kvalitet til kvantitet. Fra indhold til tal. Fra det kliniske til det administrative. Fra hospitalsvæsnet til den sociale sektor.

Børnepsykiatrien kan i den aktuelle, tempoprægede kultur være den nødvendige og værdifulde skildpadde i en verden af harer – langsom og sårbar, men grundig, robust og med en lang levetid!

Den antipsykiatriske periode

Mogens A. Lund

Tiderne skifter og vi med dem. Børnepsykiatrien vil, som andre samfundsinstitutioner, altid være et barn af sin tid. I disse år er vi i en snæver tid, hvor konservative synspunkter, centralisering, besparelser, rationalisering og observation er i højsædet inden for skole-, social- og sundhedssektoren. Men der har været andre tider, f.eks. i de antipsykiatriske jubelår i 60'erne og 70'erne, og der vil vel igen komme nye tider, hvor man lukker op, eksperimenterer og behandler.

Alment

Samfundet, dets grundstrukturer og normer, forandrer sig til stadighed. Vi, som har levet længe nok, kan komme til at opleve denne forandring som cirkulær.

Visse regler og normer er gældende en vis tid, så overtager andre synspunkter, og efter nogen tid vender man tilbage til tidligere tiders normer – eller næsten – for „man kan aldrig bade i den samme flod to gange", nogle forandringer vil altid blive mere eller mindre permanente.

Der er tider, hvor samfundsnormerne (økonomisk og moralsk) strammer til, og andre tider hvor man lukker op. Konservative, bagudrettede synspunkter følger fremadrettede, venstreorienterede perspektiver. Ingen tid til – eller ønsker om – eksperimenter følger ønsker om – og pres på – fornyelse og eksperimenter.

Den gode gamle Guldalder sat op imod et fremtidigt Utopia.

Børnepsykiatrien er i sin grund børne- og ungdomsorienteret. Rebellen i psykiatrien, orienteret mod forandring, revolution og fornyelse, og alligevel vil der også inden for børnepsykiatrien være mere konservative, autoritært dominerede perioder vekslende med mere fremadrettede, åbne demokratiserede perioder.

Ungdomsoprøret

Antipsykiatrien er et barn af det antiautoritære ungdomsoprør omkring 1968.

Magten/guderne blev udfordret og angrebet. Nogle af guderne blev styrtet i grus – på godt og ondt.

En af guderne var den objektive, positivistiske, lægevidenskabelige, diagnostiske kultur. Specielt lægen som den objektive, uafhængige autoritet, som stod i spidsen for et udtalt hierarkisk system.

Diagnoserne søgtes organisk funderede. Man manglede bare – og forskede fysiologisk og biokemisk efter – den endelige sandhed om sindssygdommene som betingede af biokemiske/fysiologiske forandringer inde i hovedet på den enkelte patient.

Afdelingerne lignede de somatiske afdelinger. Patienterne havde deres (underordnede, passive) rolle og blev behandlet af specialister, dvs. det børnepsykiatriske team, som bestod af lægen øverst, suppleret af psykologer og socialrådgivere, og under dem en blandet gruppe „børnepassere", som holdt orden på børnene, når disse ikke var til observation, diagnosticering og – en sjælden gang – behandling hos specialisterne.

De nederste i hierarkiet, børnepasserne og børnene (og deres familier), var i vidtgående grad passiviseret og umyndiggjort.

Man var tilsyneladende blind over for skjulte magtmanipulerende mekanismer i systemerne, de interpersonelle relationer, samfundets, familiens, behandlingsmiljøets betydning som invaliderende faktor i patienternes liv og „sygdomskarriere" blev stort set negligeret til fordel for de eventuelle organiske forklaringer af „sygdommene".

Dette var den gode gamle guldalder-børnepsykiatri, der herskede på Bjerget.

Den norske børnepsykiater Jon Lange ironiserede over forholdene og har – med henvisning til tumordiagnostikken – kaldt den gode gamle børnepsykiatri for den godartede, afgrænsede, indkapslede, institutionaliserede version. De børnepsykiatriske teams sad godt gemt bag deres tykke, sikre mure af ventelister og observerede og diagnosticerede. Havde deres egen indforståede faglige jargon og ofte meget pessimistiske prognostiske syn på patienternes muligheder.

Når patienterne var færdigobserverede skrev man en erklæring og udskrev børnene af systemet til behandling på mere eller mindre pædagogisk kvalificerede institutioner. Til nye, anderledestænkende behandlere, som næppe forstod de indforståede fagtermer i erklæringerne, og som ofte på forhånd var imod det børnepsykiatriske, teoretisk baserede overherredømme.

Patientfamilierne blev i højden interviewet, i hvert fald ikke medinddraget som aktiv faktor i behandlingen – snarere tværtimod.

Overfor denne godartede børnepsykiatri stod så den ondartede. Den vildt udbredte. Den som søgte at indtage hele samfundet og inddrage nye – eller i forvejen eksisterende – samfundsmæssige systemer – socialvæsnet, skolerne, børneforsorgen – i behandlingsteamet.

Nye fagkategorier, specielt socialpædagogerne og lærerne, men også fysioterapeuter og ergoterapeuter, afspændingspædagoger og mere overordnet sociologer, kulturantropologer, samfundsanalytikere og politiske instanser, blev inddraget i forståelsesmodellerne, når man skulle vurdere opståelsen og behandlingen af „psykiske forstyrrelser" (stillet over for „psykiske sygdomme") og man hæftede sig især ved interpersonelle forståelsesmodeller.

Psykiske forstyrrelser var ikke noget, der udelukkende foregik inde i hovedet på den enkelte, men fænomener der udspillede sig mellem mennesker. Derfor var også begge parter involverede i eventuelle „forstyrrelser" og behandleren – lægen – gik ikke automatisk fri som „sygdomsfremkaldende faktor".

Hele samfundet blev invaderet, både med hensyn til opståelsen og helbredelsen af psykiske forstyrrelser. Der var tale om et totalangreb, og man vidste ikke, hvor man havde den farlige, vildtvoksende, ekstrainstitutionelle, ambulante børnepsykiatri.

De gængse positivistiske diagnoser med tydelig tilknytning til de somatiske sygdommes ætiologiske synsmåder blev erstattet med hermeneutisk/indfølende, fortolkende, relative, interpersonelle synsmåder, hvor den diagnosticerendes egenadfærd, ligesom miljøets – de økonomiske faktorer, de politiske forhold – blev medinddraget og opprioriteret.

Relativisering blev inddraget i synsmåden på den menneskelige adfærd. „Hvem er det, der er skøre" var emnet i tidens debat. Behandlere skaber deres egne sandheder. Alt afhænger af øjnene der ser. Man påvirkede selv sine (objektive) forsøgsresultater (Rosenthal-effekten).

Lægen var ikke længere en objektiv iagttager, som kunne diagnosticere andre mennesker og udtale sig ophøjet objektivt om andre mennesker. Den interpersonelle synsmåde blev illustreret ved Harry Stack Sullivans berømte journalnotat, hvor han kommenterer en kollegas „objektive" notat om en given autistisk patient med: „Når JEG er sammen med patienten er denne ikke autistisk."

Polarisering

De nye synsmåder var farlige og anarkistiske, og magthaverne søgte bevidst at holde pædagogernes sorte flod ude af tværfaglige foreninger, og der dannede sig en front mellem den organiske, naturvidenskabeligt tænkende, lægestyrede og sygdomsfunderede synsmåde og socialpsykiatrien med den bredere tværfaglige, pædagogisk/psykoterapeutiske, interpersonelle tilgang til problemerne.

Man startede en religionskrig, som endnu ikke er overstået.

Fronterne står stadig mellem de organisk funderede, sygdomsorienterede syns-

måder, hvor den medikamentelle behandling er fremherskende, og de mere interpersonelle, samspilsbetingede synsmåder, hvor behandlingen er miljørettet og baseret på pædagogiske og psykoterapeutiske programmer.

Det må dog anføres, at man i forskellige sammenhænge har kombineret de to synsmåder, og der er til stadighed kræfter, der arbejder for et samspil i stedet for en krig.

Blivende forandringer som følge af den antipsykiatriske bølge

Tider og sæder skifter. Det mest betydningsfulde er ikke det forbigående, men de faktorer, som overlever i løbende tid, og nedenfor skal derfor nævnes forskellige forandringer i forholdene omkring behandlingen af psykisk afvigende børn og deres familier, som er betinget af den antipsykiatriske bølge, og som er blevet stående i eftertiden.

Åndssvageforsorgens opløsning

En del af det etablerede sundhedsvæsen i 60'erne og 70'erne var Statens Åndssvageforsorg. Den var fra starten lægestyret. Folk blev intelligenstestet mere eller mindre lemfældigt og spærret inde i åndssvageforsorgen. Ofte på ret sparsomme præmisser og af og til – ikke så sjældent – på social indikation med diagnoser som degeneration med social stempling som udgangspunkt.

De svært organisk prægede psykisk udviklingshæmmede lå i hospitalslignende omgivelser. Blev ikke mobiliseret eller stimuleret og tog form efter sengen og slukkedes totalt.

I den antipsykiatriske periode tog pædagoger over. Åndssvageforsorgen fik en 4-hovedet ledelse, hvor den lægelige ledelse blev suppleret med en administrator, en social og en pædagogisk ledelse. Den pædagogiske synsvinkel vandt kraftigt frem og forskellige pædagogiske tilgange til klientellet blev dominerende. De umenneskelige mammutinstitutioner blev erstattet af mindre skoler med differentieret klientel, åbenhed, forældresamarbejde og optimisme i behandlingssynet. Statens Åndssvageforsorg blev endelig nedlagt i 1980, og behandlingen af klientellet blev lagt ud til amter og kommuner. Klientellet er nu for en dels vedkommende hjemmeboende, har egen bolig, eller er samlet i bofællesskaber med pædagogisk støtte, og den lægelige indsats er begrænset til enkelte konsulenter og almentpraktiserende læger.

Videncentret for autisme

Mens den tidlige diagnostik af autisme var lægelig, børnepsykiatrisk, blev den også i 60'erne og 70'erne mere og mere forankret i pædagogiske referencerammer. Naturtalentet Sofie Madsen inspirerede Else Hansen til at oprette Sofie-

skolen med tilhørende knopskydninger, og dette pædagogiske initiativ er nu videreudviklet til Videncentret for autisme, hvor man med udgangspunkt i psykologisk/pædagogiske familie- og helhedsorienterede referencerammer etablerer praktiske programmer for autistiske børn og deres familier så nær normalmiljøet som muligt.

Der kan også være en tendens til diagnosticering inden for en pædagogisk referenceramme. Denne tendens svinger naturligvis også med de samfundsmæssige, politiske forhold og kan være stram og fundamentalistisk eller mere åben og demokratiseret.

Synsmåderne på den enkelte diagnose

Ronald D. Laing gjorde sig særlig til talsmand for en indfølende og forstående holdning til de svært psykisk syge med forkærlighed for skizofrenierne. I stedet for at stemple mennesker med en bestemt samling symptomer som syge opfattede han – kunstnerisk, poetisk – skizofrenien som en livsstil. Troede på, at der var mening i galskaben, og lærte behandlerne at tænke eksistentialistisk. Behandlerne måtte bruge deres fantasi og kreativitet, møde patienterne der hvor de var og på fælles betingelser etablere rummelige miljøer, hvor man i fællesskab kunne rejse gennem – og ud af – galskaben.

Diagnosticering

Bl.a. den Laingske synsmåde smittede af på den almene psykiatriske diagnosticering. I stedet for udelukkende at læne sig op ad den somatiske, ætiologiske diagnosticering baseret på „objektive" registreringer af symptomer og symptomkomplekser, blev diagnosticeringen flerdimensional, multiaksial. Man tog kulturelle, sociale, samspils- og udviklingsmæssige faktorer med i betragtning, og beskrivelsen af den enkelte patient blev meget bredere og mere nuanceret end tidligere.

Diagnosesystemerne ICD og DSM taler deres tydelige sprog.

Mere generelt kan man sige, at det relativistiske i diagnosticeringen fik – og får – tiltagende betydning. Diagnosticeringen bliver eksistentiel, hermeneutisk. Man er ikke længere udelukkende naturvidenskabeligt positivistisk indstillet, men tager også højde for hvem den diagnosticerende er, og på hvilket grundlag diagnosen (observationen) bliver foretaget, og selv om der er et betydeligt, positivistisk efterslæb, har den relative synsmåde fået en stadig stigende betydning.

Man er ikke længere fremmed over for synspunkter om, at diagnosen siger lige så meget om den diagnosticerende som om den diagnosticerede. Og at forholdene omkring observationen ligeledes er af stor betydning. Dette spiller særligt

en rolle med hensyn til udfærdigelse af erklæringer, som stadig spiller en stor rolle som grundlag for behandling af både enkeltpersoner og familier. Ofte foreligger der mageløst differentierede rapporter om, hvordan patienten er og opfører sig. Observationsbetingelserne og -miljøet beskrives også ofte grundigt. Det der endnu mangler, men som måske kommer i fremtiden, er den diagnosticerendes beskrivelse af sig selv, sin egen sindstilstand og personlige forhold i forbindelse med observationen og udfærdigelsen af erklæringen.

Familien er død, familien lever

En af David Coopers banebrydende bøger omhandlede familiens død – familiens betydning som symptom- og „sygdomsskabende" faktor. Dette førte til et nyt behandlingssyn i psykiatrien: familiepsykiatrien.

Børnepsykiatrien, der udelukkende behandler børn, bliver herved nærmest en selvmodsigelse. Her behandler man budbringeren i stedet for budskabet. Tankegangen bag familiebehandlingen ligger dels i den psykodynamiske og dels i den eksistentialistiske synsmåde. Og den interpersonelle tydning af funktionsforstyrrelserne. Familien betragtes som et system, der præger alle medlemmer. Alle har deres genetiske forudsætninger, men samspillet i familiesystemet er afgørende for symptomudvikling og -vedligeholdelse.

Grundsynet er, at al behandling er familiebehandling!

Selv om man forholder sig til det enkelte familiemedlem, barn eller voksen, er forholdet til familien altid det vigtigste for den enkelte, og behandlerne kan højst være passanter i den enkeltes liv. Man tager derfor hele familien – familiesystemet – som udgangspunkt. Behandlerne indmelder sig temporært i familien og forsøger at fremme hensigtsmæssig interaktion mellem familiemedlemmerne for ved denne træning at skabe muligheder for den enkelte for at klare sig bedre såvel i familien og de snævre sociale cirkler – skole, arbejdsplads – som i samfundet som helhed. Der eksisterer mange forskellige skoler, men de har samme udgangspunkt: Det er i familien man lærer og udvikler de vigtigste livsegenskaber – livsduelighed.

Behandlingsmiljøet

Man blev klar over, at mammutinstitutionerne selv udformede en bestemt patologi. Patienterne blev passiviserede. De individuelle udviklingsmuligheder begrænsedes af institutionsmiljøet og specielt spillede institutionslivets mekanisering en vigtig rolle for spædbørn og for den tidlige udvikling i det hele taget. Dette perspektiv medførte, at mere og mere behandling blev udført i hjemmene, eller så nær det normale miljø som muligt. Institutionsindlæggelse betragtedes som et ekstra handikap, som man bibragte patienterne, og som man derfor

også skulle befri dem for ved udskrivelsen. Distriktspsykiatri og socialpsykiatri blev hjælpeinstanser i samfundet sammen med forskellige familiebehandlingscentre som hovedsageligt blev etableret uden for hospitalssystemet i det sociale system. Samtidig overgik børnepsykiatrien mange steder fra sygehusvæsen og sundhedssystem til socialvæsnet, som sammen med skolesystemet blev de miljøer, hvor den aktuelle behandling hovedsageligt foregår.

Lægerne blev konsulenter, styringen psykologisk/pædagogisk, og selv om man i snævre tider også inden for denne referenceramme bliver tilbøjelig til endimensional diagnosticering og observation i stedet for eksistentiel her-og-nu-behandling, og selv om man stadig i visse svære og komplicerede tilfælde må gribe til institutionsindlæggelse, er det optimistiske, helhedsorienterede og pædagogisk/psykoterapeutisk orienterede behandlingssyn aktuelt mere og mere fremtrædende.

Afslutning

Jeg har skitsemæssigt omtalt de antipsykiatriske grundprincipper, og især hæftet mig ved de forhold, som har vist sig at være bæredygtige i skiftende tider.

Som omtalt er vi aktuelt i en konjunkturbestemt stram tid, og den aktuelle børnepsykiatri er præget af dette ligesom andre psykologiske og pædagogiske organisationer og institutioner. Der er dog ingen tvivl om, at den åbning og demokratisering, som den antipsykiatriske bølge introducerede, stadig præger den samfundsmæssige behandling af psykisk afvigende enkeltpersoner og familier.

Multifaktorielt helhedssyn og forsøg på at undgå institutionalisering er vigtige faktorer i den aktuelle behandling.

Væsentlige dele af børnepsykiatrien er flyttet ud af hospitalsvæsnet og ud i samfundet, og børnepsykiaterens rolle er blevet demokratiseret. Børnepsykiateren arbejder på linje med andre faggrupper i et ligeværdigt samarbejde, som tager sigte på at skabe gode forhold for børnefamilier og gode vækstforhold i de enkelte familier med vægt på forebyggelse og forsøg på at undgå social stempling.

Som et afsluttende kuriosum kan det omtales, at antipsykiatrien i Den Store Danske Encyklopædi omtales med betydelig spalteplads, og den gennemgribende betydning for behandlingssystemets udvikling understreges. I Høst og Søns Psykologileksikon understreges antipsykiatriens betydning ligeledes. I Psykiatrisk Ordbog søger man forgæves efter opslagsordet antipsykiatri. Det ligner næsten er tanke!

Liaisonpsykiatri, eksternt samarbejde og konsulentfunktioner

Gitte Juel Henningsen

> *Dårlige læger behandler sygdom i en patient.*
> *Middelmådige læger behandler patienten som et menneske.*
> *Fremragende læger lader hele samfundet indgå i behandlingen.*
> (Huang Dee (2600 f. Kr.) i Nai Chung - 1. Kinesiske Lægebog)

Denne oldkinesiske visdom gælder i særlig grad for den børnepsykiatriske lægegerning.

Er vi da særligt fremragende læger? (ja, selvfølgelig!)

I et lægeligt speciale med ansvar over for børn er det i hvert fald særligt påkrævet med opmærksomhed og fokus på barnets omgivelser. Den tværfaglige, holistiske, børnepsykiatriske metode er derfor snarere udviklet som en dyd af nødvendigheden:

> Børnepsykiatriens generelle mål er at lindre, behandle og forebygge psykisk sygdom hos børn og deres familier. Barnepatienten er en person i udvikling og i et afgørende afhængighedsforhold til andre – såvel den nære familie som det omgivende samfund.
>
> Ingen børnepsykiatrisk lidelse kan tilskrives en enkelt årsag. Ved undersøgelse og behandling må der derfor tages højde for samspillet mellem konstitutionelle, organiske, udviklingsbestemte, miljømæssige og kulturelle påvirkninger af barnets hele situation.

Hvordan adskiller børne- og ungdomspsykiatrien sig fra andre lægelige specialer?

Der er særlige, etiske aspekter, og der gælder særlige behandlingsmæssige forhold.

Hvorfor særlige etiske aspekter?

- Børn søger ikke selv behandling, de vælger sjældent selv at være patient. Børn har ikke en selvstændig retsstilling i samfundet, men er undergivet forældremyndighedens ansvar og beslutninger. Børn har ikke en selvstændig politisk indflydelse på beslutninger og strukturer i samfundet. Derfor påhviler der børnenes læger et særligt klinisk ansvar med henblik på at vare-

tage barnets tarv og særlige behov vedrørende information, fortrolighed, tavshedspligt/videregivelse af oplysninger[2].

- Børnepsykiatri er også familie- og forældrepsykiatri, hvor undersøgelse og behandling ofte retter sig mod – eller må gives gennem – forældre eller familie. Den henviste „patients" (barnets) symptomer er måske ikke udtryk for en primær psykisk sygdom, men en reaktion på omgivelsernes problemer. Dette giver særlige overvejelser angående diagnoser og registrering, især ved de forebyggende børnepsykiatriske aktiviteter, f.eks. interventioner i tidlige mor-spædbarnssamspil, erklæringer i forældremyndigheds- og samværssager og undersøgelser af familier med omsorgssvigt, vanrøgt, misbrug eller anden velfærdstrussel i barnets miljø.

Hvorfor særlige behandlingsmæssige forhold?

- Børns og unges afhængighed af deres omgivelser for trivsel og udvikling har i børnepsykiatrien nødvendiggjort særlige undersøgelses- og behandlingsmetoder, som har været vanskelige/umulige at indpasse i de obligatoriske ydelsesregistre – og dermed svære at dokumentere. Den direkte patientkontakt i undersøgelse og behandling er lige så ofte med de ansvarlige voksne som med barnet. Der er altså ikke blot tale om „pårørende-arbejde", som efterhånden også kendes i andre specialer.

- Børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling foregår ofte ved tværfaglige ydelser fra læge, psykolog, socialrådgiver, specialsygeplejerske eller specialpædagog – under supervision. Disse tværfaglige ydelser er integrerede i det børnepsykiatriske tilbud og -ansvar og foreligger ikke kun som „supplerende specialark".

- En tiltagende del af den ambulante børnepsykiatriske undersøgelse og behandling består af indirekte ekspertydelser i form af rådgivning, støtte eller supervision til barnets allerede implicerede, professionelle nøglepersoner. Inden for sygehuset gælder det andre specialafdelinger, hvor barnet eller forældrene samtidig er i behandling (især pædiatrisk, gynækologisk-obstetrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling). Uden for sygehuset samarbejdes ofte med daginstitution, skole, PPR, socialforvaltning, egen læge, sundhedsplejerske m.fl.

- En stor del af de børnepsykiatriske ydelser foregår altså uden for afdelingen – både de indirekte konsulentfunktioner og den direkte behandling, hvor barnet f.eks. observeres i hjemmet eller i børnehaven, og samtalen med

---

[2] Jf. loven om indsigt i sygehus- og lægejournaler, som for børnepatienters vedkommende er en rettighed for den forældremyndige nok så meget som for barnet/den unge.

den unge foregår på døgninstitutionen. Også derfor er der problemer med at dokumentere antal „patientfremmøder".

Børnepsykiatriens fornemme rejse ud af „Elfenbenstårnet" har altså voldt en del formelle problemer. En overgang virkede vore faglige bestræbelser på at tilpasse de børnepsykiatriske tilbud til børnepatienternes behov som om vi savede den gren over, vi selv sad på, når det gjaldt bevillinger til de „mange" ydelser til så „få" patienter. Børnepsykiatrien er virkelig et eksklusivt speciale!

Dette kapitel i festskriftet om børne- og ungdomspsykiatriens udviklingshistorie i Danmark skal omhandle det omfattende indirekte konsulentarbejde, der udgår fra den lægelige basisenhed.

Ordbogen:

Konsulent (af latin consulere = rådslå/rådspørge) en sagkyndig rådgiver, i forretningslivet: en sælger!

Konsul en person, som varetager en stats interesser i et andet land (et højt embede i Romerriget).

Konsultation (af latin consultare = rådspørge) henvendelse om råd, oftest til (tand)læger og advokater.

Liaison (af fransk lier = binde, forbinde) en forbindelse, en (kærligheds)affære, her: et fast samarbejde mellem to afdelinger.

Lidt historie:

I takt med den stigende opmærksomhed på børns problemer og særlige sygdomsbilleder oprettedes i første del af forrige århundrede egentlige børnehospitaler og særlige børneafdelinger både inden for medicin, kirurgi og psykiatri. De store pædiatriske afdelinger kunne modtage alle børn med somatiske sygdomme akut, og man specialiserede sig der i at behandle og pleje også børn med kroniske lidelser. Her blev således hovedparten af børn med forskellige forstyrrelser indlagt.

På de psykiatriske afdelinger så man derimod kun ganske få af de allermest forstyrrede (vanartede) børn.

Alligevel var det i sidstnævnte speciale, at der opstod en interesse og et behov for særlig viden om sygdomsårsager, -forløb og behandlingsmuligheder for psykisk afvigende børn.

Børnepsykiatrien udsprang således af psykiatrien i bl.a. USA, England og Danmark.

Der blev hurtigt et misforhold mellem de få børnepsykiatriske læger og -afdelin-

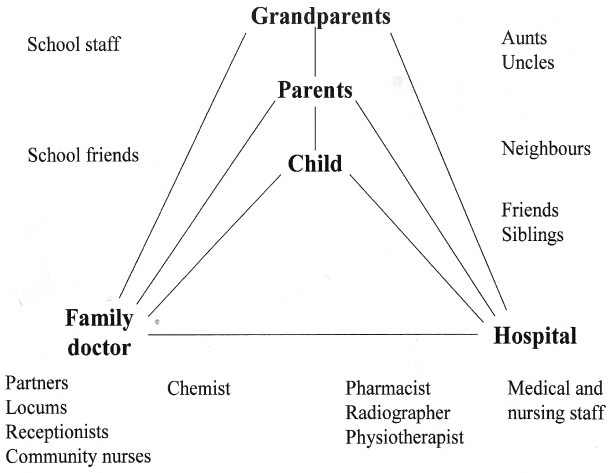
ger og de mange børn med betydelige psykiske og adfærdsmæssige problemer og forskellige „psykosomatiske" symptomer.

Epidemiologiske undersøgelser (i pædiatri og almen medicin) påviste efterhånden, at over halvdelen af patienterne i pædiatri har en overvejende psykosocialt betinget lidelse, og mere end en tredjedel af patienter i almen praksis har såvel psykiatriske som somatiske symptomer. Børn med kroniske sygdomme har dobbelt så mange psykiatriske forstyrrelser som børn i normalbefolkningen. Op mod 90% af alle psykiske lidelser behandles af ikke-psykiatriske læger.

Mod midten af det 20. århundrede opstod efterhånden forskellige former for samarbejde mellem de to børnespecialer. Dette samarbejde forstærkedes yderligere af børnepsykiatriens stigende behov for biologisk ekspertise (f.eks. fra neurospecialer, genetik og farmakologi).

Hvem er det så børnepsykiateren skal kommunikere med for at yde den nødvendige og relevante undersøgelse og behandling af vore patienter?

Dette illustreres skematiseret i Shribmans *confusogram* i figuren herunder:



Confusogrammet illustrerer også det store potentiale for kommunikationsproblemer, fejlopfattelser, misforståelser, ansvarsfortynding, faglige og personlige holdningsdivergenser, almindelig sprogforvirring og stort tidsforbrug!

G's historie – eller – Hvordan jeg blev børnepsykiatrisk speciallægekonsulent

I de eksterne børnepsykiatriske funktioner er en solid faglig viden og en sikker lægelig identitet næsten mere nødvendig end i det kliniske arbejde inden for i afdelingen, men det er ikke tilstrækkeligt for at være en god konsulent. Nok så

vigtigt er en evne til at formidle budskabet samt et kendskab til modtagernes viden og muligheder og lysten til i fællesskab at kreere et nyt, udvidet behandlingstilbud.

Solid specialviden indsamlede jeg først gennem to års voksenpsykiatri „på Bjerget" suppleret med et år i „ungdomsgruppen" på Dag og Nat Hospitalet. Så var jeg moden til ansættelserne i det forjættede ønskespeciale. Her mødte jeg – foruden de små, psykotiske, de større anorektiske og de organisk afvigende børn – for første gang det tværfaglige, børnepsykiatriske team i funktion! Det var vigtigt, men til tider svært, at finde og udvikle sin lægelige identitet (selv kitlerne røg jo af!).

Takket være god supervision og stor opbakning i form af selvstændigt ansvar og stærke læremestre fandt jeg efterhånden mine egne ben at stå på.

I min ene hovedansættelse (Rigshospitalet) var det studenterundervisning og mange kliniske konferencer med fagfolk „udefra", der gav de første erfaringer med formidling af vor vigtige og spændende viden om børns psykiatriske vilkår.

I min anden hovedansættelse (Bispebjerg Hospital) lærte jeg at se og forholde mig terapeutisk til forældrenes betydning for børnenes symptomer. Men nok så vigtigt for min senere interesse for opgaver „ud af huset" var ambulatoriets tilbud til de to pædiatriske afdelinger i distriktet:

I stedet for de sædvanlige, akutte tilkald, ofte først på udskrivningstidspunktet af den pædiatriske indlæggelse, tilbød børnepsykiaterne at møde op hos pædiaterne til en fast ugentlig fælleskonference, hvor vi sammen med deres tværfaglige, pædiatriske personale kunne drøfte og visitere børnenes psykiske problemer mere relevant.

Selv fandt vi, at der herved opstod en større gensidig forståelse og bedre anvendelse af vore begrænsede ressourcer. På den ene pædiatriske afdeling blev vi snart et fast islæt i deres dagligdag. Den anden pædiatriske afdeling forblev høfligt interesseret i vores tilbud, selvom der ofte blev aflyst på grund af tidmangel eller manglende aktuelle sager. Man fandt sjældent „så svære psykiske problemer, at børnepsyk. var indiceret, og der var jo også et hensyn at tage til forældrene"!

Således oplevede jeg forskellen på liaison-samarbejde og en flerfaglig konferencerutine. Forskellen mærkedes både i mit eget stressniveau på vejen til de respektive pædiaterkonferencer og i antal aflysninger og patientudeblivelser efter de dårligt forberedte pædiatriske henvisninger til børnepsykiatrisk afdeling.

Den gode pædiatriske afdeling (Sundby Hospital) blev mit næste lærested i

specialuddannelsen. Atmosfæren var åben og respektfuld over for børn og forældre på trods af et noget højere patientflow, end en vordende børnepsykiater var vant til. Undersøgelsesprogrammet inkluderede fra dag 1 også samtaler med afdelingens psykolog! Herfra stammer mit kendskab til arbejdsgange og vilkår hos vore somatiske samarbejdspartnere.

Børnepsykiatrisk liaisonfunktion på pædiatrisk afdeling – citater fra en årsberetning: „Samarbejdet mellem børnepsykiatrien og pædiatrisk afdeling på Glostrup Amtssygehus har udviklet sig siden oprettelsen af den børnepsykiatriske afdeling i 1960. Fra først at bestå i sjældne „akutte tilsyn" steg behovet i takt med Glostrup børneafdelings særlige ekspertise i undersøgelse og behandling af voldsramte børn. Senere øgedes behovet for et tæt samarbejde yderligere, da man i 1980'erne blev opmærksom på symptomer og undersøgelsesbehov hos børn udsat for seksuelle overgreb."

Fra begyndelsen af 80'erne etableredes efter fælles ønske faste fælleskonferencer, først én gang om måneden, men snart udvidet til en ugentlig „børnepsykiatrisk konference" på pædiatrisk afdeling. Forventningerne til disse konferencer var mange:

- gensidig information om – og planlægning af konkrete patientforløb (med mulighed for supervision);
- gensidig information om de to specialers undersøgelsesmetoder og behandlingsmuligheder;
- undervisningsmæssigt indhold for yngre læger, studenter og andre praktikanter;
- et tværfagligt forum, hvor psykologers, socialrådgiveres, pædagogers og læreres observationer blev integreret i de lægelige dispositioner.

Så mange formål kunne efterhånden ikke tilgodeses ved én ugentlig konference. Personalet på de pædiatriske behandlingsafsnit havde fortsat et uopfyldt behov for konkret (og ofte hurtig) børnepsykiatrisk rådgivning eller supervision, og der blev efterhånden rekvireret en del børnepsykiatriske tilsyn, uden at disse altid var hensigtsmæssigt koordineret med det øvrige pædiatriske forløb. I sådanne sager opstod let usikkerhed i den faglige rolle- og kompetencefordeling – og et uhensigtsmæssigt forbrug af de børnepsykiatriske ressourcer.

I 1991 forsøgtes så en bedre planlagt klinisk samarbejdsmodel, som blev kaldt **børnepsykiatrisk stuegang**:

Form og hyppighed

Funktionen udgår fra børnepsykiatrisk ambulatorium, hvor en speciallæge møder på to faste ugedage til fælles „stuegang" på det socialpædiatriske afsnit. Obligatoriske deltagere derfra er afdelingssygeplejersken (som er ansvarlig for dagsorden), afsnittets stuelæge og/eller overlæge, afdelingens psykolog og tilknyttede socialrådgiver. Desuden kan ad hoc deltage andet impliceret plejepersonale, diætist eller fysioterapeut.

Varigheden af „stuegangen" er 1 time mandage og 1½-2 timer torsdage.

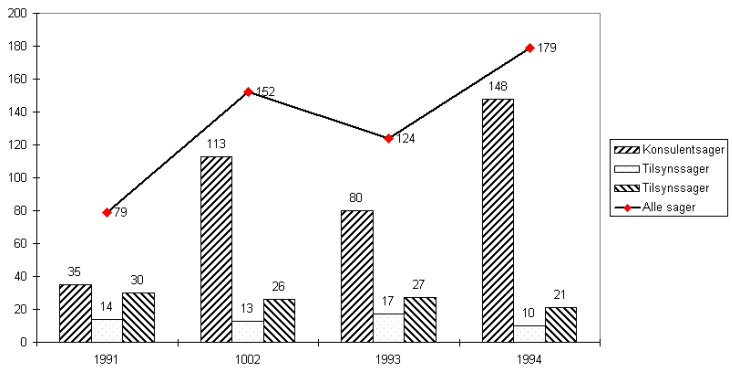
Referater og journalnotater

Børnepsykiateren fører til eget brug korte notater (ca. som ved et tilsyn) og ydelserne registreres i ambulatoriet uden patientidentifikation. Pædiatrisk afdeling er ansvarlig for relevant notat i den pædiatriske lægejournal og/eller kardex. Der oprettes ikke en børnepsykiatrisk sag/journal. De ikke-sagsorienterede, tværfaglige drøftelser, supervision og undervisning registreres ikke.

Antal sager

På hver stuegang drøftes op til 5-6 konkrete, presserende sager. Det børnepsykiatriske ressourceforbrug er gennemsnitligt 5-6 speciallægetimer pr. uge med tilhørende sekretærbistand.

Henvisninger fra pædiatrisk afdeling 1991-94

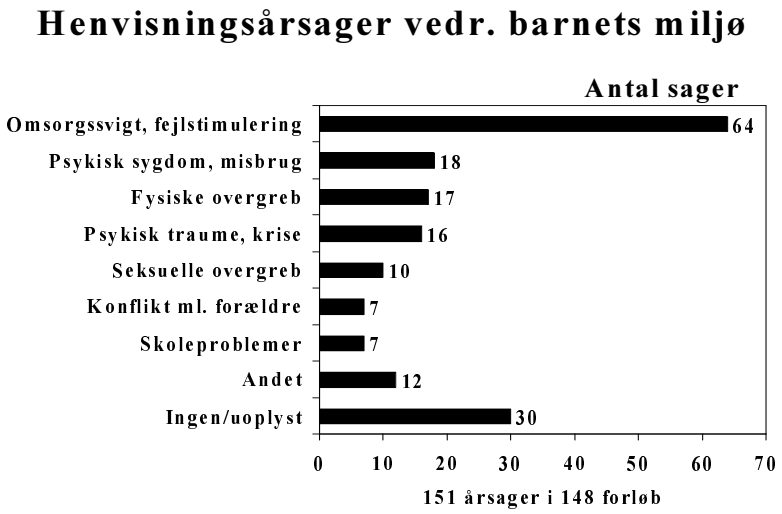


Figur 2 viser antal sager og forløbstyper ydet fra børnepsykiatrisk ambulatorium efter henvisning/henvendelse fra pædiatrisk afdeling i årene 1991-1994.

Henvendelsesårsager

Både psykiske og somatiske symptomer i barnealderen kan udløses, vedligeholdes eller forværres af problemer i barnets opvækstmiljø. Vi fandt derfor be-

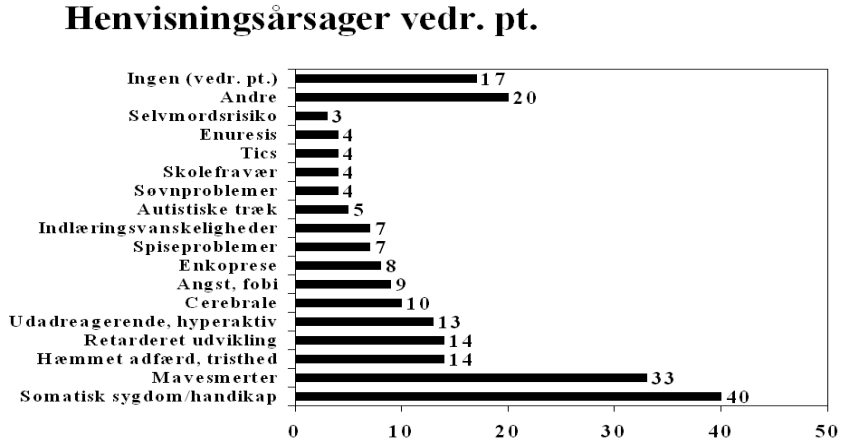
hov for at registrere såvel symptomer hos barnet som problemer i barnets miljø, hvis sådanne var med i oplægget til børnepsykiateren (se figur 3).



Data fra ambulatoriets interne registrering for året 1998, i alt drøftedes 148 børn, men tallene er ikke eksklusive, idet der kan være op til 3 henvisningsårsager pr. barn.

Figur 3 viser de hyppigste henvisningsårsager/problemer i de indlagte børns miljø. Kun i sager, hvor der er kendskab til helt almindelige/velfungerende forhold i miljøet, kan registreres „ingen" problemer.

Den hyppigste henvisningsårsag vedrørende barnets symptomer var „somatisk sygdom", hvor f.eks. alvorlig eller kronisk sygdom eller belastende behandlinger medførte personaleusikkerhed og ønske om supervision. Næsthyppigst optrådte „mavesmerter" og andre psykosomatiske symptomer som oplæg til drøftelse. Ellers henvistes naturligvis børnepatienter med forskellige psykiske eller adfærdsmæssige problemer. Hos 17 børn registreredes „ingen" henvisningsårsag hos barnet, men alene problemer i barnets miljø som årsag til drøftelse på fælles „stuegang" (se figur 4).



Konklusion

Ved en fælles evaluering af liaisonfunktionen i maj 1995 var begge specialer enige om, at de fleste af de forventede kvantitative og kvalitative mål fandtes tilfredsstillende opfyldt:

- Undgå ikke-planlagte, ikke-akutte børnepsykiatriske tilsyn.
- Undgå henvisning til børne-ungdomspsykiatrisk afdeling, såfremt barn og familie kan behandles mere hensigtsmæssigt i det tværfaglige pædiatriske regi eller kan/bør viderehenvises direkte til primær sektor.
- Mere relevante og realistiske henvisninger til børnepsykiatrien (færre „drop-outs"). Stuegangsmøderne har medvirket til, at personalet på pædiatrisk afdeling har fået et fagligt og personligt kendskab til børnepsykiatrien og derfor bedre kan informere familierne om formålet med viderehenvisning.
- Bedre integrering af den pædiatriske afdelings egne tværfaglige ressourcer i den samlede undersøgelse og behandling, både under og efter barnets indlæggelse på børneafdelingen.

Vi fandt således at, det var vigtigt at bevare den børnepsykiatriske liaisonfunktion på pædiatrisk afdeling, hvor opgaver, ansvar og notatpligt er principielt anderledes end ved de sager, hvor vi har direkte patientkontakt, enten ved de akutte børnepsykiatriske tilsyn eller ved påbegyndelse af en børnepsykiatrisk undersøgelse/behandling i det børnepsykiatriske regi.

Eksternt samarbejde

Hvad er forskellen på internt og eksternt samarbejde? Det er især rolleafgrænsning og kompetenceopdeling, som adskiller de to former for børnepsykiatriske samarbejdsopgaver. *Internt* i afdelingen er der en korpsånd, en familiefølelse, man trækker på samme hammel og ønsker i det børnepsykiatriske team gerne en fælles holdning, hvilket let kan forveksles med en fælles faglig viden.

Familiefornemmelsen og den fælles frustration er stærk, når der er optræk til udefra kommende „farer" som f.eks. budgetnedskæringer, afdelingssammenlægninger eller andre såkaldte „effektiviseringer".

Til gengæld er der i det interne børnepsykiatriske team også negative, familieagtige træk som ligner søskendejalousi og interne autoritetsproblemer, som minder om generationskampen om (med)bestemmelsesret. Der er behov for jævnlig personaletræning for at sikre professionalisme i det interne samarbejde.

I det *eksterne* samarbejde er der mindre tvivl om de forskellige faggruppers

bidrag og større erkendelse af behovet for tilførsel af særlig ekspertviden.

Voksenpsykiatrien er det andet lægelige nabospeciale, som vi ofte må samarbejde med. Mange af de psykiatriske patienter har børn, hvis trivsel og udvikling kan være truet eller allerede mærkbart belastet af den psykisk syge forælders mangelfulde eller patologiske forældreomsorgsevne. I dette eksterne samarbejde er der et særligt behov for professionalisme i udførelsen af de to specialers faglige opgaver, fordi det fælles behandlingsansvar gælder to forskellige individer i et gensidigt nært afhængighedsforhold, men med hovedvægten lagt på risikoen for barnets velfærd. Samarbejdet mellem voksen- og børnepsykiateren føles væsensforskelligt fra – og ofte mere belastende end – liaisonfunktion, hvor „patienten" for begge afdelinger er det samme individ. Muligvis er denne – ofte ubearbejdede – dikotomi (med)årsag til de overraskende få forespørgsler gennem årene fra psykiatriske afdelinger om børnepsykiatrisk konsulentbistand?

Der eksisterer fortsat et uopfyldt behov for børnepsykiatrisk undervisning og supervision i den psykiatriske speciallægeuddannelse.

Eksternt samarbejde med ikke-lægelige instanser har i rolleafgrænsning ikke indbygget den samme usikkerhed overfor det lægelige ansvar. I de institutioner i samfundet, der varetager børns trivsel, rettigheder og undervisning, er der i problemsager et klart behov for at efterspørge børnepsykiatrisk specialviden. Dette eksterne samarbejde fungerer oftest på en klar, flerfaglig basis. Her må f.eks. nævnes samarbejdet om de mange problematiske børnesager i socialforvaltningerne, de skolepsykologiske rådgivninger, på behandlingsinstitutionerne og i det civilretlige system, hvor man tilkalder en børnepsykiatrisk konsulent (evt. henviser til børnepsykiatrisk afdeling) for at få beskrevet og afklaret barnets specielle behov på grund af formodet psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse.

Jo flere gange et sådant samarbejde med den tilkaldte eller den „lokale" børnepsykiater har været positivt og har medvirket til et bedre overblik og måske løsning af de drøftede problemer, desto mere øges pågældende instans's opmærksomhed på lignende sager. Der kan så efterhånden opstå et behov for et fast, regelmæssigt samarbejde med en børnepsykiatrisk konsulent for at integrere denne udvidede faglige kompetence i eget regi.

Konsulentfunktioner

Sådanne konsulentfunktioner er samtidig en mulighed for børnepsykiateren til at få et kendskab til forholdene omkring børnene i samfundet, både problemfelter og ressourcer i det nære miljø, som man ikke får gennem arbejdet med de henviste – ofte dårligere – patientfamilier. Børnepsykiateren på udebane får

desuden en bedre fornemmelse for, hvad rådgivning bør indeholde, og hvorledes skriftlige erklæringer skal udformes for at være brugbare for de rekvirerende instanser. Fordelene ved den større fællesviden, der opstår i en konsulentfunktion, går således begge veje.

Enkelte børnepsykiatriske afdelinger har samlet de forskellige lokale konsulentopgaver i en distriktsbørnepsykiatrisk funktion tilknyttet en fast overlægestilling på afdelingen. Andre steder må man passe sine konsulentjobs ind oveni sin hovedansættelse på afdelingen. Under alle omstændigheder er det nyttigt at få erfaringer i specialets forskellige udadgående retninger.

Konsulent på en behandlingsinstitution

Nogle af mine bedste faglige udfordringer har jeg haft ved at være med i et fast, gensidigt samarbejde med ikke-lægelige børneområder uden for „Elfenbenstårnet". Mange kolleger kender til udfordringerne som børnepsykiatrisk konsulent på en behandlingsinstitution. Selv blev jeg den første børnepsykiater på Refsnæsskolen, Institut for blinde og svagsynede børn. Der var et gensidigt behov for et samarbejde mellem skolen og Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling (hvor jeg var 1.reservelæge), fordi alle blinde børn med psykiske forstyrrelser blev indlagt på RH.

Den største udfordring i konsulentfunktionen på Refsnæsskolen var at overbevise de nye, meget skråsikre, adfærdsterapeutiske pædagoger om nytten og nødvendigheden af neuropsykiatriske undersøgelser og af og til endog psykofarmakologisk behandling til de urolige, angste, psykotiske børn. Sammen med forstanderen blev der udfærdiget et regelsæt om børnepsykiaterens ordinations- og behandlingsmuligheder under forstanderens ansvar. I alt 11 år under store forandringer i skolens klientel og opgaver var den månedlige børnepsykiaterkonference et af de faste, faglige holdepunkter og supervisionsmulighed for det „gamle" personale.

Konsulent i en socialforvaltning

Måske har færre børnepsykiatere haft fast konsulentjob i en kommunal socialforvaltning? I hvert fald må jeg kort beskrive mit samarbejde med en kommune på Københavns Vestegn:

Det begyndte med en besværlig sag, hvor jeg som repræsentant for Børnepsykiatrisk Ambulatorium var tilkaldt for at afklare nogle forståelsesproblemer hos en modvillig, paranoid forælder over for barnets behov for henvisning til børnepsykiatrisk undersøgelse og behandling. Det blev en samtale i en uventet positiv atmosfære, måske fordi jeg/børnepsykiateren ikke virkede så farlig eller underlig, som forventningen var, og ydermere bedre end sagsbehandleren kunne

fortælle, hvordan en børnepsykiatrisk undersøgelse foregik, herunder at forældrene altid blev medinddraget i samtaler og beslutninger.

Herefter ønskede lederen af socialforvaltningen, at ansætte mig ikke blot til lignende, svære sager, men især til „opgradering" af en gruppe særligt interesserede sagsbehandlere. Der var kun budget til et par timer hver anden uge, men der aftaltes et prøveforløb. Dette samarbejde fortsatte herefter i 7 år i form af faste supervisionsmøder med sagsbehandlergruppen med deres forberedte sagsforløb til gensidig drøftelse.

Deres behov var dels at få „oversat" og forklaret betydningen af de forskellige lægelige og psykologiske udtalelser i sagerne, dels en hjælp til at få overblik over væsentligt og mindre væsentligt for børnenes trivsel i de ofte meget lange sagsforløb med mange uløste problemer. Sagsbehandlerne ønskede at blive bedre til at skelne, hvornår der var behov for en henvisning til børnepsykiatrisk afdeling, og hvornår der var tilstrækkelig viden i sagen til at udløse støtteforanstaltninger uden at afvente yderligere undersøgelser. Min konsulentfunktion blev således en fremskudt forvisitation til børnepsykiatrisk ambulatorium.

Mit faglige udbytte af dette konsulentjob blev et kendskab til, hvad en socialforvaltning kan klare fagligt forsvarligt med et minimum af børnepsykiatrisk opbakning. Desuden fik jeg en fornemmelse for, hvordan politikerne i børne-ungeudvalgene vægter problemer, og deres afhængighed af letforståelige faglige udtalelser i sagerne. Denne viden var nyttig for mig i ambulatoriets visitationskonferencer og i udfærdigelsen af vore skriftlige udtalelser og erklæringer.

Mit personlige udbytte blev en bekræftelse af arbejdsglæden ved et gensidigt respektfuldt samarbejde.

I samarbejdet med de *civilretlige myndigheder* er der store udfordringer for en børnepsykiatrisk konsulent. Det nære samarbejde med jurister forlener en med en nødvendig og ubestridelig lægefaglig pondus. Begge parter i dette samarbejde udgør tilsammen sikkerheden for, at børnenes tarv tilgodeses – ikke blot i lovens smukke tekster[3], men i den konkrete effektuering af lovens intentioner

---

3

Lov om forældremyndighed og samvær angiver reglerne for placering af forældremyndigheden og fastsættelse af samvær ud fra barnets interesse og behov, aftaler godkendes, medmindre de strider mod, hvad der er bedst for barnet, eller kan ophæves, hvis det er påkrævet af hensyn til barnet.
Lov om social service (tidligere bistandsloven) kapitel 8 og 9 om børn og unge – regulerer kommunens pligter ud fra om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på et barns sundhed og udvikling eller om det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets eller den unges særlige behov for støtte. Ligeledes i *Serviceloven* (kapitel 25 om klage og domstolsprøvelse) angiver §125, at Landsretten tiltrædes af en dommer, der er sagkyndig i børne- eller ungdomspsykiatri eller i psykologi.
Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (Retssikkerhedsloven) angiver om Ankestyrelsens mødebehandling af børnesager, at der uden stemmeret skal deltage en konsulent, der er kyndig

ved afgørelserne.

Eksempelvis er der udviklet et fast samarbejde mellem børnesagkyndige, familieretsadvokater og civildommere med henblik på afgørelser i sager om forældremyndighed og samværsret, hvor forældrene strides.

I socialforvaltningerne skal „barnets/den unges sundhed og udvikling" eller „særlige behov for støtte" danne udgangspunkt for kommunernes foranstaltninger for børnefamilier. Hvis forældremyndighedsindehaveren ikke kan/vil give samtykke til den foreslåede, nødvendige hjælp eller behandling til barnet, henvises sagen til politisk afgørelse i børne-ungeudvalget. På møde der besluttes, om der for barnet skal træffes tvangsforanstaltning efter Serviceloven (se fodnote 3). Til mødebehandlingen i det politiske udvalg har forældrene ret til gratis advokatbistand, mens børn under 15 år ikke betragtes som selvstændig part i sagen med ret til egen advokat. Der er derfor i loven fastsat regler for, hvorledes også barnets tarv kan tilgodeses ved medvirken af et børnesagkyndigt udvalgsmedlem.

Der er i de senere år en udbredt tendens – ofte tilskyndet af de involverede advokater og den obligatoriske klagevejledning – til at anke afgørelser fra børne-unge-udvalget. Spørgsmålet om barnets tarv skal så genprøves i Den sociale Ankestyrelse og evt. ved yderligere klage, endnu engang i Landsretten.

Konsulent i Ankestyrelsen

I Ankestyrelsesloven er der fastsat medvirken af børne-ungdomspsykiatrisk speciallægerådgivning. Ved landsretten er der ligeledes efter loven (se fodnote 3) børnesagkyndig deltagelse i afgørelserne.

Lidt om mine erfaringer med Den Sociale Ankestyrelse, hvor jeg har været speciallægekonsulent i en årrække :

Her føles den børnepsykiatriske specialviden og erfaring ved hvert møde meget klart nødvendig for de besluttende myndighedspersoner. Også her er opgaven dels at „oversætte" og forklare betydningen af de lægelige og andre børnesagkyndiges udtalelser og erklæringer i sagen, dels at trække frem af sagens mangesidige historie de væsentlige notater om symptomer og belastninger i løbet af barnets udvikling. Ved forældrenes fremmøde med deres advokat kan børnepsykiateren dreje fokus i samtalen mod barnets situation og oplevelser.

Endelig er det i den efterfølgende diskussion mellem juristerne og de tilforordnede mødemedlemmer vigtigt at kunne give den teoretiske viden og professio-

---

i børne- eller ungdomspsykiatri

nelle erfaring om børns udvikling, forstyrrelser og behandlingsbehov. Rådgivningen kan få en supervisionslignende form og blive et supplement til medlemmernes umiddelbare personlige opfattelse af sagen, hvor vi som voksne – og selv forældre – lettere identificerer os med forældrenes savn og behov. I beslutninger om små og/eller sårbare børn er det vigtigt at kunne kombinere det vi ser og det vi ved.

Specialesagkyndig konsulent

Afsluttende om børnepsykiatriske konsulentfunktioner i offentlige myndigheder må jeg også nævne de ansættelser eller beskikkelser som specialesagkyndig i Retslægerådet og i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. I disse funktioner er der som regel ikke tale om et personligt fremmøde, men der „samarbejdes" ved afgivelse af skriftlige voteringer/udtalelser. Kvalifikationskravene til disse fagkonsulentjob drejer sig – foruden de dokumenterbare, faglige meritter – nok i høj grad om, hvorvidt man betragtes som *bonus pater familias* („en gammel rotte") i faget. Det er især vigtigt, at man har de pågældende lovtekster (f.eks. lægeloven, straffeloven m.v.) korrekt present i sine formuleringer om det børnepsykiatriske spørgsmål i sagerne.

Sådanne nødvendige speciallægeopgaver betragter jeg som en form for borgerligt ombud. Nogle finder måske beskikkelserne ærefulde, men funktionen er ensom, ikke præget af et personligt og gensidigt samarbejde og af og til ligefrem ubehageligt svær.

Konklusion

Alle facetter af det børnepsykiatriske virkefelt, det være sig indendørs eller ude i samfundet, danner tilsammen en god faglig og menneskelig ballast. Til nye og kommende kolleger skal derfor lyde et råd: Prøv endelig jeres kræfter og viden af også uden for „Elfenbenstårnet", men sørg for at have en god faglig base og mulighed for kollegial supervision!

Litteratur som især har inspireret mig i løbet af min konsulenttilværelse – og til ovenstående kapitel:

Fink PK. Konsultations-liaison psykiatri – psykosomatikkens kliniske pendant. Oversigtsartikel. Ugeskrift for Læger 1994; 156(41): 6006-6010.

Graham PJ. Paediatrics and child psychiatry: past, present and future. Acta Pædiatrica 1994; 83: 880-883.

Lask B, Fosson A. *Childhood Illness: The Psychosomatic Approach*. Wiley Series in Family Psychology. John Wiley & Sons Ltd., 1989.

Lund MA. *Konsulentarbejde og supervision i skole-, social og sundhedssektoren*. Schønberg, 1994.

Børne- og ungdomspsykiatri og retsvæsenet

Vibeke Vejlsgaard Goldschmidt

Min far, som var jurist, havde en gang imellem ondt af, hvordan Retslægerådet formulerede sig. Et udsagn som „ikke egentlig ukorrekt" syntes han var ganske uacceptabelt som faglig konklusion betragtet. Faktisk syntes han, det var „utilbørligt".

Juraen søger de præcise udtryksformer, de klare grænser og de regler, der kan gælde for alle sammenhænge, mens man i børne- og ungdomspsykiatrien forholder sig til en problematiks mange facetter i en årelang stræben efter systematik og overblik.

Lovgivningen danner den ramme, vi alle skal fungere i. Vi er derfor nødt til at være konkret og reelt orienterede i den lovgivning, som har med vore patienter at gøre. Det er foruden Psykiatriloven og aspekter af Straffeloven, som retspsykiatrien inden for voksenpsykiatrien forholder sig til, også den lovgivning, som især handler om samfundets regler for omsorg og beskyttelse af børn og unge, nemlig Lov om Social Service, Lov om Forældremyndighed og Samvær samt Adoptionsloven.

Samfundet og lovgivningen ændrer sig

I de forløbne 50 år har lovgivningen på alle de ovennævnte områder ændret sig, nogle love meget, andre mindre. Generelt har en øget respekt for den enkeltes rettigheder til selv at disponere afspejlet sig i lovgivningen, også for børn.

Familien opfattedes og opfattes nok stadig som ganske central for samfundet, og grundlæggende er det forældrene, der bestemmer over barnet under dets opvækst. De fleste forældre har nu fælles forældremyndighed. I løbet af det sidste århundrede har samfundet ved bl.a. de sociale love formuleret sine stadig ændrede krav til forældrene og i tiltagende grad givet børnene selvstændige rettigheder. Samfundet vil således gerne indgå som en garant for børnenes tryghed og omsorg. „Det principielle Hensyn til at yde Retfærdighed mod Børnene" anføres som en baggrund for Børnelovskomplekset af 1937, hvor man indledte ligestillingen mellem børn født i og uden for ægteskab.

For lovgivningen og for det lægefaglige sprog er det fælles, at man de seneste år har set en klar forskydning fra et nærmest distancerende, højtideligt sprog præget af fremmedord til et forsøg på at meddele sig mere ligefremt til borgerne.

Når man skal fungere som børnesagkyndig rådgiver for retsvæsnet eller som børne- og ungdomspsykiatrisk undersøger og rådgiver for børn, unge og familier, må man gøre sig klart, at der hersker andre faglige tankegange og et andet fagligt sprog i juraen.

Faktisk er samarbejdet meget fascinerende og horisontudvidende, men der kræves specialviden.

Om familieret

Det har gennem de sidste 15 år været tradition, at professorer i familieret, først Jørgen Graversen fra Aarhus Universitet, og siden Linda Nielsen, den nuværende rektor for Københavns Universitet, har undervist ved speciallægeuddannelsens obligatoriske, teoretiske kursus i børne- og ungdomspsykiatri. De har som få kunnet aktivere forsamlingen, sat overvejelser i gang og været meget lydhøre for problemer set fra vores side.

Vi har undret os over, at man ikke kan forlange, at forældre interesserer sig for deres børn, når man kan forlange, at børn skal besøge deres forældre. I diskussionen indgår, at det er et folkeligt skøn, at forældre, der udreder børnebidrag, også bør have visse rettigheder. Dernæst synes det at være en basal tanke, at det forekommer meget vanskeligt at formulere en lov, hvis man ikke samtidig kan beskrive passende sanktioner, hvis den ikke overholdes.

Vi spurgte, hvordan vi kan love børnene diskretion for hvad de fortæller os, når vi samtidig for lovgivningens og vores hukommelses skyld skal føre journaler, som forældrene har aktindsigt i?

Overvejelserne var spændende, og svaret fik vi senere, da konklusionen var tjekket hos ombudsmanden: i grundjournalen skal kortfattet stå, at en samtale har fundet sted med dens overordnede temaer kort nævnt. Dette skal forældrene have aktindsigt i, men så kan man friholde arkene for individuel samtale, hvis det skønnes vigtigt for barnet. Efterhånden har nye politiske vinde dog givet nye regler, som yderligere indsnævrer denne mulighed.

Vi spurgte også, hvorfor forældre, der har den personlige forpligtelse til at samarbejde ordentligt med deres barns anden forælder, egentlig kan indbringe sagen for en domstol og få det offentliges bistand til at opføre sig som en forurettet part?

Kan visse velfungerende norske og svenske love om børns forhold overføres til danske forhold?

Et udtryk som „Det er ikke alt godt, der behøver at blive retligt reguleret" kan man tænke længe over.

I sin bog „Familieretspolitik – om børn, ret og familie" fra 1988 taler Jørgen Graversen i kapitlet „Familieret som afspejling af familieideologien" om „…familierettens lykkelige periode 1938-1968", hvor der „var afstukket en kurs, som bibeholdt ægteskabet som den legale ramme om familielivet, men uden århundredeskiftets patriarkat og uden at børnene uden for ægteskab skulle bære ægteskabets byrde." I 1960 kom én lov for alle børn: forældres pligt til at forsørge deres børn gælder uafhængig af, om forældrene er gift eller ej. Han skriver videre, at i efteråret 1968 „blev den familieretlige fred brudt. Familieretten var blevet politisk interessant."

Det blev så den periode, hvor manges forhåbninger om en rimelig barselsorlov – ikke mindst af hensyn til barnet – måtte vige for fokus på kvinders ligeberettigelse i Børnekommissionens konklusioner. Det har taget mange flere år herhjemme, før barselsorloven har fået et rimeligt omfang, sammenlignet med de øvrige nordiske lande.

Et uddrag af Lov om forældremyndighed og samvær fra 1995 (Myndighedsloven):

„Børn og unge under 18 år er under forældremyndighed, medmindre de har indgået ægteskab. Forældremyndighedens indehaver skal drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelse om dets personlig forhold ud fra barnets interesse og behov.

Barnet har ret til omsorg og tryghed. Det skal behandles med respekt for sin person, og må ikke udsættes for legemlig afstraffelse eller anden krænkende behandling. Forældrene kan anvende barnets indtægter til dets underhold."

Det blev kaldt „revselsesrettens" afskaffelse. En formulering som klart udtrykker en holdning, man kun kan være enig i. Efterhånden har denne holdning virkelig bredt sig, men det var i starten ikke ganske ukompliceret, hvorledes man som øvrighed skulle forholde sig ved overtrædelser, således at sanktionerne var til gavn for barnet.

Om autoritet, indlæggelser og tvang

Der har været mange diskussioner om, hvem der har autoritet til at disponere over børn og unge, der nok er under 18 år og dermed undergivet forældres myndighed, men i en situation, akut eller længerevarende, hvor deres tilstand har præg af psykisk sygdom og vækker bekymring – samt om, hvad man bør og kan gøre, hvis børnene ikke lader sig disponere over.

For år tilbage ville en læge, der havde et barn i børnepsykiatrisk behandling, naturligt føle den autoritet og forpligtelse og dermed ansvar for barnet, hvis man

fandt, at der disponeredes til skade for barnet. Samfundets syn er ændret, og en læge kan kun under henvisning til Psykiatriloven tilbageholde et barn eller en ung på hospitalet.

Psykiatere kan af patienternes lidelse nødsages til at disponere på deres vegne, men lovgivningen angiver da strenge regler for, hvordan disse indgreb skal foregå og kontrolleres.

Psykiatriloven har ingen nedre aldersgrænse, men brugen af Psykiatriloven forudsætter, at dens kriterier er opfyldt, nemlig at personen er psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed, og at fare- eller helbredskriteriet er opfyldt.

Tvangsmæssige indlæggelser kan kun finde sted efter psykiatriloven, og barnet/den unge har så de retsgarantier, som loven giver.

Indlæggelsen kan siges at være en tvang mod barnet/den unge affødt af dets sygdom. Forældrene kan ikke modsætte sig, men det er også den sjældne, belastende undtagelse, at de gør det. Samarbejdet med forældrene er vigtigt, og nogle magter ikke at stille op. Enkelte unge synes at stå ganske alene i verden.

Dette har tidligere været en beskeden del af børnepsykiateres arbejdsområde, men med sammenlægningen til børne- og ungdomspsykiatri har dette aspekt med dets nødvendige og påtrængende procedurer optaget en stor plads i det daglige arbejde.

Efter traditionen og de praktiske muligheder har sådanne unge patienter ofte opholdt sig på voksenpsykiatriske afdelinger, men der er både et pres og et ønske om, at børne- og ungdomspsykiatrien selv udrustes til at modtage dem.

Efter serviceloven kan kommunens børn-og-ungeudvalg beslutte at gennemføre tvangsmæssige undersøgelser. Det sker, hvis forældrene eller den unge over 15 år modsætter sig en undersøgelse, som kommunen mener er nødvendig for at afgøre, om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på barnets eller den unges sundhed eller udvikling. Barnet/den unge indlægges i disse tilfælde på sygehus eller anbringes på institution. Det kan bestemmes, at undersøgelsen kan foregå ambulant. Kommunen kontakter den børne- og ungdomspsykiatriske afdelings overlæge for at sikre, at en undersøgelse kan finde sted, idet den skal være afsluttet 2 måneder efter udvalgets beslutning.

Børn-og-ungeudvalgets krav om undersøgelse kan siges at være en tvang rettet mod forældrene, og kommunen har selv ansvaret for at skaffe barnet til stede for undersøgelsen. Opstår der krav om udskrivelse, kan overlægen ikke tilbageholde, men må informere socialforvaltningen, som er den offentlige instans, der har handlemulighed.

Lægen har mulighed for at udtrykke sin bekymring for et barn eller en ung til socialforvaltningen. En „bekymringsskrivelse" er det aktuelle diplomatiske udtryk for en indberetning, og som læge har man en skærpet indberetningspligt.

Det er ikke helt usædvanligt, at forældre ikke vil medvirke til ambulante børne-ungdomspsykiatriske undersøgelser rekvireret af socialforvaltningen eller domstolene i forældremyndighedssager. Børne- og ungdomspsykiateren har som sagt ingen autoritet over patienten, men selvfølgelig over kvaliteten af sin undersøgelse. Der er mulighed for en sagtmodig udtalelse om, at i vores samfund har vi jo sat socialforvaltningen til have et opsyn med børn, så hvad skal de gøre, hvis vi ikke retter os efter deres bestemmelse?

Eller: Når jeg ikke kan gennemføre den undersøgelse, dommeren har bedt mig om, så må jeg jo sende sagen tilbage. Det bryder dommeren sig ikke om. – Et ændret approach, men faktisk mere effektivt. Det vil jo ofte dreje sig om forældre, som er umådelig erfarne i direkte konfrontation.

Endelig findes der forældre, som gerne vil have indlagt deres barn i forbindelse med en akut konflikt i hjemmet**.** De kan have den opfattelse, at når deres store barn er så strid, aggressiv og uefterrettelig må han da være sindssyg. For disse situationer er indlæggelse ingen mulighed, ikke hensigtsmæssig for afdelingens miljø, ikke pladsmæssigt mulig, og slet ikke lovligt muligt når den unge ikke vil, men heller ikke opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse.

Kriminalitet/straffelov

Allerede i 1832 oprettede Københavns politi og byret en fond til Forsømte Børns Frelse.

Fondens formål er at medvirke til det forebyggende arbejde for børn og unge under 23 år – især over for kriminelle eller kriminalitetstruede fra hovedstadsområdet – ved at iværksætte eller yde tilskud til arbejde på eller uden for institutioner og til forskning om børn og unge.

I 1909 udgav psykiateren August Wimmer bogen „Degenererede Børn". Heri oplyser han, at sidst i 1800-tallet var der per tiår omkring 200 domfældte børn mellem 10 og 15 år. En tysk statistik fra 1897 angav, at antallet af straffede individer mellem det 12. og 18. år udgjorde 45,3 % af det samlede antal straffede. Han skriver: „Selv om den sjælelige Udartning langtfra har hele Ansvaret for den stadig voxende Hær af Børneforbrydere, selv om maaske sociale Forhold af forskelligste Art spiller Hovedrollen, saa er det dog sikkert nok, at sjæleligt degenererede Børn og halvvoxne Individer leverer et meget stort antal Rekrutter til Forbryderhæren. Det største Procentantal kommer fra de aandssvage og de moralsk udartede Børn. Spørgsmaalet om den rette Behandling af „forbry-

deriske og vanartede Børn og Halvvoxne Individer" staar da ogsaa på Dagsordenen i de fleste civiliserede Lande og har som bekendt herhjemme affødt en Række Lovbestemmelser af forskellig Art, hvis Hovedprincip er at gaa bort fra „Straffen" over til „Behandlingen" (Tvangsopdragelsen, den betingende Domfældelse)."

Børn under 15 år kan stadig være kriminelle, men de kan ikke retsforfølges. Drejer det sig om recidiverende og mere alvorlig adfærd vil politiet inddrage de sociale myndigheder, som har ansvaret for at iværksætte relevant støtte og behandling efter servicelovens regler.

Er man en ung over 18 år træder det almindelige retssystem i funktion.

De 15-17-årige kan retsforfølges og straffes, men ifølge FN's børnekonvention er der særlige regler for disse unge og den principielle holdning er at undgå, at 15-17-årige anbringes i fængsel. Undersøgelse i form af mentalundersøgelser, psykiatriske særforanstaltninger og behandling af betinget dømte har i tidens løb været varetaget af voksenpsykiatrien, med tiltagende indsats af ungdomspsykiatrisk ekspertise. Grænsen mellem psykoser og ikke-psykotiske, men alligevel alvorlige psykiske lidelser, kan være endnu sværere at trække i ungdomspsykiatrien end i voksenpsykiatrien.

Unge kan få dom til inddragelse under servicelovens bestemmelser eller idømmes psykiatrisk behandling. Det er vigtigt i den enkelte behandlingssag, hvor et samarbejde mellem de to instanser udmærket kan være nødvendigt, at have ansvaret klart placeret enten i socialforvaltning eller på psykiatrisk afdeling, for at fastholde den nødvendige indsats.

Patrick Gosden har i sin undersøgelse for nylig påvist, at prævalensen af psykisk lidelse er ganske væsentligt højere blandt mentalundersøgte 15-17-årige gerningsmænd, end blandt jævnaldrende ikke-kriminelle. Disse fund og sammenhængen mellem psykisk sygdom og vold understreger yderligere konklusionen fra arbejdsgruppen vedr. retspsykiatriske patienter under 18 år, som foreslås placeret i en ungdomsretspsykiatrisk afdeling i tilknytning til en eksisterende lukket ungdomsafdeling på lands- eller landsdelsplan.

Retslægerådet

Retslægerådet er oprettet som et uafhængigt led mellem lægevidenskaben og retssystemet med den opgave at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder om enkeltpersoners retsforhold.

Professor Kai Tolstrup var i en årrække fast medlem af Retslægerådet, og kunne med sin ekspertise bidrage til forståelsen at den betydning tidlige udviklings-

forstyrrelser har for voksnes sindslidelser og børns og unges reaktionsmønstre og behov, specielt når de er psykisk syge. I det forløbne tiår har disse opgaver været varetaget af voksenpsykiatere, og børne- og ungdomspsykiatere har fungeret som ad hoc-sagkyndige i enkelte sager, men nu er der atter en børne- og ungdomspsykiatrisk professor i retslægerådet (Per Hove Thomsen).

Overgreb mod børn

De seneste 10-20 år har set et øget fokus på voldelige, ikke mindst seksuelle overgreb på børn. Formentlig er det ikke et spørgsmål om en øget hyppighed, men et ændret syn på, i hvilken udstrækning det er acceptabelt at udleve sine behov på andre menneskers, her specielt børns, bekostning. I samme periode er også anden vold mod børn fundet uacceptabel, både i den almindelige opfattelse og efter lovgivningen.

Det er stadig meget kompliceret at sikre sig, hvordan man hjælper det forulempede barn bedst muligt, ikke mindst når gerningsmanden findes inden for familien. Det væsentligste er dog, at overgrebene ophører.

Dette er et område, hvor ellers gode retlige principper og systemer synes at kunne medvirke til at forstyrre eller skade barnet yderligere.

Det er godt, at enhver tvivl skal komme en anklaget til gode, og men et 5-årig barn er ikke noget effektivt vidne, hvis kriteriet for dets udsagns rigtighed er, at det gentages korrekt med måneders mellemrum. Når en sag derfor ikke rejses på grund af „bevisets stilling", kan barnet få den opfattelse, at man ikke tror på det. Faktisk kan en sådan mistænkt forælder jo derefter få barnet udleveret til samvær.

Børnesagkyndiges viden om børns hukommelse og udtryksevne, om skadevirkningerne på barnets emotionelle udvikling og deres ændrede udtryksformer over tid må indgå, når der fastlægges procedurer for undersøgelser og sagsbehandling omkring overgrebne børn.

Vigtig aktuel forskning ser på unge gerningsmænds forhistorie.

Adoption

Ved adoption inden for familie og stedfamilie inddrages børnepsykiatere sjældent, men i mange år har Peter Teilmann være børnepsykiatrisk medlem af Justitsministeriets Adoptionsnævn, ligesom der er deltagende børnelæge og psykolog. Langt de fleste adoptioner af udenlandske børn formidles ukompliceret, og et moderne tiltag fra Civilretsdirektoratet er et forsøg med et obligatorisk kursus for vordende adoptivforældre, for at bedre deres grundlag til at beslutte, om de egentlig ønsker adoption. Hovedprincippet er fortsat, at adoption kun må be-

vilges, når det er til gavn for barnet.

Iblandt hører man, at så mange børn lever under så ynkelige omstændigheder i deres hjemland, at enhver adoption til Danmark ville være bedre. Måske kunne vi for børnenes skyld i stedet bruge U-landsstøtte til at skabe små, gode institutioner i deres hjemland.

Børnesagkyndig meddommer

Hvis børn-og-ungeudvalget i en kommune har anbragt et barn uden for dets hjem mod forældremyndighedsindehaverens ønske, kan denne appellere til Ankestyrelse, og eventuelt kan dennes kendelse appelleres til Landsretten. Når Landsretten behandler en sådan sag deltager også to børnesagkyndige, en pædagog og en børnepsykiater/børnepsykolog, som meddommer i Landsretten. Det er en meget tankevækkende og lærerig oplevelse at læse akterne om et årelangt forløb i et svært belastet barns liv, at læse undersøgelser, behandlingstiltag og overvejelser i socialforvaltning og Ankestyrelse. Det overvældende antal akter, måske hundrede numre, hvoraf adskillige er ordrige og fulde af gentagelser, får en til at beundre visse kollegers evne til præcise, reelt konkluderende formuleringer.

Man omgærder naturligvis Landsretten med betydelig ærefrygt og respekt og kan blive forbavset, når noget af det første retsbetjenten siger til én er, at man endelig skal passe godt på sine ting, for der bliver stjålet så meget derinde. Refererer man dette til en landsdommer, siger han uden at fortrække en mine, at det er rigtigt, for der færdes så mange slags folk.

Det er i sig selv ganske betagende at se den venlige respekt, hvormed retsformænd behandler enhver klagende forælder. De formår at skabe en atmosfære af værdighed og alvor omkring den sag, der oprulles. Man kan godt tænke, at selve den lange, hastige monolog, som er advokatens fremlæggelse slet ikke er til at fange for forældrene, heller ikke for dem, der ikke er dysfatiske. Lige så imødekommende dommerne er over for forældrene, lige så lynhurtigt kan man høre ord så skarpe og præcist rammende som fleuretter sætte en advokat på plads, som er gået over stregen. Som en retsformand sagde: „Advokaterne må jo sige hvad de vil om systemet, det er jo det de er der for. Men jeg vil ikke høre ét krænkende ord om en enkeltperson i min retssal."

Man kan bagefter udtrykke sin undren over, at en forsvarsadvokat finder det overbevisende og for sagens udfald fordelagtigt at sige om sin socialt ganske hjælpeløse klient, at hun er fuldstændig i stand til at tage vare på sit barn som enhver anden. Dommeren forklarer, at det er enhvers ret at blive forsvaret til det yderste, mens det i vores erhverv drejer sig mere om at finde en vej eller en behandling. Iblandt kan man se forældres undren over, at denne „høje landsret"

kun kan beskæftige sig med det konkrete spørgsmål, der er rejst, nemlig afvejning af Ankestyrelsen beslutning, ikke med andre, nok så relevante, tilknyttede problemstillinger, f.eks. at moderen måske godt kan se, at barnet ikke kan være hos hende, men at hun nu hellere ville have det i en anden plejefamilie. Det går jo ikke, for den beslutning ligger i det kommunale børn-og-ungeudvalg.

Det er i Landsretten muligt, at dommerne taler med de store børn. Det er retsformandens beslutning, om han ønsker, at den børnesagkyndige fører samtalen og dermed illustrerer barnets holdning for de øvrige. Barnets udsagn refereres ikke, kun at dommerne har fået et indtryk af barnets holdning – og hvilket indtryk refereres heller ikke.

Børnesagkyndige undersøgelser mhp. forældremyndighedens placering

Allerede sidst i 1940'erne indledte Gudrun Brun et børnepsykiatrisk samarbejde med Københavns overpræsident om børns stilling i skilsmisse, idet hun begyndte sine børnepsykiatriske undersøgelser og råd om placering af forældremyndigheden. Hun undersøgte og rådgav også i samværskonflikter. I 1973 udgav hun i bogen „Børn og Skilsmisse" sin undersøgelse af i alt 500 børn. Hendes konklusioner blev fulgt, „viste sig holdbare", for 475 af 500 børn.

De sidste 30 år er der etableret et stadigt nærmere samarbejde mellem børnesagkyndige, børnepsykiatere og børnepsykologer med statsamterne og domstolene omkring henholdsvis samværsproblemer og forældremyndighedsplacering. Karl Johan Rump har lagt et stort arbejde i fordeling af sager, hvor der ønskedes en børnesagkyndig undersøgelse med henblik på forældremyndighedens placering eller ophævelse af samværet, til fagfolk i hele landet, indtil der er kommet faste samarbejdsrelationer i de forskellige amter. Det blev hurtigt afklaret, at børnepsykiatere kun foretager børnesagkyndige undersøgelser, når det ønskes af dommeren eller statsamtet – ikke ensidige undersøgelser, der kun tjener til at polarisere konflikten yderligere.

I firserne blev der afholdt spændende tværfaglige seminarer mellem jurister, børnepsykiatere og børnepsykologer.

I flere amter er der et godt samarbejde mellem domstole, statsamt og de børnesagkyndige med en faglig udveksling som i høj grad har tjent til at øge de børnesagkyndiges viden om de juridiske rammer og en mulighed for de børnesagkyndige for, at de kunne give deres mening til kende om psykologiske forhold af betydning for børnene i skilsmissesituationen. Gennem mere end 20 år har der i Frederiksborg amt været årlige møder, hvor også familieretsadvokater deltog. Vi udviklede nye metoder, bl.a. „fællessamtaler" med dommeren og en børnesagkyndig, i sager, hvor dommeren ønskede yderligere ekspertise til samtalen med yngre børn eller i særlig komplicerede sager.

Selv nok så meget samarbejde ændrer ikke det faktum, at beslutningen er dommerens, den børnesagkyndige er kun rådgiver.

Det er dejligt for børn, hvis fars måde at være far på og mors måde at være mor på forenes på en måde, så de kan supplere hinanden. Mange forældre viser sig at kunne dette selvom de ikke kan holde ud at være gift med hinanden. Skilsmisser er sørgelige og tunge for alle familiens medlemmer, men for nogle børn er det urimeligt hårdt.

Udviklingen i samfundet, at oftest begge for ældre er udeerhvervende og at fædrene er langt mere involverede i børns praktiske hverdag, har haft betydning for, hvor forældrene vælger, at barnet skal bo mest og for omfanget af samvær. Det kan ikke understreges nok, hvor stor betydning en fredsommelig tone mellem forældrene har for det positive udkomme for barnet af at skulle færdes mellem to hjem. En klog forælder (skilt og familieretsadvokat) sagde: „Det gælder om at være den mest smidige og imødekommende babysitter, når man nu ikke er den, der har barnet boende."

Det er fagligt overraskende, at det offentlige fastsætter et omfattende samvær i familier, hvor forældre tillader sig at fastholde en fjendtlig holdning til hinanden. Det kan betyde, at børnene altid lever i et spændingsfelt, og at deres tilværelse får en splittet form, som ingen voksen vil byde sig selv. Man kan spørge sig, hvor rimeligt det folkelige udtryk „delebørn" er i stedet for lovgivningens ord „fællesbørn". Halvfemserne bragte ad politisk vej beslutning om udlevering af ganske små børn til deres far til besøg selv om forældrene kun havde boet sammen ganske kort tid eller aldrig. Man har fra børnepsykiatrisk og børnepsykologisk hold gjort opmærksom på, hvor traumatiserende dette kan være for den tidlige tilknytningsproces for små børn, som i forvejen opholder sig en stor del af deres vågne tilværelse på daginstitution.

I de helt fastlåste sager kan de juridiske systemer vise sig så komplicerede og ukoordinerede, at den forælder, som i sammenligning med fortællingen om den vise Salomons dom vælger at hugge barnet over, får mulighed for sit forehavende.

Børn skal høres

Utvivlsomt med udgangspunkt i respekt for den enkelte persons selvbestemmelse rummer både Serviceloven og Lov om forældremyndighed og Samvær bestemmelser om, at børn over 12 år skal høres, og at børn op til 12 år kan høres, aldersgrænserne rykkes nedad for hver ny udgave af lovene.

Det drejer sig jo om situationer, barnet slet ikke har været skyld i eller har ønsket opstod, og næsten altid om en uenighed, hvor man sætter barnet op mod

den ene eller begge forældre. Det giver let barnet indtryk af, at det beslutter, med al det ansvar der ligger bag at have truffet en beslutning.

Det er ganske rimeligt, at børnene får lejlighed til at tale om situationen, men at gøre sig bekendt med barnets holdning betyder ikke at gengive dets udsagn som dets mening, og dermed dets ønske og beslutning.

Det sker måske fordi man som professionel voksen er i en valgsituation så svær, at man springer over, hvor gærdet er lavest og pådutter barnet at træffe den beslutning, man selv skulle have truffet. Gudrun Brun sagde i sin bog: „Barnet skal ikke stilles over for dette at vælge mellem sine forældre, det fører uvægerligt til en form for skyldfølelse, som kan blive en unødig belastning for barnet".

Det er værd at være opmærksom på, at regler om forældres aktindsigt eller partsoffentlighed kan gennemhulle en forventet tavshedspligt. Der hersker en usikker retstilstand, når børn og unge har ret til rådgivning fra sagkyndige, men på den anden side ikke kan være sikre på, at oplysningerne behandles fortroligt.

Børne- og ungdomspsykiatere har et meget stort ansvar for at forklare autoriteterne, politikere, domstole og socialforvaltninger de reaktionsmønstre og behov børn og unge har, specielt når de er psykisk syge og i en konfliktsituation eller et modsætningsforhold over for andre personers eller samfundets interesser.

Litteraturhenvisninger:

Gudrun Brun: *Børn og Skilsmisse*. Gyldendals pædagogiske bibliotek, 1973.

Familieretspolitik – om børn, ret og familie. Red.: Jørgen Graversen, Carnet, 1988.

P. Kramp, V. Lunn og K.Waaben: *Retspsykiatri*. GadJura, 1996.

August Wimmer: *Degenererede børn*. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, 1909.

Spædbarnets vej til børnepsykiatrien

Lene Lier

I løbet af 1990'erne var vores viden om også de mindste børns psykiske vanskeligheder efterhånden så omfattende, at der blev oprettet særlige afsnit på to børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger[4]. Disse afsnit blev specielt indrettet til en tidlig behandlingsindsats for 0-3-årige børn og deres forældre.

Men inden da var en lang vej, hvor voksende viden om betydningen af den tidlige forældre-barn kontakt og det spæde barns kapacitet og udvikling efterhånden skabte store ændringer i omsorgen for småbørn både i udlandet og her i Danmark, først inden for socialvæsnet, senere på fødeafdelinger og børneafdelinger. Den 0-3-åriges vej til børnepsykiatrien blev den længste, til trods for pionerer inden for vores fag.

Det hører endnu i dag til undtagelserne at den børnepsykiatriske patient er spæd. Det er ofte svært, også for børnesagkyndige, at indse, at ganske små børn ikke reagerer og udvikler sig som de skal. „Hun er nok træt" – „Det er nok maven" – „Jeg var ligesådan, da jeg var lille" – „Små børn er forskellige" – „Han vokser nok fra det, lad os se tiden an". Mange er forklaringerne og undskyldningerne, der skal holde ængstelsen på afstand og forsvare det lille barn mod sortseende pessimister.

Baggrunden for manglende moderlige følelser, fortvivlelse og vrede over et afvigende lille barn og den vanrøgt det uaccepterede barn blev udsat for, blev tidligere i folketroen over hele Europa tillagt magter uden for forældrene og det nære samfund og mildnede sikkert forældrenes følelse af egen skyld, ansvar og indflydelse: Der måtte være en forklaring på det, der ellers var for svært at bære.

Langt ind i 1800-tallet kunne det ske, at der i stedet for familiens lille sunde nyfødte barn lå et andet barn i vuggen, et troldebarn, en skifting, som uset var kommet i bytte: „…ret ofte kan moderen efter optegnelserne straks mærke på sig selv, at det er en skifting de har fået, da hun slet ingen kærlighed føler til barnet og ikke engang føler lyst til at kysse det eller til at give det bryst". Dette var folketroens forklaring på det naturstridige i moderens manglende følelsesmæssige tilknytning til spædbarnet.

Men mange gange kan man af beskrivelserne forstå, at det har drejet sig om

---

[4] Bispebjerg Hospital 1992 og KASGlostrup 1996

småbørn med en variation af medfødte eller tidligt debuterende sygdomme præget af psykiske afvigelser: retarderede, utrivelige eller misdannede børn, børn med forskellige neurologiske eller endokrine lidelser, og børn, der opførte sig anderledes: „Ofte siges det rent ud at det er et „underligt", et „sært barn", at det er vanvittigt, en tosse, en idiot." Oftest har forældrene været i tvivl, om barnet var deres eller forbyttet allerede fra spædbarnsalderen, men efterhånden som det blev ældre voksede overbevisningen om barnets rette herkomst. I optegnelserne om skiftingebørnene finder man beskrivelser af børn, der ikke kan snakke, som har et mærkeligt blik, „livagtige troldeøjne", „troldevid mere end menneskevid", som „har lyst til drilleri og ondskab", som spiser uhæmmet eller er „et skrald".

Selvfølgelig har moderen ønsket at få skiftingen bort og sit eget sunde lille barn tilbage. Rådet kunne da være, at moderen „hverken måtte kysse den formentlige skifting eller lægge den til brystet, da underjordsfolket i så fald ikke ville foretage nogen tilbagebytning". Trusler om mishandling kunne måske også føre til, at skiftingens biologiske moder ville redde sit barn og komme tilbage med det rigtige med ord som: „Der har du dit barn. Aldrig har jeg tænkt så ondt mod dit barn, som du ville gøre mod mit".

Under 2. verdenskrig måtte mange børn evakueres fra det bombehærgede London, og mange børn i Europa og USA mistede en eller begge forældre. Mange klinikere, især med psykoanalytisk baggrund, havde allerede længe været klare over, hvor alvorlige følgerne kunne blive for små børns udvikling efter lange ophold på datidens institutioner, eller udsat for vanrøgt eller overladt til skiftende omsorgspersoner. Anna Freuds, Dorothy Burlinghams og John Bowlbys arbejder blev banebrydende. Anna Freud arbejdede under krigen på Hampstead børnehjemmene og beskrev i 1944 sammen med Dorothy Burlingham de spæde og små børns reaktioner. I 1951 udarbejdede John Bowlby for WHO monografien „Maternal Care and Mental Health", og i de følgende år fulgte artikler og film, hvor især filmene ved deres emotionelle gennemslagskraft medførte en voldsom debat og et internationalt engagement. Rene Spitz' første film allerede i 1947: „Grief: A Peril in Infancy" gjorde voldsomt indtryk, og herefter fulgte James Robertsons film fra 1952 om små børns traumatiske reaktioner på adskillelse fra deres forældre, bl.a. „A Two Year Old Goes to Hospital".

Jeg husker tydeligt, hvor stille og tavse de spæde børn sad i deres skråstole på børneafdelingens småbarnsafsnit midt i 1960'erne. De reagerede næsten ikke, når jeg som ung reservelæge prøvede at komme i kontakt med dem, og de græd næsten kun – alle sammen – når det snart var madtid. Deres forældre kom ikke tit. Besøgstiden var sjælden og kort og nogle forældre boede langt væk. Børnene græd, når de kom og gik – eller reagerede ikke ret meget. Vi

mente at besøgene var for belastende for de små børn eller i bedste fald af ringe betydning. Robertsons film var et shock, for her blev beskrevet, hvad det var vi så. Især for sygeplejerskerne, der havde gjort deres bedste for børnene, var det meget hårdt. Filmene og den medfølgende debat fik stor indflydelse på holdningen til forældrenes tilstedeværelse på børneafdelingerne og det er nok i dag svært at forstå, at det kun er godt 30 år siden børneafdelingernes døre blev lukket op for forældrene og vi blev klare over, hvor alvorligt det kan være for især 0-3-årige børns tryghed og tilknytning at blive adskilt fra forældrene og i særlig grad under stress.

Børnepsykiateren Hedvig Jacoby var her, som på flere andre områder pioner. Som overlæge på det børnepsykiatriske ambulatorium fra det åbnede i Gentofte i 1969 var hun vel nok en af de første, der integrerede det, vi i dag kalder liaisonfunktioner i det børnepsykiatriske arbejde i sit samarbejde med socialsektoren, børneafdelingen, fødeafdelingen og efterhånden psykiatrisk afdeling. Hun underviste, holdt foredrag og skrev om de små børns oplevelse af skræmmende og fremmedartede situationer under indlæggelse, og den separationsangst adskillelsen fra forældrene medfører: „Mange tror, at det lille barn, der endnu ikke har noget sprog …….glemmer angsten og usikkerheden under hospitalsophold. Dette er ikke tilfældet. Barnet husker med sine følelser, og det kan være nok så alvorligt, fordi barnet ikke har ord for sine følelser og derfor ikke på noget tidspunkt kan bearbejde det skete forstandsmæssigt". Hun understregede, at kun en af forældrenes konstante tilstedeværelse kunne give barnet tryghed og opfordrede bl.a. til at forælderen ved operationer kunne være hos barnet indtil det sov. De ældre af os husker sikkert Hedvig Jacobys levende vignetter, der bedre end læsning af megen faglitteratur illustrerede børnenes særlige forestillingsverden: barnets angst for at al blodet løber ud, hvis man stikker hul på huden, dets forestillinger om legemsbeskadigelse, som „kan være langt mere angst- og uhyggepræget end vi kan lide at tænke på".

Opfattelsen af spæde børns behov var så sent som i begyndelsen af 1960'erne meget fjernt fra den viden, som er allemands eje i dag. Vi bliver rystede, når vi hører om forholdene på østeuropæiske børnehjem. Men for 40-50 år siden var børnehjemmene her i landet på mange måder ikke så meget anderledes. Ikke fordi politikere og fagfolk forsømte driften af institutionerne, men fordi ingen i 50'erne endnu var opmærksomme på de alvorlige følgevirkninger manglen på social kontakt og stimulation havde på børnenes tidlige udvikling.

Bowlby beskriver senere: „Selvom der var mange inden for børnepsykiatri og psykologi og socialt arbejde, og også nogle inden for pædiatri og børne sygepleje, der henimod slutningen af 1950'erne havde accepteret forskningsresultaterne og var ved at indføre forandringer, fortsatte den bitre strid, som de første

publikationer og film havde fremkaldt. …… Dertil kom, at mange psykoanalytikere, især dem der havde en teori, der fokuserede på fantasiens psykopatologiske rolle og i nogen grad så bort fra betydningen af begivenheder i den virkelige verden, stadig ikke lod sig overbevise og var meget kritiske. Alt imens skred forskningen frem." Et af 1960'ernes vigtigste arbejder var Sally Provences og Rose C. Liptons studier (Yale, USA) af 75 spædbørn, født til tiden og uden somatisk sygdom, anbragt på døgninstitution under tre uger gamle, sammenlignet med 75 mature og somatisk raske børn, vokset op i egen familie. Børnene blev fulgt prospektivt i deres første leveår ved gentagne systematiske undersøgelser. Jeg skal gengive dele af forfatternes konklusioner, fordi bl.a. dette arbejde fik stor betydning for udviklingen her i landet: „*At the end of the first year of life the institutionalized infants who were studied were different in many ways from the babies reared in family environment. The general impairment of their relationships to people and the weakness of the emotional attachment were prominent abnormalities in their development and behavior. They rarely turned to the adult for help, comfort or pleasure. There were no signs of a strong attachment to any one person, nor any signs of development of a sense of trust in the adults who cared for them. The capacity for anticipation of the future and the ability to defer immediate gratification of needs were impaired.*" Herudover var institutionsbørnenes udviklingskvotient faldende i hele undersøgelsesperioden. 14 børn blev anbragt i plejefamilie 9-24 mdr. gamle. Selvom efterundersøgelsen af disse børn ikke indgik i den videnskabelige del af bogen var det nøje kendskab til børnenes liv inden anbringelsen et afgørende argument for en beskrivelse af deres udvikling efter anbringelse i en plejefamilie. Selvom børnene blomstrede op og på mange måder virkede alderssvarende fandt forfatterne at: „ ... *the areas in which there were residual impairments of mild to severe degree were in their capacity for forming emotional relationships, in aspects of control and modulation of impulse and in areas of thinking and learning, that reflects multiple adaptive and defensive capacities and the development of flexibility in thought and action. A lessened capacity for the enjoyment and laboration of play and an impairment of imagination was also seen. One missed in them the characteristic of the healthy family child of richness and originality in the personality in which one perpetually discovers or catches glimpses of some new facet.*"

Bogen udkom i 1962, og blev hurtigt kendt blandt interesserede fagfolk herhjemme. Hedvig Jacoby var dengang ansat som børnepsykiatrisk konsulent i Mødrehjælpens pleje- og adoptionsafdeling og kendte til udviklingshæmmede, depriverede småbørn, både fra døgninstitutioner og fra familier, hvor moderen af forskellige grunde ikke havde været i stand til at tage vare på sit barn. Tidligere forstander på Bagsværd Observationshjem Inger Glahn fortæller i et inter-

view: „Hedvig Jacoby kom til Bagsværd Observationshjem, inden det fik status af observationshjem (1964). Hun kom fra Mødrehjælpen. Det var jo Mødrehjælpen, der råbte vagt i gevær. Dengang havde vi mange virkelig dårlige børn. … De børn, der skulle bortadopteres, – det gav sig selv – der kom ikke nogen og besøgte dem ... og de mødre (enlige mødre), der skulle have en uddannelse, de kom mere eller mindre, men slet ikke som i dag. Man talte om, at barnepleiersken skulle bo sammen med børnene, men det blev aldrig indført for de små børn. Når jeg tænker på de steder jeg har været dengang – det var rystende. Børnene tilbragte jo masser af tid i deres senge, disse 2-3-årige børn. Jeg kan huske, at når man gav dem aftensmad, så stod de op i sengene, og man gik rundt og gav dem en bid. På Bagsværd var det helt sikkert sådan, at børnene lå i deres senge og fik flasker. Det var klart, når man var alene om 12 spædbørn."

I et samarbejde mellem Direktoratet for Børne- og Ungdomsforsorgen og Mødrehjælpen , hvor Hedvig Jacoby og andre medarbejdere fra Mødrehjælpen aktivt medvirkede, fik Bagsværd børnehjem i 1964 status som observationshjem med indretning af familiestuer med fire børn og to fast tilknyttede pædagoger. Der blev tilknyttet psykologisk og børnepsykiatrisk konsulent (Hedvig Jacoby), som superviserede og underviste pædagogerne og sammen med disse lagde behandlingsplaner for hvert enkelt barn. I de følgende år oprettedes yderligere fem observationshjem på landsplan efter samme model.

Jeg mødte Hedvig Jacoby for første gang på Danmarks Lærerhøjskole i 1969, hvor jeg i samarbejde med psykologer var i gang med en prospektiv follow up-undersøgelse af børn født på Rigshospitalet 1959-61. Blandt disse var 16 børn, der havde tilbragt deres første leveår på datidens stimulus- og kontaktfattige børnehjem. Hedvig interviewede – uden kendskab til deres baggrund – børnene og 20 matchede kontrolbørn vokset op i egne familier. Hun identificerede flertallet (11) af de tidligere institutionsbørn og beskrev herudover 6 børn vokset op i egne, uformående familier. 10-11 år gamle beskrev vi disse børns personlighed: „De virkede psykisk farveløse, præget af selvusikkerhed og manglende fornemmelse af eget værd. De syntes uden forventninger eller håb om at deres tilværelse kunne være anderledes. De var resignerede, glædesløse og vegeterende. ..... Deres almene viden var vag og upræcis, men virkede måske endnu ringere på grund af deres uforpligtende holdning og vage, diffuse opmærksomhedsintensitet.".

1970'erne og vel første halvdel af 1980'erne var en periode hvor mulighederne for forebyggelse af psykosociale vanskeligheder i den tidlige barnealder stod højt på de børnesagkyndiges dagsorden. Den norske børnepsykiater Hilchen Sommerschild Sundby skrev sammen med psykologen Birgit Bogen m.fl. to indflydelsesrige bøger om de forebyggende muligheder i den tidlige almene

børneprofylakse: „Helsestasjonen i Støbeskjeen" (1972), „Helsestasjonen altid i Støbeskjeen" (1976) og senest „Helsestasjonen og familien med det nyfødte barn" (1982). Kai Tolstrup beskrev, hvilke faresignaler den praktiserende læge skulle være opmærksom på hos både det 0-3-årige barn og dets forældre: „Børnepsykiatri er også forældrepsykiatri" (1974), og foreslog en børnepsykiatrisk konsulentmodel i samarbejdet med almen praksis. Blandt praktiserende læger var der i samme periode stor opmærksomhed og efteruddannelsesaktivitet omkring de forebyggende børneundersøgelser og den praktiserende læges mulighed for tidlig opsporing og behandling af psykosociale vanskeligheder hos børn og forældre. Primus motor var ægteparret Inge og Peter Born Rasmussen og Gert Almind.

Hedvig Jacobys interesse for psykosocial profylakse og tidlig intervention fik i løbet af 1970'erne politisk udtryk gennem hendes deltagelse i Børnekommisionens udvalg vedrørende tidlig indsats (udvalgsrapport nr. 4, 1980) og klinisk gennem hendes evne til at omsætte sin faglige up to date-viden til handling. Allerede i 1973, i slipstrømmen fra de seneste publikationer om graviditetens, fødslens og den helt tidlige mor-barn kontakts betydning, publicerer hun i Månedskrift for praktisk lægegerning artiklen „Betragtninger vedrørende psykologiske problemer i forbindelse med svangerskab, fødsel og den tidlige mor-barn relation". Kort herefter, i 1974, indledes et samarbejde mellem børnepsykiatrisk ambulatorium, KASGentofte, og praktiserende læger og sundhedsplejersker i Gladsaxe Kommune, hvor man ønsker „at vurdere det hensigtsmæssige i at medinddrage sundhedsplejersken i det svangerskabsforebyggende arbejde, specielt med førstegangsgravide". Samarbejdet med sundhedsplejerskerne i Gladsaxe kommune blev banebrydende for det landsomfattende tilbud om sundhedsplejerskebesøg til gravide kvinder.

Internationalt var der fra 1960'erne et boom inden for forskning og teoridannelse med fokus på det normale nyfødte og spæde barns kapacitet og på det tidlige mor-barn samspil.

Klaus-og- Kendell-gruppen betonede i deres etologisk inspirerede forskning i lighed med adskillige andre forskere betydningen af moderens kontakt med det nyfødte barn. Rutinerne på fødeafdelingerne her i landet kunne langt ind i 1970'erne mange steder slet ikke tilgodese den nære kontakt mellem forældre og nyfødt. De nyfødte opholdt sig på børnestuer og kom kun ind til moderen for at blive ammet, og fædrene så deres små børn gennem børnestuernes glasvinduer. Hedvig Jacoby og jeg holdt sammen mange foredrag og diskussionsoplæg rundtomkring på fødeafdelingerne, og jeg husker stadigvæk hvordan loftet næsten løftede sig ved personalets stærke følelsesmæssige reaktioner for og imod „*rooming-in*" (at de nyfødte børn skulle være hos deres mor) – ændringer,

som er indlysende for enhver i dag, men som dengang var et brud på mangeårige traditioner.

Hovedværkerne inden for spædbarnspsykologi og –psykiatri dukkede frem: Bowlbys, Brazeltons („Neonatal Behavioral Assessment Scale", 1973), Margaret Mahlers („The psychological birth of the child", 1975) og Mary Ainsworths („Patterns of attachment",1978) betydningsfulde arbejder. Daniel Stern præsenterede den væsentligste forskning inden for området og publicerede sin banebrydende teori om spædbarnets interpersonelle verden i 1985.

Den efterhånden verdensomspændende interesse for udviklingen i barnets første leveår førte i 1970'erne til dannelse af World Association for Infant Psychiatry, hvor jeg for første gang i 1981 præsenterede mine studier af mor-barn interaktionen i barnets første levemåneder. Her deltog både Margaret Mahler, John Bowlby og den dengang noget kontroversielle kommende stjerne inden for området Daniel Stern, som kraftigt imødegik Mahlers beskrivelse af spædbarnets autistiske fase i dets første levemåneder. Det var utroligt spændende og inspirerende at opleve historiske og helt aktuelle „*star collisions*" på nært hold under John Bowlbys foredrag og plenardiskussionerne mellem tidens „hotteste" forskere, diskussioner, som i øvrigt forsatte ved de næste kongresser i de følgende 20 år, næsten som en fortsat roman.

Klinikere inden for psykiatri og børnepsykiatri var på daværende tidspunkt opmærksomme på følgerne for børnene af psykisk sygdom hos forældrene ud fra forskellige synsvinkler. Michael Rutter havde allerede i 1966 peget på øget forekomst af psykisk sygdom hos forældre til børn henvist til børnepsykiatrisk afdeling i London sammenlignet med børnepatienter på børneafdelinger og tandklinikker. Meget få af de børnepsykiatriske patienter var dog under 5 år. Samtidig havde en gruppe forskere og klinikere omkring psykiateren Henry Grunebaum i Boston fulgt psykisk syge mødre med små børn indlagt sammen på psykiatriske afdelinger og havde beskrevet fordele og ulemper for både mødre, børn og psykiatrisk personale.

Også herhjemme var opmærksomheden rettet mod mulighederne for tidlig støtte til psykisk syge mødre med spæde og små børn. På KASGentofte etableredes et samarbejde mellem børnepsykiatrisk ambulatorium, psykiatrisk afdeling og fødeafdelingen mhp. en tidlig, koordineret forebyggende indsats, og på psykiatrisk afdeling, Rigshospitalet, indlagde vi i 1976 for første gang to mødre med spæde børn, hvor behandlingsplanen omfattede både psykiatrisk behandling af moderen, mor-barn relationsbehandling og behandling af spædbarnet i form af ekstra social kontakt og stimulation. Både forældre og professionelle oplevede umiddelbart disse forløb meget meningsfulde, hvilket nok var med til at sætte en række initiativer i gang.

Ud fra et ønske om at belyse en eventuel sammenhæng mellem fødsler og psykisk sygdom indledtes et landsdækkende epidemiologisk studie, som bl.a. påviste øget risiko for psykiatrisk indlæggelse af moderen efter en fødsel og øget risiko for lav fødselsvægt/for tidlig fødsel for barnet. Netop perinatale komplikationers indflydelse på langtidsprognosen, somatisk som psykiatrisk, havde i de sidste tiår været i fokus for forskningen internationalt og nationalt, udmøntet bl.a. i stort anlagte prospektive kohorteundersøgelser, herhjemme initieret af Åge Villumsen og Bengt Zachau-Christiansen 1959-61, og efterfulgt af follow up-undersøgelser af børn født med og uden komplikationer af psykisk raske og syge forældre (Lene Lier, Svend Hesselholdt og medarbejdere, Danmarks Lærerhøjskole og Fini Schulzinger og medarbejdere, Psykologisk Institut, Kommunehospitalet). Samtidig beskrev psykologerne Marie Gammeltoft og Liselotte Grünbaum efter gennemgang af akterne vedrørende småbørn med psykisk syge mødre anbragt på Bagsværd Observationshjem midt i 1980'erne, hvor utroligt vanskeligt det var at etablere et forebyggende fagligt netværk.

På baggrund af erfaringeren dels fra børnepsykiatrisk ambulatorium, KASGentofte og dels vore egne studier besluttede psykolog Marie Gammeltoft og jeg at gennemføre et „modelprojekt" i samarbejde med fødeafdelingen og psykiatrisk afdeling, Rigshospitalet (mor-barn projektet 1988-91), hvor kvinder med psykiske lidelser blev tilbudt koordineret obstetrisk, psykiatrisk og børnepsykiatrisk støtte fra graviditeten til barnet blev 3 år. Tilbuddet blev positivt modtaget af langt de fleste gravide kvinder. Resultaterne pegede på et bedret forløb under graviditet og fødsel, og mulighed for identifikation af tidlige udviklingsvanskeligheder hos børnene og etablering af en tidlig behandlingsindsats.

Den forebyggende model integreredes i 1992 i et nyåbnet spæd- og småbarnspsykiatrisk afsnit på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital, det første i landet, som foruden „traditionelle" småbarnspatienter kunne modtage psykisk syge gravide kvinder/mødre med 0-3-årige børn, dels ambulant og dels som dagpatienter. I løbet af de følgende år udvikledes et tværfagligt netværk mellem fødeafdelingerne, de psykiatriske afdelinger og spæd-/småbarnspsykiatrisk afsnit i Københavns og Frederiksbergs kommuner (H:S) hvor nøglepersoner i hvert speciale mødtes fast mhp. koordinering af den samlede behandlingsindsats. I 1996 etableredes endnu et spæd-/småbarnspsykiatrisk afsnit på KASGlostrup. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i resten af landet har endnu ikke haft mulighed for at etablere selvstændige afsnit for de mindste patienter og deres mødre/fædre, men søger at integrere spædbarnspsykiatrien i den eksisterende struktur.

Spæd-/småbarnspsykiatri er en oversættelse af „*infant psychiatry*" og omfatter psykiske/udviklingsmæssige vanskeligheder i barnets første tre-fire år. En af de

vanskeligheder subspecialet står overfor er at udvikle et diagnostisk klassifikationssystem, som forhåbentlig snarest kan indgå i DSM- og ICD-klassifikationerne. I det seneste tiår har der været stadige internationale bestræbelser herpå (Diagnostic Classification: Zero To Three, 1994).

En anden vanskelighed er, at spæd-/småbarnspsykiatrien ifølge sagens natur har et indlysende forebyggende sigte, hvilket vanskeliggør integrationen i det sekundære sundhedsvæsen, som traditionelt først modtager børn og voksne, når „skaden er sket". Tidlig opsporing af spædbarnsfamilier med behandlingsbehov er afgørende. Samtidig er et tværdisciplinært tilhørsforhold til flere specialer inden for det sekundære sundhedssystem uomgængelig, hvis en tidlig indsats skal lykkes, nemlig en koordineret obstetrisk, psykiatrisk og spæd-/småbarnspsykiatrisk behandlingsindsats. En yderligere vanskelighed er områdets krav til kontinuitet over år i kontakten med familien. I psykiatrien er det i dag accepteret, at en tidlig indsats overfor debuterende psykiske lidelser kræver kontinuitet i kontakten til behandlerne – ellers er *drop out*-hyppigheden for stor. Det samme gælder i høj grad spæd-/småbarnspsykiatrien, hvor psykiske lidelser hos forældrene er dominerende. Disse er jo ikke forbigående, men ofte progredierende i løbet af barnets opvækst. Dette harmonerer meget dårligt med tidens krav om hurtig omsætning. Ikke desto mindre ved vi fra mange nyere undersøgelser at manglende opmærksomhed og kontinuitet overfor „psykiatriens børn" fører til betydelige og oftest upåagtede psykiske og psykiatriske problemer under barnets opvækst.

Spæd-/småbarnspsykiatrien råder i dag over teoretisk velfunderede og klinisk gennemprøvede undersøgelsesmetoder, blandt andet mor-barn samspilsundersøgelser og undersøgelser af barnets tilknytningsmønster i 1-2-års alderen (om forældrekompetence og barnets sociale udvikling). Brazeltons Neonatal Assessment Scale kombineret med den seneste revision af Bayleys Developmental Scale giver herudover et glimrende billede af barnets færdigheder og kognitive udvikling bl.a. af betydning for vurdering af tidlige regulationsforstyrrelser. En helt aktuel udfordring er nu at forsøge at afdække forbindelsen mellem variationer i de tilknytningsmønstre man kan påvise i 1-2-års alderen og den børnepsykiatriske diagnose „hæmmet/uhæmmet tilknytningsforstyrrelse".

Spædbarnspsykiatriske behandlingsmetoder er nok domineret af forskellige variationer af relationsbehandling: video-feedbackmetoder som „Marte Meo"-metoden, som kan bruges til mindre forstyrrede forældre-barn relationer, kognitive metoder, som kan være relevante som støtte i behandlingen af psykisk syge mødre og deres spædbørn, og i høj grad psykodynamisk orienterede metoder rettet mod moderens indre forestillinger om sit barn og om sig selv som mor. Men sideløbende med en relationsbehandling er identifikationen af egne pro-

blemer hos barnet ganske afgørende. Tidlige – måske medfødte – vanskeligheder med regulation af stimuli (sociale som ikke-sociale), opmærksomhed, motorik og affekter har prognostisk betydning og er desuden nødvendige at kende for at kunne forholde sig til barnets bidrag i dets samspil med omverdenen.

Forskningen inden for området er fortsat intensiv internationalt. Vi prøver også at følge trop her i landet. Spæd-/småbarnspsykiatrisk afsnit KASGlostrup er i gang med en epidemiologisk undersøgelse af forekomsten af psykiske forstyrrelser i 0-3-års alderen, kombineret med systematiske kliniske undersøgelser af delpopulationer. På spæd-/småbarnspsykiatrisk afsnit, Bispebjerg Hospital, er der udarbejdet og afprøvet kognitive metoder til behandling af skizofrene mødre og deres spædbørn samt udført studier af spiseforstyrrede mødre og deres børn. Selv er jeg i gang med en efterundersøgelse af de nu 13-15 år gamle børn med psykisk syge mødre („Copenhagen Infant Follow up Study", Kognitiv Forskningsenhed, psykiatrisk afdeling, Hvidovre Hospital), oprindelig fulgt i årene 1988-91 („mor-barn projektet", Rigshospitalet), og håber at kunne mobilisere tilstrækkelige midler til en evaluering af behandlingsindsatsen på spæd-/småbarnspsykiatrisk afnit, Bispebjerg Hospital 1992-2001.

Så mon ikke spædbarnspsykiatrien er nået frem til børne- og ungdomspsykiatrien for at blive?

Litteratur:

Dorothy Burlingham og Anna Freud. *Infants without families*. Allen & Unwin. London, 1944.

Provence S, Lipton RC. *Infants in institutions*. International Universities Press. NY, 1962.

Klaus MH, Kennell JH. *Maternal-Infant bonding*. C.V. Mosby Company. St. Louis, 1976.

Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment, vol. 1, 1969, Separation, anxiety and anger, vol. 2, 1973, og Loss, sadness and depression, vol. 3, 1980. Hogath Press; NY: Basic Books, London.

Stern DN. *The interpersonal world of the infant*. Basic Books. NY, 1985.

Grunebaum H, Weiss JL, Cohler BJ, Hartman CR, Gallant DH. *Mentally ill mothers and their children*. The University of Chicago Press. Chicago and London, 1974.

Børne- og ungdomspsykiatrien og de åndssvage

Helga Jansen

Arbejdet med åndssvage har aldrig haft nogen høj status i psykiaterkredse. Dette var nok i særlig grad tilfældet i børnepsykiatriens barndom, hvor psykiaterne frem til 1959 stod som ledere af de ofte utrolig utidssvarende institutioner og dermed let blev identificeret med en autoritær, formynderisk og lidet progressiv holdning. At dette syn på psykiaterne i mange tilfælde var uretfærdigt er noget andet.

Når det dengang, og desværre til en vis grad også i dag, var så lidet værdsat at arbejde med denne gruppe børn og unge, skyldes det nok i lige så høj grad det meget unuancerede billede, man havde af åndssvage. Samtidig med den manglende tro på, at man som børnepsykiater i væsentlig grad kunne medvirke til at give dem andre udviklingsmuligheder. Ligesom „månen har den farve, måner skal have", så var „åndssvage nu en gang, som åndssvage er"; og for mange var dette nærmest synonymt med det billede, man havde af en institutionaliseret mongol, med den adfærd mange fik efter års ustimulerende tilværelse. Så sent som i firserne udbrød en lægekollega: „jamen, han ser da ikke særlig mongolid ud", da vi talte om en fælles patient, der på ingen måde levede op til hans billede af et åndssvagt barn.

Det vil sige, at man stort set accepterede – og forventede – at den uhensigtsmæssige adfærd man så, var et uundgåeligt led i det at være åndssvag. Accepterede at mongoler jo rokkede, ikke udviklede sprog, men var søde og glade.

Hvor små forventningerne var fremgår også af, at mange, også læger, stadig i 50'erne rådede forældre, der fik et mongolbarn, til at anbringe barnet på institution.

Åndssvageloven 1959 betød, at ledelsen af institutionerne fra at være rent lægelig blev fire-hovedet, dvs. kom til at bestå af en overlæge, en skoleleder, en socialleder og en inspektør. Det fratog/frigjorde lægerne fra nogle af deres administrative opgaver og lagde samtidig op til et langt større tværfagligt samarbejde inden for forsorgen med de krav om og muligheder for nytænkning, dette medførte.

Samtidig betød loven, at åndssvage fik undervisnings-/oplæringpligt fra 7.-21. år. Dette indebar ganske vist ikke, at der var et skoletilbud til alle; i de første mange år bestod undervisningstilbuddet til mange sværere retarderede af tilbud om en børnehaveplads, og de betegnedes stadig af mange som „uunderviseli-

ge". Efterhånden som der rundt i hele landet byggedes eksternatskoler for de debile og træningsskoler for de svagere fungerede, fik alle et egentligt undervisningstilbud. Forventningerne til, at de svagere fungerende børn kunne lære andet end rent praktiske færdigheder, var dog stadig i mange kredse overordentlig små.

Den holdning, der kommer til udtryk i betegnelsen „uunderviselig", svarer nok i høj grad til den holdning, man havde også i lægeverdenen og herunder blandt børnepsykiatere, nemlig at det var meget begrænset, hvad man psykiatrisk kunne opnå i arbejdet med disse børn. Den afspejler sig også i, at man under medicinstudiet, i hvert fald i 50'erne og begyndelsen af 60'erne, stort set intet lærte om disse børn.

Enkelte steder i landet var der dog netop på dette tidspunkt børnepsykiatere, der begyndte at engagere sig meget aktivt i børnegruppen: Annalise Dupont i Brejning, Birte Høgh Brask i Risskov og Axel Arnfred i København.

Annalise Dupont var fra 1958-69 overlæge i Brejning, hvor hun arbejdede klinisk og efterhånden mere og mere forskningsmæssigt. Fra 1969 og frem til sin pensionering var hun tilknyttet Aarhus Universitet i en forskerstilling som leder af Institut for Psykiatrisk Demografi ved Psykiatrisk Hospital, Risskov. Hendes registerbaserede epidemiologiske forskning, der hvilede på den landsomfattende registrering, der fandt sted i åndssvageforsorgen, fik stor betydning ved at uddybe kendskabet til den utrolig sammensatte gruppe mennesker, de åndssvage udgør.

Også på det socialmedicinske område fik hendes arbejde betydning, ikke mindst en stor undersøgelse (publiceret i Bibliotek for læger, 1980) vedrørende „de tidsmæssige, økonomiske og psykiske belastninger forbundet med at have et dybt åndssvagt hjemmeboende barn mellem 6 og 14 år". Den rejste en politisk debat om, hvad der skulle til for at skabe rimelige forhold for disse familier. Ved at sætte fokus på de hjemmeboende børn fik den samtidig lægerne i forsorgen til i højere grad at interessere sig for disse, mens de hidtil stort set udelukkende havde taget sig af de institutionsanbragte.

Endelig skal nævnes, at Annalise Dupont i 1979 udgav en fortræffelig bog „Mental retardering ud fra lægelige, sociale og pædagogiske aspekter". Ordet lægelig dækker i lige høj grad de somatiske som de børnepsykiatriske aspekter, og bogen er et klart udtryk for betydningen af viden på tværs af specialer (og sektorer) i arbejdet med disse børn.

I samme periode, 1960'erne og 70'erne var der på Børnepsykiatrisk Hospital, Risskov, betydelig interesse ikke alene for arbejdet med psykotiske børn, men også med de retarderede. Dette kommer bl.a. til udtryk i Birte Høeg Brasks

kapitel i 6. udgave fra 1974 af Lomholts lærebog i børnepsykiatri. Her ses hendes indgående kendskab til børnegruppen. Hun beskriver i et længere afsnit de hyppige psykiske lidelser hos udviklingshæmmede børn og gør opmærksom på betydningen af såvel medfødte hjerneorganiske som miljømæssige forhold. På et tidspunkt, hvor der i visse kredse såvel inden for som uden for forsorgen taltes meget om alle de psykotiske børn, der var fejlanbragt på forsorgens institutioner, tegner hun et meget klart billede af åndssvage med en række forskellige psykiatriske lidelser, herunder de autistiske åndssvage, foruden gruppen med autistiske træk.

Når man læser dette kapitel, kan man undre sig over, at det ikke i højere grad har vakt interessen for denne børnegruppe inden for børnepsykiatrien.

I Københavnsområdet arbejdede samtidig Axel Arnfred. Han havde tidligere haft kontakt til Sofie Madsen på Himmelev Behandlingshjem og Nic Waal-instituttet i Oslo, hvilket sidste nok var medvirkende til hans interesse for dels analytisk, dels kropsterapeutisk arbejde. Hans indsats kom hovedsagelig til at ligge uden for centralinstitutionerne, dvs. med børn på behandlingsinstitutioner for kontaktsvage udviklingshæmmede, på specialskoler og i specialbørnehaver, ikke mindst børnehaven på Hvidovrevej. Denne var startet allerede 1956 af Nadja Mac, og den udviklede gennem årene – nok i væsentlig grad gennem det gensidigt inspirerende samarbejde mellem Arnfred og Nadja – en meget betydelig erfaring i arbejdet med kontaktsvage børn.

Arnfreds intense interesse for – ikke mindst de „sære" – udviklingshæmmede børn og hans dybe respekt for og interesse i samarbejde med andre faggrupper, nok især de pædagogiske, blev for enkelte yngre læger indgangsporten til børnepsykiatrien, og mere specifikt til arbejdet med udviklingshæmmede. Til gengæld har det nok været en stor skuffelse for Arnfred, at hans stærkt teoretiske arbejder om biopsykologi ikke vakte den genklang blandt kolleger, han havde håbet.

I 1980 kom så loven, der nedlagde Åndssvageforsorgen og lagde ansvaret for de udviklingshæmmede ud til amterne. Det betød, at de i Statens Åndssvageforsorg ansatte børnepsykiatere, pædiatere og voksenpsykiatere blev ansat på de amtslige stamafdelinger, idet nogle af stillingerne dog forsvandt. Ved udlægningen „normaliseredes" således de udviklingshæmmede, dvs. de blev ligestillede med andre børn henvist til børnepsykiatriske afdelinger.

Mens de til stamafdelingerne udlagte stillinger efter 1980 de fleste steder kom til at indgå i afdelingernes stabe uden at blive øremærkede til arbejdet med den specielle gruppe børn og unge, skete dette dog allerede fra starten i Ringkøbing Amt, hurtigt fulgt af Vejle og efterhånden også Nordjyllands, Københavns

og sidst Viborg amter. Disse steder blev amterne, ved protokollater besluttet i amtsrådene, pålagt at sikre et vist antal speciallægestillinger i psykiatri, børnepsykiatri og pædiatri, der fik særlige forpligtelser: dels med hensyn til undersøgelse og behandling af henviste patienter, dels konsulentforpligtelse i forhold til bo- og undervisningsinstitutioner, børnehaver og fritidshjem, dels en rådgivende funktion i forhold til socialforvaltninger på amtsligt og kommunalt plan. Til forskel fra før udlægningen af forsorgen var lægerne nu ansat ved de lokale stamafdelinger, og derved undgik man den faglige isolation, der tidligere ofte prægede lægerne i forsorgen. I det meste af landet var „normaliseringen" af børnepsykiaterne dog stadig en kendsgerning, og ved en enquete til alle landets børnepsykiatriske afdelinger 1993 – som led i en undersøgelse lavet i samarbejde mellem Landsforeningen LEV og Dansk Psykiatrisk Selskab – gav de fleste afdelinger udtryk for såvel utilstrækkelige ressourcer som manglende specialviden på området.

Som nævnt blev der i visse amter også inden for pædiatrien øremærket stillinger til området. Det nære samarbejde, som det fælles ansvar for børnegruppen betød, gav børnepsykiaterne del i den neuropædiatriske og genetiske viden, der er vokset med eksplosiv hast i de senere år. Også pædiaterne kunne have glæde af samarbejdet, og den gensidige, uformelle konsulentfunktion har for begge parter overflødiggjort en hel del henvisninger og i andre tilfælde sikret hurtige, tidlige henvisninger.

I arbejdet med udviklingshæmmede møder man børn og unge med en IK fra under 20 til 70-75. Det vil sige, at gruppen spænder fra dem, der aldrig når en udvikling over få måneder, til dem, der som små klarer sig i normal børnehave, senere går i specialklasse i den lokale skole. Som lærer at læse og skrive og opnår så mange sociale færdigheder, at de som unge voksne klarer sig i egen bolig med kun lettere socialpædagogisk støtte, men dog oftest har behov for en beskyttet arbejdsplads.

Forståelsen for udviklingshæmmede med psykiske og adfærdsmæssige problemer forudsætter en forståelse for, hvor sammensat en gruppe der er tale om, og der er heldigvis sket en hel del på dette område i de sidste 20-30 år. Tidligere forklarede man i langt overvejende grad problemerne ud fra retarderingen, og beskrev dem med ord som: aggressive, urolige, angste osv. Det vil sige, at diagnosen mental retardering (som jo mere dækker en udviklingsforsinkelse end en psykisk lidelse) stillede sig i vejen for en egentlig psykiatrisk diagnosticering. Efterhånden er der dog stigende forståelse for, at udviklingshæmmede kan have alle de samme psykiatriske sygdomme som normaltbegavede, selvom de til tider kan fremtræde under et noget andet billede afhængig af graden af udviklingshæmning.

For arbejdet med udviklingshæmmede børn og unge har den ændrede opfattelse af og eksplosivt voksende viden om gennemgribende udviklingsforstyrrelser haft en enorm betydning, såvel inden for den psykiatriske som den pædagogiske sektor. Herhjemme startede det allerede i 1969, da forsorgen nedsatte et tværfagligt psykoseudvalg med henblik på at belyse problemerne vedrørende psykotiske børn under åndssvageforsorgen. I årene 1973-74 foretog en forskningsgruppe, bestående af psykolog Demetri Haracopus og læge Anders Kelstrup en undersøgelse i Københavnsområdet og Vestsjællands amt, der 1975 mundede ud i rapporten „Psykotisk adfærd hos børn under åndssvageforsorg". De fandt, at der på centralinstitutionerne var ca. 35% og i specialbørnehaver og skoler for sværere retarderede ca. 25% psykotiske børn. Samtidig konkluderede de, at disse børn ikke var fejlanbragte, men at forsorgen til gengæld skulle være sig ansvaret for relevante tilbud til dem bevidst.

I denne periode var arbejdet i åndssvageforsorgen præget af de modsatrettede strømninger inden for psykiatrien: dels den antipsykiatriske, dels den efterhånden mere organisk prægede psykiatri. Dette kom ikke mindst til udtryk i holdningen til de psykotiske/autistiske børn og unge. Trods den voksende forståelse for organiske faktorers betydning ikke kun for deres udviklingshæmning, men også for deres autistiske symptomer, var der i disse år stadig mange, der talte om „skjult viden" hos disse børn. De tillagde emotionelle faktorer en meget stor betydning, ikke blot for børnenes kontaktmæssige tilbagetrækning, men også for deres mangelfulde intellektuelle udfoldelse. Mens de havde ret i, at udviklingshæmmede børn, måske endnu mere end andre børn, har brug for megen støtte og målrettet pædagogisk stimulation for at kunne udnytte sine udviklingsmuligheder fuldt ud, skabte denne tro på vidensskjulen usikkerhed og frustration hos en del pædagoger og også forældre. Var der i virkeligheden „et normalt barn indeni", som de bare ikke havde været dygtige nok til at få frem? Helt ekstremt kom dette til udtryk hos pædagogerne i visse boinstitutioner og dagtilbud for unge voksne i troen på, at en meget stor gruppe klart retarderede i virkeligheden var i stand til at læse og skrive ved hjælp af staveplader. At enkelte autistiske, lettere retarderede børn og unge kunne, er der næppe tvivl om; men tanken om, at det skulle gælde i så mange tilfælde, må nok ses som udslag af en ekstrem tro på de emotionelle faktorers betydning kombineret med en for stor pædagogisk optimisme.

Generelt har der dog siden dette tidspunkt været en klar forståelse for organiske faktorers betydning for såvel udviklingshæmning som autisme, og for at der diagnostisk ofte ikke er tale om et enten/eller, men et både/og. Det betød i den pædagogiske sektor en vældig opblomstring af tilbud og specialviden på dette område, men også en forventning om assistance fra børnepsykiatrisk side. Dels med henblik på diagnostisk afklaring, dels hjælp til – i nært samarbejde med

lærere, pædagoger, psykologer, fysio- og ergoterapeuter – at skabe en omfattende helhedsvurdering af børnene for at kunne tilrettelægge de bedst mulige pædagogiske og evt. mere behandlingsmæssige tiltag.

Samarbejdet i skoler og andre pædagogiske institutioner er for børnepsykiaterne både inspirerende og krævende. Men ikke mindre krævende er samarbejdet med forældrene. Mens man tidligere kunne opleve mange resignerede forældre, er forældrenes krav i dag, også til børnepsykiaterne, store og som regel absolut relevante. Blandt andet fordi samfundet i dag forventer, at selv utroligt krævende børn bliver boende hjemme, også børn der tidligere helt klart havde boet på institution. Dette stiller enormt store krav til forældrene, men hviler jo også på den rigtige opfattelse, at det er hos dem barnet hører til, og samtidig at „det kan nytte" at give barnet de følelsesmæssige og oplevelsesmæssige forhold, et familieliv betyder. Det forudsætter dog, at familien, og de pædagogiske institutioner, får den fornødne bistand såvel på det sociale som det psykologiske og lægelige område, og her ikke mindst børnepsykiatrisk. For at kunne tilgodese disse opgaver kræves der af alle disse faggrupper både tid, interesse og kendskab til udviklingshæmning.

Den børne-/ungdomspsykiatriske behandling af psykiske forstyrrelser hos udviklingshæmmede adskiller sig principielt ikke fra anden behandling inden for specialet. Det vil sige, at tilrettelæggelse af barnets miljø ud fra dets forudsætninger og problemer er det centrale, eventuelt suppleret med medikamentel behandling. Kun sjældent egentlig psykoterapi.

Vanskeligheden i arbejdet er derfor ikke så meget valg af behandling som det at forstå barnets/den unges samlede problematik. Da de psykiatriske symptomer kommer oven i udviklingshæmningen, kan symptombilledet nemlig være vanskeligt at tolke. Kendskab til den „normale" udvikling hos udviklingshæmmede børn er derfor lige så vigtig for at forstå en eventuel fejludvikling, som kendskab til udviklingen hos normalt begavede børn er for børnepsykiatrien i øvrigt. Derfor er det ikke nok at se de børn, der henvises til børnepsykiatrisk afdeling; det er vigtigt også at kende til raske udviklingshæmmede børn, der er velfungerende ud fra deres forudsætninger. Også at kende til udviklingen hos retarderede børn, der samtidig har somatiske eller sansemæssige handikap og til børn og unge (såvel som voksne), der frembyder syndromer, hvor der udover de somatiske symptomer også kan være en karakteristisk psyke, f.eks. fragilt-X og Prader-Willi syndrom.

Mens kendskabet til udviklingshæmmede generelt er ret begrænset, er der jo i disse år en vældig stigende interesse for autismeområdet. Og da de alvorligste psykiske problemer hos udviklingshæmmede – og de der medfører fleste henvisninger til børnepsykiatrisk afdeling – ses hos børn og unge, der samtidig har

en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, vil afdelingerne stadig få kontakt med en del både lettere og sværere udviklingshæmmede; men det er stadig vigtigt at kende til „normale" udviklingshæmmede for at vurdere de autistiske symptomer. En særlig kompliceret gruppe er de autistisk udviklingshæmmede, der samtidig frembyder symptomer på andre psykiatriske lidelser, som efter ICD-10 egentlig ikke kan diagnosticeres hos disse børn og unge, f.eks. elektiv mutisme og hyperkinetiske forstyrrelser. Det samme gælder dysfasi, hvor retardering ligeledes er eksklusionsdiagnose, selvom der foreligger klare sproglige problemer, der ikke kan forklares ud fra retarderingen. Disse børn kan dog, med eller uden „tilladelse" i ICD-10-diagnoserne, have brug for og gavn af samme former for behandling som andre, ikke-retarderede børn og unge. Også emotionelle symptomer, adfærdsforstyrrelser og tegn på tidlig følelsesmæssig skade kan ses – og overses – hos udviklingshæmmede børn og være vanskelige at diagnosticere. Faren for „diagnostisk overskygning", dvs. at diagnosen mental retardering kommer til at dække, eller dominere over eventuelle andre børne-/ungdomspsykiatriske lidelser er stor. Og igen: jo mere man kender til normale retarderede, jo bedre er man i stand til at undgå denne fare.

På internationalt plan sker en hel del forskning på området mental retardering, og der er flere internationale sammenslutninger, som MH-MR (mental health in mental retardation) og IASSID, en international forskersammenslutning. De afholder kongresser, konferencer og udgiver videnskabelige tidsskrifter. Det meste af forskningen drejer sig dog om voksne udviklingshæmmede. At man i Danmark i disse år ikke vurderer denne forskning som særlig vigtig fremgår af den yderst begrænsede danske psykiaterdeltagelse i disse møder og stort set manglende danske videnskabelige arbejder. Dette i modsætning til bl.a. Norge og Holland.

Herhjemme findes dog Oligofreniklinikken ved Psykiatrisk Hospital, Risskov, der foretager ambulant behandling af voksne udviklingshæmmede. Stedet varetager samtidig funktionen som Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning, der samler og videregiver viden helt overvejende på det voksenpsykiatriske område, men nok især benyttes af pædagogiske og sociale instanser samt den primære sundhedstjeneste, snarere end af psykiatere.

50 år er lang tid, hvilket ikke mindst kan ses ved den ændring, der er sket i forståelsen for og holdningen til udviklingshæmmede i denne periode, inden for børnepsykiatrien såvel som i samfundet som helhed. De åndssvage har skiftet navn mange gange, til evnesvage, til fysisk og psykisk handikappede, til mentalt retarderede. Den psykiatriske behandling ændredes fra at være en del af anstaltsforsorgen til at være en integreret del af børne-/ungdomspsykiatrien. Det kan i den forbindelse nævnes, at man på dette område har været forud for sin

tid, idet børnepsykiaterne længe før børne-/ungdomspsykiatrien blev et fælles speciale, varetog behandlingen af såvel børn som unge udviklingshæmmede.

Med hensyn til fremtiden kan man håbe, at den voksende interesse for neuropsykiatri vil betyde, at der også fremover vil være børne-/ungdomspsykiatere, der i samarbejde med neuropædiatere vil interessere sig for området. Og at der i hvert fald et par steder i landet vil være nogen, der interesserer sig så meget for de udviklingshæmmede, at de vil følge med i, hvad der forskningsmæssigt sker på internationalt plan, og måske endda yde et dansk bidrag dertil. For de udviklingshæmmede er det godt, at de også psykiatrisk er blevet integreret i det „normale" samfund. Integrationen kan dog ikke ændre på den kendsgerning, at udviklingshæmmede der samtidig har en psykiatrisk lidelse – og deres familier – stadig udgør en ekstremt belastet og krævende gruppe. Det er derfor vigtigt, at vores speciale dels sikrer de nødvendige ressourcer til området, dels sørger for at bevare og videreudvikle den specialviden, der endnu findes på området.

Til sidst: børne-/ungdomspsykiatrisk arbejde med udviklingshæmmede er et spændende og, lægelig set, alsidigt område, hvor man får brug for hele spektret af sin børnepsykiatriske viden, og hvor man samtidig mere end ellers i vores speciale dagligt har gavn af sin erfaring fra somatikken.

Litteratur:

Annalise Dupont. *Mental Retardering*. Socialpædagogisk Bibliotek, 1979.

Birte Høgh Brask. Åndssvaghed. Kap. 12 i M. Lomholt: *Børnepsykiatri*, 6. udgave, 1978.

Helga Jansen m.fl. Udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Dansk Psykiatrisk Selskab & LEV, 1994.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Grønland

Mette Kabel

Før 1993 havde der kun været meget sporadiske konsulentrejser af børnepsykiatere til Grønland.

Efter sammenlægningen mellem de børnepsykiatriske afdelinger på Rigshospitalet (RH) og Bispebjerg Hospital (BBH) havde den „gamle" aftale mellem Grønland og RH om ambulant undersøgelse og behandling respektive indlæggelse af grønlandske børn været overført til BBH. Ikke fordi det havde givet anledning til mange indlæggelser eller ambulante behandlinger – højst 1-2 om året i alt.

I 1993 blev der på initiativ fra Det grønlandske Hjemmestyres daværende Direktorat for Sundhed, Miljø og Forskning indgået aftale med daværende Børnepsykiatrisk afdeling I, BBH, om en samarbejdsaftale indeholdende dels årlige konsulentrejser, dels løbende konsulentfunktion ydet fra Bispebjerg Hospital.

Aftalen blev indgået sent i foråret og planen var, at jeg skulle på min første konsulentrejse langs hele Grønlands vestkyst eller Kysten, som det hedder lokalt, i slutningen af august til begyndelsen af oktober – der var også lige et „smut" til østkysten – til Tasiilaq/Ammassalik.

I begyndelsen af juli blev jeg ringet op af Direktoratets afdelingsleder, Hanne Sørensen – det var hende, der sammen med overlæge Inge Lynge ved psykiatrisk afdeling A1 på Dr. Ingrids Hospital (DIH) i Nuuk, havde været initiativtager til aftalen. Hanne Sørensen spurgte, om jeg ikke havde en kollega, der havde lyst til og mulighed for at tage med – de havde fundet lidt ekstra penge til det.

Efter forgæves at have forhørt mig rundt i afdelingen – det var lidt vel kort varsel og der var egne børn og ægtefæller, der skulle passes etc. – måtte jeg melde det negative resultat tilbage og spurgte, om de ikke på Grønland havde en egnet person.

Det blev så til, at Naja Lyberth godt ville. Hun var psykolog, uddannet et par år forinden i Danmark og ansat ved Psykiatrisk afdeling A1 ved Dr. Ingrids Hospital. Hun var født i Maniitsoq/Sukkertoppen. Hun var meget interesseret i børnepsykologi og havde til embedseksamen skrevet speciale om forskellige faktorer i grønlandske børns sproglige udvikling – og siden fik hun supplerende efteruddannelse på børnepsykiatrisk afdeling på BBH.

Vi mødtes i Narsaq – og kunne heldigvis arbejde rigtig godt sammen. Jeg blev hurtigt klar over, at det at jeg havde en habil tolk med, en tolk med kendskab til

sæder og skikke og en fagfælle, der kendte „mit" sprog, var altafgørende for, at det fagligt virkede forsvarligt.

Men landet *var* overvældende, stort og usandsynligt smukt – og vi fik travlt. Selvom vi forinden havde orienteret de forskellige distriktssygehuse om hvilke grupper af børn, der hørte til inden for børnepsykiatrien og hvor lang tid en konsultation tog etc., var der, når vi nåede frem, afsat tre kvarter til en time til hver enkelt patient og op til 8 om dagen – ofte også lørdag/søndag. Mens der enkelte steder slet ikke var indkaldt nogen. Så måtte vi selv tage initiativ og f.eks. tale med sundhedsplejerske, rådgivningslærer på skolen eller socialforvaltningen.

Udover undersøgelserne blev jeg ofte bedt om at holde foredrag om et konkret emne inden for faget. Så skulle der improviseres og jeg lærte at forberede mig ret hurtigt. Men det var en udfordring og meget, meget lærerigt.

Men tilbage til den første rejse. Efter en meget anstrengende, lang weekend med mange børn, et nyt sprog, som jeg ikke begreb en pluk af og nye non-verbale kommunikationsformer, samt en tidsforskel på 4 timer, hvor det var svært at komme i seng om aftenen, fordi det var lyst og lige så svært at sove længe om morgenen, fordi det indre ur var foran, varede det ikke så længe, før jeg følte mig lidt udmattet. Qaqortoq/Julianehåb var knap så hektisk. Derefter Nuuk, hvor der igen var meget at lave og mange nye børn og professionelle, der gerne ville vide mere, så efter små 14 dage var min nattesøvn så forstyrret at jeg måtte krybe til korset og bede chefdistriktslægen René Birger Christensen ved lægeklinikken i Nuuk om noget at sove på (der er kun apoteker på sygehusene). Hans kommentar var „Nå, også du – pas nu på. Du kan alligevel ikke nå det hele. Alle nye konsulenter (og enkelte gamle) tror det og arbejder døgnet rundt. De tror de kan frelse verden". Siden lærte jeg at være lidt mere realistisk med aktiviteterne og sørge for at have sovepiller med til de første dages jetlag.

Næste station var Ilulissat/Jakobshavn og Aasiaat/Egedesminde. Det sidste sted fik vi meget travlt, de havde en velfungerende sundhedspleje, som havde mange børn på listen. Som det var vanligt de første år, blev alle vanskeligheder af psykologisk art henvist, dvs. også sorg-krisereaktioner, socialpsykologi og svært omsorgssvigtede børn. Socialforvaltningerne var ikke så meget for at blande sig, det var nemmere at nogen udefra sagde, at børnene burde hjemmefra.

Det grønlandske sprog er noget helt for sig. Det bygges op af få, centrale, meningsdannende ord, som så ved hjælp af præ- og suffikser bliver til lange sætninger, det er konkret, beskrivende og visuelt i sin koncept. I udtalen er der mange gutturale, åbne og lukkede hvislelyde – ja på anden måde kan jeg ikke beskrive det, men lyde, der er helt fremmede for os. Pga. sin opbygning fylder

det meget både i tale og på skrift. Det er svært at lære – også for børnene. Med de meget lange ord bliver lixindekset selv for enkle sætninger meget stort. Det kræver først en evne til overblik og analyse – og derefter en syntese – for at læse og forstå. Så det er ikke så mærkeligt, at grønlandske børn er senere til at lære at læse.

Mange danskere, der har boet i Grønland i årtier, taler ikke sproget eller kun meget begrænset, det *er* virkelig svært, og så gør det det jo ikke nemmere, at mange grønlændere taler og forstår udmærket dansk og – har jeg ladet mig fortælle – ofte siger, når man forsøger sig, „Åh, kan du ikke bare tale dansk".

En anden ting man må og skal lære, er det non-verbale sprog – ellers kan man komme til at gå grueligt galt i byen, som danskerne der efter lang tids ophold i Maniitsoq/Sukkertoppen beklagede sig over, at grønlænderne var så uhøflige: når de mødte dem i byen, hilste de ikke. Danskerne havde ikke lagt mærke til det diskrete løft af øjenbrynene, som var gængs hilsen! Generelt er de mimiske udtryk diskrete, men meget varierede og udtryksfulde. Der kan næsten føres lange samtaler uden brug af ord, som den lille dreng der skulle testes af den danske skolepsykolog og hvor rådgivningslæreren var tolk. Rådgivningslæreren „oversatte" og „oversatte" og psykologen sagde til sidst, at det forstod hun ikke, for drengen havde jo ikke sagt ét ord, hvortil rådgivningslæreren lige så forbavset forklarede alle de mimiske udtryk drengen havde givet – men som den danske psykolog ikke kendte og ikke havde lagt mærke til. Selv oplevede jeg det meget stærkt, da jeg første gang talte med lederen af PPR i Region Syd, cand.-psych. Else Poulsen, om noget for os begge fagligt interessant. Jeg talte og hun lyttede, men kom ikke med nogle gestus eller tilkendegivelser som „mmn", „ja", nik eller lignende, som vi er vant til. Det var meget forvirrende, så til sidst måtte jeg spørge, om det overhovedet *var* noget, om det kedede hende eller om hun vidste det i forvejen. „Nej, nej, det er meget interessant", var svaret. Jeg havde slet ikke lagt mærke til hendes ind imellem diskret løftede øjenbryn eller andre ansigtsudtryk, som betød „ja" og „jeg er med". Siden blev vi meget gode venner og har ikke problemer med at forstå hinanden.

Generelt er såvel grønlandske børn som voksne meget stilfærdige og taler lavmælt. De udbreder sig heller ikke så meget om følelser. Så hvis man ikke ved bedre, kunne man let få indtryk af (ihukommende den diskrete gestik), at især de fleste kvinder og børn er deprimerede.

Reaktioner ved sorg er anderledes end hos os. Det er sjældent, at børn „hulker", de græder den lydløse, hjerteskærende gråd. Første gang oplevede jeg det i Narsaq på den første rejse, hvor tre søskende, piger på omkring 14, 11 og 8 år, var henvist fordi fasteren, som de var sat i pleje hos, var i tvivl om, hvordan hun skulle støtte dem bedst muligt. Forhistorien var, at moderen, en i øvrigt

veluddannet kvinde, men med store alkoholproblemer, sad i Anstalten i Nuuk pga. drab. Hun havde heller ikke behandlet børnene særligt godt, blandt andre rædsler fortalte de, hvordan hun ind imellem havde truet dem med et skarpladt gevær – og skudt efter dem, dog uden at ramme. Men det var ikke problemet. Problemet var, at den ældste pige ville konfirmeres, og det havde moderen sat sig imod – til dels uden held – men pigen var alligevel nervøs, for moderen ringede mindst en gang om ugen og forsøgte at presse hende, og pigen var uden tvivl bange for moderen. Til gengæld ville moderen komme til festen – og det var pigen også meget bange for, for moderen ville sikkert ødelægge den ved ikke at kunne holde måde og drikke sig meget fuld. – Og mens pigen fortalte begyndte hun at græde – og da hun begyndte, begyndte de yngre søstre også – og tårer og snot bare løb og løb uden at de forsøgte at tørre op.

Dette er ikke bare et eksempel på sorgreaktion, men også et eksempel på, at de samfundsmæssige forhold mildest talt er meget anderledes end hos os, at omsorgssvigt kan have andre, dramatiske udtryk end vi er vandt til og på socialforvaltningernes vanskeligheder med at løse deres ofte store opgaver. Foruden det terapeutiske dilemma man pludselig står i, når følelserne så at sige „er lagt på bordet" og man ved, at man rejser i morgen eller overmorgen – hvem skal tage over og følge op?

Der er ikke tvivl om, at kulturelle forhold har gjort sig gældende i forbindelse med identificering af børn med børnepsykiatriske lidelser, f.eks. havde man ikke i det grønlandske sprog et udtryk for „ukoncentreret" respektive „koncentreret" på samme måde som herhjemme. Min teori er, at i det gamle fangersamfund overlevede de sværeste tilfælde af hyperkinetisk syndrom ikke og de øvrige klarede sig. Der var rige muligheder for motoriske aktiviteter og at være koncentreret drejede sig overvejende om praktiske ting, som der var stor motivation omkring. Særligt for drengene, som deltog i hundeopdræt, lærte at køre slæde og fange sæler. De skulle sjældent gøre noget de ikke havde lyst til. Så der var ikke brug for begreberne i den betydning vi kender.

Det var en del af kulturen, at især drengene i de første år blev forgudede og forkælede, det gav ballast og personlighedsmæssig sikkerhed, som var nødvendig, hvis man skulle blive en god fanger, der havde selvtillid og ikke tvivlede, når der skulle kastes eller skydes. Senere i barneårene kom den nødvendige socialisering: Fædrene var forbilledet. Drengene deltog i jagt og blev opdraget til at være en nødvendig del af fællesskabet i familien og fangersamfundet. Nu er fædrene væk, hvis de overhovedet er der, og har de arbejde, arbejder de som fangere/fiskere og er ofte væk i uger (fiskeri foregår i dag fra store kuttere). Men drengene bliver fortsat forkælede og forgudede af mødrene og bedsteforældrene – uden den sekundære socialisering. Det giver dem store problemer i

skolen. De forventer fortsat stor voksenopmærksomhed og ros for at kunne klare tilværelsen. De har svært ved at holde ud og gennemføre en lang uddannelse. Pigerne kan ikke i længden holde dem ud som kærester og ægtemænd. De bukker let under for alkohol- og hashmisbrug, og har en højere frekvens af selvmord og psykiske lidelser end i den vestlige verden i øvrigt. Pigerne klarer sig bedre, de bliver også forgudet og forkælede som små, men har altid deltaget tidligt i husholdningen, lært at klare kvindesysler og hjulpet med pasning af mindre søskende. Det gør de stadig og overgang til skolen er ikke så problematisk. De klarer også de lange videregående uddannelser.

En del af de utvivlsomt mange seksuelle overgreb og misbrug, der findes i Grønland, har efter Naja Lyberths og mine forestillinger også sin rod i børneopdragelsen. Det var tidligere ikke almindeligt i inuitbefolkningerne med misbrug af børn eller unge kvinder. Men de ovenfor nævnte svært narcissistiske drenge/unge mænd er vant til at gøre, hvad de har lyst til – og pigerne er vant til, at drengene må. Når dertil kommer alkoholpåvirkning er vejen til overgreb ikke så lang.

Dette er selvfølgelig meget generelle betragtninger og hypoteser, der er nok flere faktorer, der spiller ind, men et tilsvarende kultursammenstød ser vi i nogle af vore indvandrergrupper i Danmark.

I Grønland er man via tv og radio inden for de sidste 5 år begyndt at tale åbent om opdragelse af især drengene og hvordan forholdene kan bedres – men det tager tid.

Når man skal rejse i Grønland er der nogle ting man må gøre sig klart eller bliver klar over: Afstandene er lange. Man kan kun komme rundt med fly og skib, og hvornår man kommer frem afhænger af teknikken og vejret. Hverken fly eller skibe kan komme frem i tåge, og flyene, især helikopterne, er ret følsomme over for blæsevejr. Og teknikken kan strejke. Piloterne på Grønlandsfly er veluddannede og tager ingen chancer, og det er betryggende! Men man lærer at være tålmodig – og alle er vant til det. Så kommer man ikke den ene dag, så bliver det nok den næste eller næste igen eller … Det værste er hvis man ikke kommer hjem til Danmark „til tiden", men det sker heldigvis ikke så tit.

Man kan også opleve ret pudsige ting, når man sådan forsinkes. Naja og jeg var engang strandet i Uummannaq en lørdag i september, vejret var vidunderligt med høj, klar himmel og ingen vind, men helikopteren havde efter to forgæves forsøg måttet opgive at komme igennem fra Ilulissat/Jakobshavn pga. storm syd for Uummannaq, så vi blev geninstalleret på Hotel Uummannaq og skulle så spise middagsmad – og dagens menu var, gæt engang – stegt krokodille!

Efter Aasiaat/Egedesminde og Ilulissat/Jakobshavn, som har den smukkeste udsigt over Diskobugten mod Diskoøen og med kæmpe isfjelde langsomt sejlende fordi, gik den første konsulentrejse til turens sidste etape, Ammassalik eller Tasiilaq. En anden inuitkultur og en anden, meget smuk natur. Fjeldene er stejlere end på vestkysten og hundeslæderne er kortere og har bremser på.

Men samfundet er belastet af meget høj arbejdsløshed, seksuelt misbrug (af børn og voksne) og alkoholproblemer. For ikke så mange år tilbage var det et rigt fangersamfund, men fiskene og de store havdyr er næsten væk, så der er ikke så meget at fange og andre slags arbejdspladser er svære at etablere.

Foreningen til Grønlandske Børns Vel havde netop sammen med Red Barnet åbnet et „værested" for de mange børn, der drev om på gaderne om aftenen (og natten), når forældrene drak og festede med vennerne. Man bor fortsat småt, da det er dyrt at bygge huse i Grønland – alt skal importeres og der skal sprænges klipper og husene skal kunne holde til de voldsomme storme – så der er boligmangel i næsten alle byer. Om eftermiddagen og aftenen blev Værestedet brugt som fritidshjem og klub. Der var kun natåbent i weekender. Efter kort tid foreslog de større børn, at der også blev holdt natåbent på lønningsdage!

Siden august/september 1993 har der årligt været foretaget 4-5 ugers konsulentrejse til Grønland. Ofte delt i to rejser.

De første fem år foregik konsulentrejserne meget konventionelt, dvs. som for andre specialer. Der blev planlagt besøg til et passende antal distriktssygehuse (byer) med supplerende vejledning i specialets målgruppe og tidsforbrug til undersøgelse, ligesom også socialforvaltninger og skolevæsen (PPR og rådgivningslærere) blev orienteret. Antallet af henviste børn var som nævnt meget varieret, og ofte var der afsat for lidt tid til egentlig undersøgelse, så vurderingerne og efterfølgende rådgivning hvilede i bedste fald på en omhyggelig anamnese og kortvarig klinisk vurdering af barnet. Eller ved konferencer alene på en mindre omhyggelig anamnese og andenhåndsbeskrivelse af barnet. Denne form for konsulenttjeneste var på sigt noget overfladisk og utilstrækkelig. Desuden brugte vi uforholdsmæssig megen tid på rejseaktivitet og det var vanskeligt at sige, hvornår vi kom igen, om 2 eller 3 år – måske (*immaqa*). Der er i Grønland 19 byer med sygehus. En by i Grønland er – bortset fra Nuuk med 14.000 indbyggere – på knap 4.000 indbyggere eller derunder + tilhørende bygder. Sidstnævnte havde vi dog ikke tid eller mulighed for at besøge, men børnene og forældre derfra blev kaldt til byen. Der er i alt 14.000 børn under 15 år i Grønland. Til sammenligning er der 9000 på Bornholm, der har næsten samme befolkningstal!

De første år nåede vi at besøge alle byer – undtagen Qaanaaq/Thule og Ittoqqortoormiit/Scoresbysund – nogle endda flere gange. De to undtagelser har under 500 indbyggere og såfremt det var nødvendigt kunne børnene ses i Nuuk.

Som supplement til konsulentrejserne har Naja Lyberth varetaget de børnepsykiatriske/børnepsykologiske undersøgelser på Grønland resten af året, i begyndelsen som halvtidsansat i børneområdet på psykiatrisk afd. A1, DIH (den anden halvdel var helliget voksne). Siden er det blevet til en fuldtidsstilling inden for børneområdet.

Siden 1998 har konsulentrejserne været koncentrerede til regionerne, således at vi hvert år kommer en uge til Ilulissat/Jakobshavn, dækkende Region Nord, en uge til Qaqortoq/Julianehåb, dækkende Region Syd, ca. 2-4 dage til Ammassalik (Tasiilaq) – som ikke er en region, men ligger ret isoleret – og godt 10 dage til Nuuk, som alene har ¼ af Grønlands befolkning og det største antal døgninstitutioner, men i øvrigt dækkende Region Midt. Det vil sige at børnene og deres forældre kom til os i stedet for at vi brugte meget, „dyr" rejsetid.

Samtidigt valgte vi inden rejserne, at visitere alle henviste børn, således at kun børn med rimelig mistanke om egentlig børnepsykiatrisk problematik kom til undersøgelse. Hvis undersøgelsesbehovet f.eks. med hensyn til neuropsykologisk udredning vurderedes for stort, kunne vi vælge at lade Naja Lyberth undersøge barnet i Nuuk, hvor tidspresset ikke var/er helt så stort.

Der blev derefter afsat ½ dag til undersøgelse af et nyhenvist barn og 1-1½ time til kontrolbørn.

Undersøgelserne foregår nu meget koncentreret. Vi begynder med anamneseoptagelse, det tager tid, da der skal oversættes. Men oversættelsen giver mig god lejlighed til at iagttage barnet og evt. forældre-barn samspil. Når der tales et sprog, man overhovedet ikke forstår, bliver man ikke fristet til at lytte og kan koncentrere sig om noget andet. Når anamneseoptagelsen er færdig, diskuterer Naja Lyberth og jeg, hvad vi mener, det kan dreje sig om og foreslår (få,) relevante undersøgelser. Da der er en næsten katastrofal mangel på skolepsykologer er meget få børn intelligenstestet i forvejen. Så vi begynder ofte med en WISC-III test. For det meste kun handleprøver og enkelte af de sproglige prøver. Den sproglige del er ikke standardiseret til grønlandske børn, jf. deres sproglige udvikling – og desuden kan delprøven „ordforståelse" ikke bruges pga. sprogets opbygning. I spørgsmålet kommer man til at forklare betydningen. Men med det vi *kan* lave, får vi sammen med det kliniske indtryk af barnet ofte et indtryk af intelligensniveau og eventuelle specifikke vanskeligheder respektive opmærksomhedsforstyrrelse. Man får usædvanlig mange oplysninger

ved at overvære/deltage i en testsituation. Det er i øvrigt kutyme, at forældrene, hvis de ønsker det, er med under undersøgelsen. De skal forholde sig i ro – og det gør de for det meste. Det er vores erfaring at de allerfleste børn er mere trygge og yder deres bedste, når forældrene er der.

Efter intelligenstestningen supplere vi med delprøver fra Luria, NEPSY (neuropsykologisk undersøgelse af børn) eller DEP (dansk evneprøve) – det er ikke mit område, men jeg kender efterhånden lidt til det. Hvis der er mistanke om opmærksomhedsforstyrrelse, har vi indtil i år måtte lide på anamnese, klinisk indtryk og evt. opmærksomhedsindekset fra WISC-III samt evt. d2-test, men nu har vi TOVA (Test of Visual Attention) med på bærbar computer og det er i tvivlstilfælde en virkelig hjælp. De sidste par år har den ellers kun været tilgængelig på stationær pc'er hos Naja Lyberth på DIH.

Er der tale om et barn med gennemgribende udviklingsforstyrrelse lægges vægten mest på klinisk vurdering og evt. Francesca Happés Strange Stories eller andre relevante empatiprøver. ADOS kan ingen af os (endnu), men den er også i denne sammenhæng for tidrøvende og kompliceret at rejse rundt med.

Drejer det sig om et barn med mistænkt emotionelle vanskeligheder, hvor forældre-barn relationen kan betyde noget afgørende, kan vi foretage relevante projektive prøver (CAT, Michigan, TAT eller Rorschach), men da beder vi selvfølgelig forældrene om at gå.

De fleste børn tegner spontant, mens vi optager anamnese, men vi kan supplere med „tegn-et-menneske" og lignende mere projektive tegninger.

Når relevante undersøgelser er foretaget, beder vi om ro i ca. ½ time for at gøre undersøgelserne op. Det kan kun gøres så hurtigt/effektivt fordi Naja Lyberth er meget dygtig til løbende at gøre WISC delprøverne op (jeg bistår lidt) og fordi vi hele tiden løbende har kunnet konferere. Vi kender begge alle præmisser.

Til slut forelægger vi resultaterne for forælderen(e) og det er ofte givende og let, fordi de har overværet prøverne. Der er ikke noget hokus pokus ved det. Vi kan foreslå eventuelle behandlingsmuligheder - og det kan jo godt tage lidt tid at forklare (med oversættelse). Det overlades så til lokalsygehuset at sætte barnet i f.eks. Ritalinbehandling efter vores instrukser eller til socialforvaltningen og PPR at støtte et barn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser og sørge for konsulentbistand.

Endelig dikteres en tilsynsrapport. Det er mit job at formulere en mindre erklæring med henvisningsårsag, anamnese, undersøgelsesfund, diagnose og behandlingsforslag på maks. 2-3 A4 sider. Den sendes efter aftale med forældrene til lokalt sygehus, med kopi til rådgivningslærer ved barnets skole, PPR, og

evt. socialforvaltningen. Alt inkl. diktering kan/skal gøres på 3½-4 timer.

Kontrol af f.eks. opmærksomhedsforstyrrede børn i Ritalinbehandling eller børn hvis sproglige eller anden udvikling, vi gerne vil følge og derfor har undersøgt før, tager ikke så lang tid. Vi når rigtig mange undersøgelser – godt 50 børn om året, heraf ca. 40% nye, men kun i kraft af den begrænsede tid vi er afsted (2 x højst 15 dage inkl. rejser) og fordi vi ikke forstyrres af telefoner, konferencer og andet „uvedkommende".

Den løbende konsulentfunktion var ment som en rådgivende funktion omkring børn med børnepsykiatrisk problematik eller hvor der var mistanke om en sådan. Den kunne ydes til sundhedsvæsenet, dvs. distriktssygehusene eller til skolevæsen og socialforvaltning. Selv om der blev sendt orientering ud herom til alle distriktssygehusene og vi brugte enhver lejlighed til at nævne det under konsulentrejserne, var det ikke meget brugt i begyndelsen.

Det er stadig svært med den direkte henvendelse fra de ofte meget skiftende (vikarierende) distriktslæger, og det samme gælder PPR og socialforvaltninger. Til gengæld bruges det meget af Naja Lyberth som kompensation for den fagligt ensomme position, hun sidder i. Der bliver konfereret livligt pr. e-mail, fax og telefon. Mange af „kontrolbørnene" bliver fulgt via Naja Lyberth, som uanset hvor i landet barnet bor, kan have en form for løbende psykologisk kontakt med forældrene via e-mail eller telefon – og kan formidle spørgsmål om medicin og lign., som hun ikke selv umiddelbart kan svare på, til undertegnede. Desuden henvises i løbet af året en del børn direkte til hende (som den eneste børnepsykolog på psykiatrisk afd.). Undersøgelserne konfereres altid med mig, og om nødvendigt ser jeg barnet ved næste konsulentrejse.

Alle tilsynsrapporter og undersøgelser findes i original på det lokale distriktssygehus og i kopi såvel på Psykiatrisk afd. A1, DIH, som på Bispebjerg Hospital. For at holde styr på alle henvendelser imellem konsulentrejserne (som nævnt ovenfor) fører jeg en slags logbog (kontinuationsforside) med dato og bilagsnr. for de forskellige e-mails mv.

Med et land af Grønlands størrelse og de transportmæssigt store – og dyre – afstande er opfølgning og behandling ret kompliceret. Det går til nød med kontrol af den medicinske behandling – den kan distriktssygehusene varetage, men al terapeutisk behandling må man ofte afstå fra undtagen i Nuuk, hvor Naja Lyberth kan tage et begrænset antal børn og familier i terapi.

Hvad angår pædagogisk støtte til børn i daginstitutioner og skole er der bevillingsmæssigt en stor velvilje, vanskeligheden er at finde kvalificerede støttepersoner – som bliver! Der er en stor udskiftning.

Formelt findes der én døgnbehandlingsinstitution i Grønland, Meeqqat Illuat (Børnenes hus). Den ligger i Nuuk lige ved siden af DIH og har eksisteret i mange år. De modtager børn med adfærdsforstyrrelser og ofte omsorgssvigt, de er meget dygtige og har gode behandlingsmæssige resultater. Ventelisten er lang!

Men alle børnehjem – der er to i Nuuk og et i næsten alle byer – laver et rigtig godt behandlingsmæssigt arbejde selvom forholdene rent personalemæssigt ofte er dårlige. Dels mangler landet samlet 200 pædagoger. De uddannes i Grønland, men de færdiguddannede vil ofte hellere være ansat i daginstitutioner end i døgninstitutioner, dels er det nødvendigt at importere pædagoger fra Danmark med de sprog- og kulturproblemer det giver. Endelig har det enkelte børnehjem mange børn med forskellig problematik sammen.

Der blev bl.a. efter anbefaling af mig i midten af 1990'erne oprettet en døgninstitution i Nuuk for autister. Men den måtte desværre lukke for knap to år siden pga. personalemangel. I stedet findes der nu under Socialdirektoratet en på landsplan rådgivende konsulentfunktion.

Det var i samarbejdsaftalen bestemt, at jeg skulle planlægge tværfaglige kurser i børnepsykiatri, som Centret for Sundhedsuddannelser i Nuuk så skulle arrangere. De begyndte i 1996 i Ilulissat/Jakobshavn og blev – når jeg selv skal sige det – en stor succes. Hvert kursus bestod af 2 delkurser, der lå forår og efterår og varede 5 dage hver. Det første handlede om barnets normale udvikling, fejludviklinger, forstyrrelser i mor-barn kontakten, omsorgssvigt, tilknytningsforstyrrelser, alkoholiserede familier og småbørn inkl. FAS og psykisk syge mødre/forældre. Det andet handlede om adfærdsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser/hyperkinetisk syndrom, autisme og Aspergers syndrom, tics, tvangssymptomer, sorg-krisereaktioner og mental retardering. Jeg havde 1-2 kolleger med fra Danmark og selvfølgelig suppleret med Naja Lyberth eller en psykologvikar for hende. Desuden blev de kursusdeltagere, der repræsenterede de gode døgninstitutioner, bedt om at holde oplæg om den socialpædagogiske behandling de udøvede i det daglige. Kurserne løb frem til 1999 hvor vi sluttede i Tasiilaq/Ammassalik.

Kurserne var givende på den måde, at de professionelle, der var tæt på børnene, nu vidste, hvad de skulle se efter. Før vi holdt kurser havde vi meget få henviste med gennemgribende udviklingsforstyrrelser og opmærksomhedsforstyrrelser. Men det er blevet bedre og diagnosefordelingen har ændret sig fra mange (især piger) med sorg-krisereaktioner og emotionelle forstyrrelser og få eller ingen autister eller hyperkinetisk syndrom samt relativt mange med tilknytningsforstyrrelser til den fordeling vi ser i Danmark og andre vestlige lande.

Oprindelig gjaldt samarbejdsaftalen kun børn, på BBH var vi stadig i 1993 „kun”

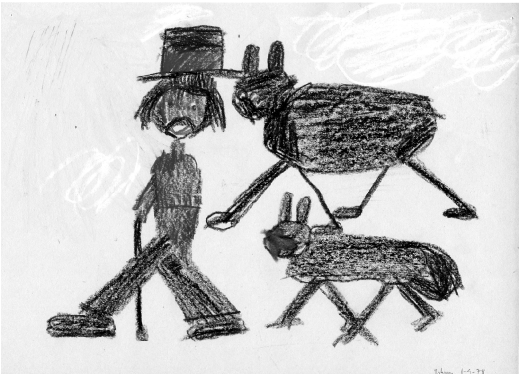
én børnepsykiatrisk afdeling. På konsulentrejserne afviste vi ikke unge, men det var primært børnene vi tog os af. Det grønlandske sundhedsvæsen havde på daværende tidspunkt en aftale med Vordingborg Sygehus om indlæggelse af akut/alvorligt psykisk syge unge.

Efter nogle turbulente år uden pladser til unge med behov for indlæggelse – efter nedlæggelse af Vordingborg – er der for nyligt lavet aftale med Psykiatrisk Hospital i Risskov om en erstatning for Vordingborg omkring voksne – og unge.

Desuden er der for et par år siden etableret et par ugers ungdomspsykiatrisk konsulentfunktion/-rejse til Nuuk og der er ansat en grønlandsk psykolog til parallelt at varetage ungdomsområdet.

Det er sjældent, at børn bliver indlagt hernede til undersøgelse, men det er med i samarbejdsaftalen, at det kan ske. Ofte er de sproglige og kulturelle forhold dog så forvirrende og forskellige, at det næppe har den hjælpefunktion, som er meningen. Børnene kan om nødvendigt indlægges på Børneafdelingen på Dronning Ingrids Hospital eller, som vi i mange år formelt har forsøgt at få etableret, placeres kortvarigt på Observations- og behandlingshjemmet.

Det har været spændende og en udfordring at forsøge at opbygge en børnepsykiatrisk service i Grønland. Det synes i tiltagende grad som om kontrol og nye undersøgelser rigeligt fylder de nuværende rammerne for konsulentrejserne, så med tiden ville det være godt at kunne øge rejsetiden og dele området med andre børnepsykiatriske konsulenter. På længere sigt ville det ideelle være en grønlænder som fast børne-ungdomspsykiater i Nuuk. Men indtil da kunne man forestille sig en distriktssygeplejerske knyttet til Naja Lyberths funktion – og endelig de ovenfor omtalte 1-2 pladser på Observations- og behandlingshjemmet Meeqqat Illuat.



Børne- og ungdomspsykiatrien set fra speciallægepraksis

Anna Koch

Verdens bedste praksisspeciale!

En gang for længe, længe siden ...

Da jeg i 1974 begyndte som landets første heltidspraktiserende børnepsykiater, kunne man som speciallæge nedsætte sig, hvornår og hvor man ville. Specialet havde dog ikke egen overenskomst med sygesikringen; men børnepsykiatere kunne tilmelde sig den for voksenpsykiatere gældende overenskomst. Denne aftale var absolut ikke udformet eller velegnet til arbejdet i en børnepsykiatrisk praksis.

Desuagtet foretrak jeg at springe ned fra børnepsykiatriens elfenbenstårn, bort fra de utællelige teammøder og konferencer, for ude i marken at afprøve egne kræfter, mine kliniske erfaringer og hermed finde en arbejdsform egnet for børnepsykiatri i speciallægepraksis.

Den gang var det den almindelige opfattelse blandt kollegerne, at man kun kunne arbejde som børnepsykiater, hvis man havde et tæt, dagligt samarbejde med en psykolog, en socialrådgiver, en sygeplejerske og en specialpædagog. Mange kolleger gav desuden udtryk for, at de bestemt ikke mente, børnepsykiatriens arbejdsform egnede sig til speciallægepraksis. Sygesikringen havde samme opfattelse. Men sygesikringen mente den gang for øvrigt også, at hele psykiatrien slet ikke hørte til blandt de praksisrelevante specialer, til trods for at der i ganske mange år havde været mange voksenpsykiatere i egen, velfungerende speciallægepraksis. Det var således en stor udfordring, at ville begynde at praktisere som børnepsykiater med et 0-ydernummer. Jeg fik heldigvis en virkelig god støtte i de praktiserende voksenpsykiatere, der var mig en uvurderlig hjælp i den første, usikre periode. Jeg er dem derfor megen tak skyldig!

Endelig egen overenskomst

I 1991 fik børnepsykiaterne så deres egen overenskomst med sygesikringen. Der forhandledes med det sigte, at honoreringen for ydelserne skulle være så tilpas høj, at en praktiserende børnepsykiater kunne have en bæredygtig økonomi. Overenskomsten skulle desuden være så rummelig og tillokkende, at unge speciallæger kunne få lyst til at anvende deres kunnen og erfaringer ved denne form for arbejde. En speciallægepraksis skulle således ikke kun være et økonomisk supplement til pensionerede overlæger med en hospitalspension i

ryggen.

Desuden var det hensigten, at der ved honoreringen blev taget hensyn til tidsforbruget ved de forskellige former for ydelser. Man satsede på, at en børnepsykiater i sin praksis skulle kunne anvende netop den uddannelse, de specielle erfaringer, de tanker og ønsker, som vedkommende havde for sit fremtidige arbejde. Overenskomsten kom til at omfatte honorering af legeterapi til små børn, individuel terapi til større børn, terapi med en voksen og et barn, forældrene alene i terapi samt familieterapi.

Men der manglede stadig noget!

Ved de hidtidige forhandlinger med sygesikringen har det ikke været muligt at få en aftale om en landsdækkende honorering af det nødvendige samarbejde med de forskellige instanser, såsom skoler, børnehaver, sociale myndigheder eller andre, som har haft eller stadig har med barnet og familien at gøre.

Samarbejdets vanskelige/umulige kunst

I de første år oplevede jeg et virkelig godt samarbejde med flere forskellige psykologer, socialrådgivere og lærere, når der var en sag med behov for en fælles indsats. Efterhånden er det blevet tiltagende svært at få dette samarbejde til at fungere tilfredsstillende. Måske skyldes det blandt andet en med årene forøget kassetænkning. Det kan koste kommunekassen penge at skulle anmode om samarbejde med en praktiserende speciallæge. Sagsbehandlerne disse steder foretrækker derfor ofte et „gratis" samarbejde med hospitalsafdelingerne, hvor pengene til speciallægerne kommer fra en anden pengekasse.

I øvrigt har jeg hørt hospitalslæger klage over, at de nu også hyppigere har problemer med samarbejde med disse instanser.

Som eksempel på en sag med et virkelig dårligt eller snarere fuldstændig manglende samarbejde mellem socialforvaltning og speciallægepraksis, kan jeg nævne et tilfælde, hvor et børneudvalg i en kommune bestemte sig for at tvangsfjerne alle 3 børn i en familie. Familien var i godt et halvt år kommet til en meget vellykket familieterapi i min praksis. Forældrene havde fået en god selvindsigt i egne mekanismer og samspilsmønstre. De var kommet godt i gang med at finde familiens mulige ressourcer til løsning på problemerne. Især moderen havde fået det psykisk langt bedre og var kommet til at fungere langt mere hensigtsmæssigt i forhold til børnene. Hun havde taget forældreorlov og kunne således være hjemmegående i nogle måneder og specielt være mere sammen med den yngste dreng på 2 år. Han var følgelig kommet i langt bedre trivsel, han udviklede sig virkelig godt psykisk og havde det somatisk langt bedre. I hendes orlovsperiode undgik han at komme i den vuggestue, hvor han var ble-

vet smittet med gentagne luftvejsinfektioner.

Medvirkende til beslutningen om tvangsfjernelsen var en over et år gammel rapport, som hovedsagelig bestod af skriftlige indberetninger fra skole og vuggestue. Skrivelserne indeholdt alvorlige bekymringer for familien og var formentlig tænkt som pression for at få familien til at opsøge den nødvendig støtte. Der blev ved afgørelsen i børneudvalget ikke taget hensyn til, at familien så siden selv havde søgt hjælp andet sted og følgelig nu var langt bedre psykisk fungerende.

Børn glemmer aldrig, at de er blevet tvangsfjernet. Mange børn oplever ved fjernelsen, at de selv har været grund til og skyld i familiens problemer, fordi de ikke har været „artige" nok. Det kan skade deres hele udvikling i meget lang tid. Det er desuden en hård belastning for de fjernede børn at skulle skilles fra forældrene, skifte miljø, skole og kammerater. Er det de fjernedes til bedre end det, de fjernedes fra?

Alene i den store verden?

Kolleger har fortalt mig, at de kunne frygte, at man ved at nedsætte sig i praksis ville være meget alene med sine problemer.

Almindeligvis er man ikke mere alene, end man selv ønsker at være.

Der er virkelig mange muligheder for at være sammen med kolleger, både i faglige sammenhænge, ved undervisning af forskellig art, videreuddannelseskurser og i festlige sammenkomster. Der er altid brug for speciallæger, der vil gå ind i fagpolitik, hvor børne- og ungdomspsykiaterne har stor goodwill og megen forståelse fra de andre speciallægers side.

Flere af de nu praktiserende børne- og ungdomspsykiatere har fundet sammen i selvvalgte grupper. De mødes regelmæssigt til gensidig støtte og udveksling af erfaringer. Det er en god måde at få opbakning på.

Visiteringens kunst

Som børne- og ungdomspsykiater med en lang klinisk erfaring, synes jeg, at man for det meste ret hurtigt er i stand til at vurdere, hvor meget det haster at komme i gang med behandlingen af patientens psykiske lidelse. En sådan vurdering kan almindeligvis gøres i løbet af en forholdsvis kort telefonsamtale med den af forældrene, der ringer op for at bestille tid. Selvfølgelig haster det altid set med forældrenes øjne. Men bare det at have mulighed for at tale med en specialist, som vil lytte kvalificeret til deres bekymringer, synes at lette forældrenes angst for barnets fejludvikling. Har jeg været det mindste i tvivl, er familien selvfølgelig kommet hurtigt til første, orienterende samtale.

I nogle tilfælde er det selvfølgelig helt afgørende at komme hurtigt i gang med undersøgelse og behandling. Jeg har for eksempel flere gange modtaget anoreksi-piger, der kun havde været dårlige i nogle få måneder, inden omgivelserne reagerede, og forældrene følgelig skaffede en henvisning til mig. Patienten og familien har for det meste kunnet komme til den første konsultation i løbet af et par dage, senest inden for en uge.

I praksis kan man således opnå at se psykisk lidende børn og unge forholdsvis tidligt i sygdomsforløbet. Ingen er vel i tvivl om, at det er vigtigt at komme tidligt i gang med en nødvendig psykoterapi, noget der kan forhindre, at lidelsen udvikler sig til at blive mere fastlåst og vanskeligere at behandle.

Mange forældre har fortalt mig, at de foretrækker, at deres barn bliver henvist til en praktiserende speciallæge. Forældrene håber på, at patienten herved kan komme før til undersøgelse og behandling. Desuden er der stadig mange, som synes, det er nedværdigende og flovt, at man ikke selv har kunnet opdrage sine børn, så børnene undgik at udvikle en psykisk lidelse. Nogle forældre har sagt, at det virker mere anonymt og mindre belastende at komme til undersøgelse og behandling i en speciallægepraksis frem for at skulle møde op på et hospital.

Mere samarbejde

Jeg kunne ønske, at der var et langt bedre samarbejde hen over den næsten uoverstigelige mur, der synes at være mellem hospitalsafdelinger og speciallægepraksis! Jeg har ofte fået det indtryk, at speciallægepraksis er helt usynlig eller slet ikke eksisterende, når specialet bliver omtalt i presse, i radio eller i fjernsyn. Det virker, som om kollegerne på hospitalerne fuldstændig glemmer eller fortrænger eksistensen af speciallægepraksis, både når der er tale om patientbehandling, opgørelse af behandlingsresultater, planlægning af specialets fremtid og undervisning af kommende speciallæger. Det er min opfattelse, at de hospitalsansatte børne- og ungdomspsykiatere ved alt for lidt om forholdene i speciallægepraksis. Så min måske irriterende „vane" med i mange sammenhænge, gentagne gange at huske disse kolleger på eksistensen af speciallægepraksis synes stadig at være yderst relevant.

Men selvfølgelig har der også været svære sager

Arbejdet i praksis er naturligvis ikke altid lige let og problemfrit, og det kan ofte være svært at lægge problemerne bag sig, når man tager hjem fra sin praksis. En af de mest belastende sager, jeg har haft, var en sag med en familie, der udeblev uden afbud efter i et stykke tid at have gået i familieterapi. Da jeg ikke hørte fra dem, skrev jeg til familiens egen læge om mit terapiophør. Derefter fik jeg af lægen at vide, at faderen havde dræbt moderen og de to børn, hvorefter han tog livet af sig selv. Jeg havde ikke haft den mindste mistanke om, at noget

sådant kunne hænde i denne, psykisk ikke specielt dårligt fungerende familie.

Hvad skal der til, og hvordan er det at være praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri?

Det kræver i hvert fald, at man har et virkelig godt helbred. Man kan dårligt tillade sig at være syg. For sygefravær laver uvægerligt kuk i kalenderen og skubber problemerne og patienterne ud i den uvisse fremtid. For ingen andre kan tage over for en.

I børne- og ungdomspsykiatrisk praksis skal man selvsagt altid være på toppen i sit eget speciale. Men det er også vigtigt at kunne tilstrækkelig voksenpsykiatri, da patientens forældre ofte er psykisk lidende eller tidligere har været det. Selvfølgelig skal man kende til børns somatiske lidelser, fordi især en kronisk børnesygdom kan influere stærkt på patientens psykiske tilstand. Man bør desuden vide nok om forældrenes eventuelle, somatiske lidelser, der i høj grad præger familiens hele funktion.

Jeg har for øvrigt ofte oplevet, at patienternes psykiske lidelser ikke passer helt ind i vedtagelserne i diagnoselisterne!

Det er et job med indbygget dramatik og mange spændende og udfordrende opgaver. De daglige oplevelser i klinikken overstiger ganske de dramatiske hændelser, man kan tilegne sig ved at læse kriminal- og familieromaner eller gå i teateret og i biografen.

Det er meget tilfredsstillende, at man som praksisspeciallæge kan bruge så meget af sin arbejdstid på det, man bedst kan lide og mest er uddannet i, nemlig klinisk arbejde i børne- og ungdomspsykiatrien.

Man kan lære utrolig meget af sine patienter, og man har i praksis mulighed for at behandle virkelig mange patienter og familier. Siden jeg begyndte i praksis, har jeg haft mere end 4000 patientfamilier til undersøgelse og behandling.

I øvrigt vil jeg selv hellere flyve med en erfaren pilot fremfor en, der har lært kunsten at flyve ved at læse bøger herom!

Arbejdet i en speciallægepraksis er kort sagt meget udfordrende, krævende, spændende, afvekslende, tilfredsstillende og lærerigt. Man har en uvurderlig og forunderlig frihed til selv at kunne bestemme sin arbejdsdags længde og indhold, sine ferier og fridage. Så hvis man godt kan lide at have 100% ansvar for patienter, personale og penge, er børne- og ungdomspsykiatrien verdens bedste praksisspeciale.

Psykofarmaka til behandling af børn og unge i børnepsykiatrien

Per Hove Thomsen

Kan man give nervemedicin til børn? Kan børn virkelig blive så syge, at de skal have nervemedicin? Ja, anvendelsen af psykofarmaka til børn og unge er et stærkt forkætret emne. Det berører os følelsesmæssigt og det er, ligesom pædagogikken i den danske folkeskole, noget vi alle har en mening om, lægmænd som professionelle.

Heldigvis er den ophedede debat og skyttegravskrig mellem fortalere og modstandere af psykofarmakologisk behandling (som en nødvendighed og en mulighed til visse børn) i de seneste år gradvist erstattet af en sober dialog. En holdningsændring, også blandt professionelle, i takt med at en erkendelse af biologiens rolle og neuropsykiatriens placering i dansk børne- og ungdomspsykiatri har gjort sit.

Efter denne svada skal jeg dog være hurtig med at understrege, at der bør rejses debat (det bliver der jo også!) og ses på anvendelsen af psykofarmaka med en sund skepsis. Og udviklingen i medicinforbruget må følges nøje. Der er nemlig mange interessenter i denne sag: lægen (som vil give den bedst mulige behandling), forældrene (der i højere og højere grad efterspørger medicin), lægemiddelindustrien (som har økonomiske interesser i et øget forbrug), samfundet (som skal afsætte penge til medicintilskudsordninger osv.). Holdningen til medicin har i høj grad ændret sig. Forældre, som tidligere (generelt) var meget tilbageholdende, udviser nu (generelt) en mere åben holdning over for medicin, som en af de relevante behandlingsmetoder, vi kan tilbyde deres børn.

Holdningerne i Europa til psykofarmakologisk behandling

I de fleste europæiske lande har børne- og ungdomspsykiatrien generelt og psykofarmakologisk behandling af børn og unge i særdeleshed været i fokus i medierne, ofte med en kritisk tilgang. Den begrebsmæssige basis for nogle af indikationerne, herunder især ADHD og depression, er blevet kritiseret og fremstillet som problematisk i medierne, såvel som inden for professionelle cirkler. En af bekymringerne har været, at ikke-specialister (f.eks. praktiserende læger) skulle begynde at udskrive psykofarmaka til børn, som ikke forinden har været set af en specialist i børne- og ungdomspsykiatri. Der er ikke nogen europæisk konsensus, endsige et referenceprogram (som det f.eks. foreligger fra den amerikanske psykiaterforening) for medikamentel behandling af specifikke børnepsykiatriske tilstande. Ikke desto mindre har fagfolk sat sig sammen på konferencer mhp. at opnå konsensus og udfærdige brugbare guidelines. Sund-

hedsstyrelserne i mange europæiske lande har taget tilsvarende initiativer. Journal of the European Association of Child and Adolescent Psychiatry har publiceret mange kliniske guidelines for bl.a. ADHD, depression og OCD. Disse guidelines understreger alle betydningen af en grundig og afbalanceret vurdering som inkluderer såvel interview med forældrene, interview med og observation af barnet, vurdering af udviklingshistorien baserende sig på informationer fra forskellige kilder. En multimodal intervention bliver anbefalet, i hvilken psykoedukation, forældretræning, psykoterapi og medicin fremstår som de vigtigste.

Selv om der lader til at være enighed om, at børn med mulig ADHD bør ses af en specialist, lider de fleste europæiske lande under problemet med mangel på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Dette kan enten føre til en underdiagnosticering og dermed underbehandling af børn, som kunne profitere af medicin (f.eks. for ADHD) eller på den anden side underminere det stående princip, at børn, hvor man overvejer behandling med psykofarmaka, skal ses af en specialist inden for feltet.

Hvorledes er det gået med forbruget af psykofarmaka til børn i Europa?

I løbet af de sidste 10 år er anvendelsen af psykofarmaka til børn og unge øget. Uheldigvis findes der ikke nogen central databank eller et statistisk kontor, som på pålidelig måde kan give os sikre data om det reelle forbrug. Den sidste verdensomspændende undersøgelse blev udført af WHO i 1985. Denne undersøgelse afslørede kæmpeforskelle i udskrivningen af medicin på tværs af landene. Det højeste forbrug fandtes i Skotland med 118 udskrivelser per 1000 børn, Tyskland havde 102, Finland 38 og Holland 2. Når man sammenlignede med data fra USA lå det europæiske forbrug betydeligt under. Disse forskelle landene imellem kan have flere forklaringer. Måske kan de skyldes, at man i lande med tilsyneladende højt forbrug af medicin er bedre til at diagnosticere og opspore børn, som har medikamentel behandling behov. På den anden side kan højt forbrug af medicin være symptom på utilstrækkelig udbygning af alternative behandlingsmetoder, som f.eks. psykologisk behandling, pædagogiske strategier mv.

I 2000 forsøgte man under regi af Det Europæiske Råd at vurdere udviklingen i diagnostik og behandling af ADHD. Man sendte spørgeskemaer ud til børne- og ungdomspsykiatriske hospitaler og afdelinger i 24 europæiske lande. Man spurgte, hvor hyppigt den enkelte kliniker stillede diagnosen ADHD og hvor ofte de udskrev medicin mod dette. Ud af 359 udsendte spørgeskemaer blev 119 returneret. Det giver en svarprocent på 33. Det fremgik, at medicin til ADHD generelt blev brugt sjældent. Når man anvendte medicin, blev oftest brugt centralstimulantia (88%) eller antidepressiv medicin som første- eller andetvalg

(40%). De hyppigst nævnte grunde til ikke at ordinere medicin var komorbiditet (38%), manglende motivation hos barn og familie (20%) og manglende effekt af medicin (8%).

Hvorledes er det gået med forbruget af psykofarmaka til børn herhjemme?

Lægemiddelstyrelsen har i mange år registreret oplysninger om receptudskrivninger. Herfra kan man indhente landsdækkende oplysninger om forbruget af specifikke farmaka. Indikationerne kan man dog ikke se. Tallene fra 1997 og fremefter viser en årlig stigning i antallet af børn og unge, som er i behandling med et eller andet psykofarmakon. Det totale antal af børn og unge i alderen 0-19 år, som sidste år har været behandlet med et psykofarmakon, er på 0,5% af samtlige børn og unge i Danmark, så vi er altså (heldigvis) langt fra „amerikanske tilstande". I USA behandles (i visse stater og på nogle skoler) op til 18% af samtlige skolebørn med medicin. At vi i Danmark befinder os på beskedne 0,5% er til beroligelse for de fleste og til skuffelse for mange journalister, der ringer og vil høre vores kommentarer til „de sidste stigninger" i forbruget. Der er altså ikke tale om nogen sensationel stigning i forbruget, men om en mindre, efter min opfattelse velberettiget, øgning.

Hvad dækker tallene over?

Af Lægemiddelstyrelsens tal fremgår, at der fra 1998-2003 har været en stigning i forbruget af Ritalin sv.t. ca. 170%. I alt 2899 patienter var i 2003 i behandling med stoffet, heraf udgjorde børn og unge 48% (1072 patienter). Forbruget af Ritalin i børn- og ungegruppen var størst blandt drenge fra 7 til 12 år. På trods af at flertallet af ordinationer har været til ADHD/DAMP har Sundhedsstyrelsen først nu i 2003 accepteret denne diagnose som indikation for Ritalin. I øvrigt bruges stoffet i behandlingen af narkolepsi.

Introduktionen af nyere antidepressiva, de såkaldte SSRI-præparater, har betydet en stigning i forbruget også i børne- og ungegruppen. I medierne har således kørt en debat om stigningen i forbruget af disse „lykkepiller". I modsætning til visse andre europæiske lande har debatten i Danmark egentlig været relativt afbalanceret. Der har ikke været skrækkampagner, som man har set andre steder, og en malen fanden på væggen. Dette skyldes – udover journalisternes fornuft naturligvis – formentlig, at forældre og pårørendegrupper selv overvejende har været positivt stemt over for de nye behandlingsmuligheder, som lanceringen af disse stoffer gav.

I Risskov lavede vi en mindre undersøgelse i 1985 over anvendelsen af medicin til indlagte og ambulant behandlede børn. I det år blev 202 børn henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital og 21 (10%) fik ordineret medikamentel

behandling. Ti procent af ordinationerne var centralstimulantia, 33% var antipsykotisk medicin, mens der så godt som ikke blev ordineret antidepressiv medicin til børn i alderen 0-14 år. I 2003 gentog vi undersøgelsen. Ud af i alt 320 børn i alderen 0-14 (undersøgt og udredt, ambulant eller under indlæggelse) fik 89 børn (28%) medikamentel behandling. Heraf udgjorde centralstimulantia 47%, antipsykotika 18%, antiepileptika 15% og antidepressiva knapt 13%. Det var fortsat kun ca. halvdelen af de børn, der fik diagnosen ADHD, der fik ordineret medikamentel behandling. Det viser os, at diagnosen, selv stillet i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, ikke automatisk udløser ordination af centralstimulerende medicin. Af de 15 børn, som fik ordineret antidepressiv medicin, fik 8 det på ordinationen OCD, 2 for depression.

Sidste år foretog vi desuden en undersøgelse blandt samtlige afdelinger i Danmark mhp. at få belyst forbruget af antidepressiva. Vi sendte spørgeskemaer til alle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og praktiserende speciallæger. 29 af 32 returnerede spørgeskemaerne. Vi fandt, at 382 patienter (152 drenge) i alderen 0-19 år var i behandling med antidepressiv medicin. Dette skal tages ud af et samlet tal på 4890 børn og unge, som på skæringsdatoen var i behandling på en børne-/ungdomspsykiatrisk afdeling. Det svarer således til omkring 8% af alle børn og unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, der på en given dag blev behandlet med antidepressiv medicin. Den hyppigste indikation for ordination af antidepressiva var i aldersgruppen under 14 år OCD (hyppigst drenge) og i aldersgruppen fra 14 til 19 år hyppigst depression (oftest piger).

Det øgede fokus på medikamentel behandling har givet anledning til udarbejdelse af vejledende retningslinjer. Således er fra Sundhedsstyrelsen udkommet vejledende retningslinjer for anvendelsen af psykofarmaka generelt til børn og unge. Det pointeres heri, at børn og unge, som overvejes igangsat med medikamentel behandling med antipsykotika eller antidepressiva eller centralstimulantia, bør vurderes af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller andet relevant speciale (neurologi eller pædiatri). Desuden er fra Dansk Psykiatrisk Selskab udkommet guidelines eller vejledende retningslinjer for brug af stemningsstabiliserende medicin, nogle retningslinjer, hvor også anvendelsen til børn og unge beskrives. Lignende vejledende retningslinjer fra Dansk Psykiatrisk Selskabs side er på vej vedrørende brug af antidepressiva. Tidligere er udkommet vejledende retningslinjer for antipsykotika.

Hvad har vi dokumentation for, når det handler om medicinens virkning?

Undersøgelse af psykofarmakas effekt har især i sammenligning med voksenpsykiatriske patienter været sparsom. Det bedst undersøgte (i øvrigt blandt alle pædiatriske præparater) er Ritalin/Amfetamin til brug for børn med hyperkinetisk syndrom/ADHD. Over 6000 børn fra førskolealderen til ungdomsårene har

indgået i placebokontrollerede og randomiserede undersøgelser af denne medicins virkninger og bivirkninger. Konklusionerne på alle disse undersøgelser er, at Ritalin/methylphenidat er effektivt til de fleste børn med hyperkinetisk forstyrrelse, i hvert fald på kort sigt. Vi mangler dog fortsat viden om effekten på lang sigt, på barnets sociale funktion, uddannelsesniveau, livskvalitet og så videre. Undersøgelserne viser relativt lav placeboeffekt (altså den psykologiske effekt af „snydetabletter") på de hyperkinetiske opmærksomhedsmæssige symptomer.

De fleste undersøgelser har inkluderet „rene" hyperkinetiske børn; altså i vidt omfang „renset" for komorbide tilstande såsom Tourettes syndrom, angst, OCD osv. Dette har man selvfølgelig gjort for specifikt at analysere effekten på børnenes hyperkinetiske symptomer. Men denne udvælgelse betyder samtidig, at patienter fra den virkelige verden, som vi ser og behandler i daglig klinisk praksis, og med de mange forskellige symptomer og problemer de måtte have, ikke er særlig godt beskrevet i undersøgelserne. I designet af fremtidige undersøgelser ligger således en udfordring i i højere grad at undersøge børn med forskellige komorbide tilstande, forskellige grader af sociale og kontaktmæssige vanskeligheder mv.

Der foreligger også dokumentation for effekten af de nyere generationer af antidepressive midler, herunder især SSRI-præparater til OCD, i mindre grad depression, og visse angsttilstande. Bortset fra OCD er der ved disse tilstande oftest tale om en høj placeboeffekt i undersøgelserne. Dette betyder, at forskellen mellem effekten af den virksomme medicin og placeboen er mindre (målt i procent), men, når man konkluderer en medicins virkning, dog stadig statistisk signifikant.

Især brugen af Ritalin og SSRI-præparater har været fulgt, såvel fra mediernes som fra politikernes side, og man må konkludere, at anvendelsen af dem til de tilstande, som er ordentligt belyst, er veldokumenteret.

Antipsykotika er kun i ringe grad undersøgt på børn. Der foreligger nogen dokumentation af effekten over for Tourettes syndrom samt impulsiv, aggressiv adfærd. Hos unge er der endvidere lavet undersøgelser til belysning af antipsykotisk effekt ved psykotiske tilstande, herunder især skizofreni.

Medicin må aldrig blive brugt som sovepude eller en erstatningsbehandling for andre, relevante (og i flere tilfælde tilstrækkelige) behandlingsindsatser. Social belastning, familiær disharmoni, mobning i skolen, for få lærerkræfter i skolen og lignende er ingen indikation for medikamentel behandling. Psykiske, belastende symptomer som invaliderende angst, hallucinationer og vrangforestillinger, anmassende tvangstanker og abnorm og forstyrrende hyperkinesi eller

tics kan derimod afhjælpes med medicin.

Der er brug for fortsat forskning i at udvikle specifikke medikamenter med så få bivirkninger som muligt. Endvidere har vi brug for undersøgelser af, hvorledes medikamentel behandling kan supplere psykoterapeutisk og psykosocial intervention og omvendt.

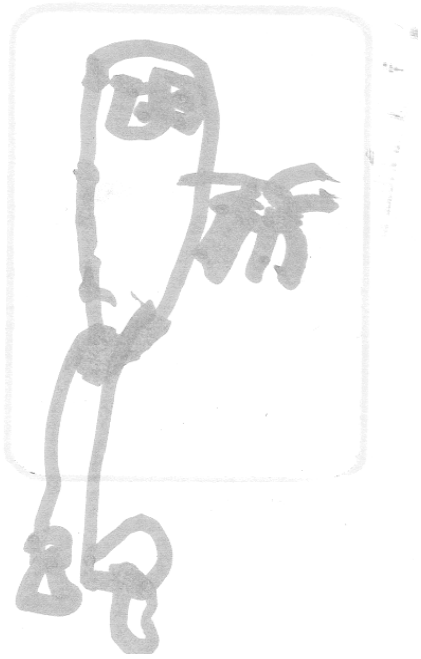
Litteratur:

Nissen JB, Thomsen PH. Brug af psykofarmaka til børn henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov i 1998. Ugeskrift for Læger 2003;165:1137-1141.

Thomsen PH, Mikkelsen JH. Brug af psykofarmaka, antiepileptika og centralstimulantia på en børnepsykiatrisk afdeling. Ordination til henviste børn i 1983 på Psykiatrisk Børnehospital, Risskov. Ugeskrift for Læger 1986; 148:1700-1702.

Thomsen PH, Kurita H. International perspectives. In: Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF (eds) *Pediatric psychopharmacology*. Oxford University Press, Inc., New York, 2002, pp 746-755.

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler. København, 2000.



Forskning i dansk børne- og ungdomspsykiatri

Per Hove Thomsen

Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark glimrede i mange år ved sin meget sparsomme forskning. Jeg kan huske min egen debut som forsker og „journalfinder" i Risskovs støvede journalarkiver som led i en undersøgelse af tidligere patienter med OCD. Velviljen over for en ung og grøn forskerspire var stor, mulighederne for forskningsstøtte og vejledning mere begrænset. Heldigvis har mange ting og forhold ændret sig siden da, og spirende såvel som mere etablerede forskermiljøer er skabt flere steder i landet.

Strukturen og finansiering af forskningen

Den tidlige forskning i faget skete især med udgangspunkt i afdelingerne på Rigshospitalet ved professor Kai Tolstrup og Børnepsykiatrisk Hospital i Risskov ved såvel Birte Høeg Brask som Ingelise Sillesen og Niels Hansen. På Rigshospitalet fokuseredes især på forskning i spiseforstyrrelser (bl.a. omfattet af Kai Tolstrups disputats) og i Risskov især i neuropsykiatriske tilstande, gennemgribende udviklingsforstyrrelser og kromosomdefekter samt børn med blandede tilstande, bl.a. enkoprese. I mange år var professoratet ved Rigshospitalet Danmarks eneste. Da Kai Tolstrup pga. alder lod sig pensionere fra sit professorat i 1992 stod dette ubesat frem til år 2000, hvor Tove Aarkrog tiltrådte for en kortere årrække. I Århus dannedes i 1997 et forskningsafsnit bestående af en forskningsleder (halv speciallægestilling), en halvtidsansat forskningspsykolog og en 20 timers sekretærstilling. I 1998 oprettedes det professorat i børne- og ungdomspsykiatri ved Aarhus Universitet, som undertegnede sidder i. I Odense er bevilget et professorat til senere opslag samt oprettet et forskningsafsnit her i år 2003. Så det går fremad!

Den stigende erkendelse, såvel i som uden for egne rækker, af at børne- og ungdomspsykiatrien som et akademisk, lægevidenskabeligt fag skal forske for at opretholde og øge sit akademiske niveau sammenholdt med den øgede politiske bevågenhed på børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark generelt (og forståelsen i såvel politiske som administrative rækker af forskningen som absolut nødvendig) har gjort sit. Jeg havde ikke troet, da jeg startede i speciallægeuddannelsen i 1988, at jeg skulle komme til at arbejde i et fag, der blev så politisk interessant og mediemæssigt så omdiskuteret. Dermed dog på ingen måde sagt, at problemerne med finansieringen af forskning er løst! Det er den så langt fra! En stor del af den aktive forskers hverdag går med alt andet end det projekt, man nu har kastet sig over. Man skal nemlig også bruge meget tid på at

få finansieret sin forskning, enten via ansøgninger til de mere eller mindre offentlige kasser såsom Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, universiteternes forskellige fonde mv., dels til private fonde, som støtter forskning på forskellig måde. Når det drejer sig om finansiering af forskning må man endvidere forholde sig til den stigende grad af industrisponsoreret forskning. Fra andre lægevidenskabelige specialer, og andre universitetsområder i øvrigt, kendes samarbejde mellem industrien og forskningen. For børne- og ungdomspsykiatrien er dette et relativt ubetrådt, og i hvert fald sårbart område. Min holdning til samarbejde med lægemiddelindustrien om udvikling af nye og relevante farmaka til børn er, at man må gå til et sådant samarbejde med en sund skeptisk holdning. Det er vigtigt, at man som forsker fastholder hvad fokus for forskningen er, hvilke ting man ønsker at undersøge osv. og ikke lade forskningen dirigere af lægemiddelindustriens interesser. På den anden side må vi erkende, at udviklingen af nye (mere specifikke, mindre bivirkningsprægede, forhåbentlig mere effektive) psykofarmaka er et område, som lægemiddelindustrien totalt dominerer. Er vi således interesseret i at udvikle nye medicinske behandlingsmetoder, som vi kan tilbyde de børn vi modtager til behandling, er det nødvendigt med et fornuftigt samarbejde.

Forskningens fokus og indhold

Forskningens indhold og fokus i Danmark har i høj grad været det kliniske (både den kliniske fænomenologi og epidemiologi). Danmark har kunnet præstere nogle spændende, også i international sammenhæng, kliniske beskrivelser og forløbsundersøgelser af bl.a. spiseforstyrrelser, OCD, og i de seneste år også af ADHD/DAMP og infantil autisme. Denne kliniske forskning har været – og er – væsentlig for vores forståelse af psykopatologi, diagnostisk klassifikation og giver os nyttig viden om prognosen for de børn og unge vi modtager til udredning og behandling.

De senere år er forskningen i epidemiologi øget (altså undersøgelser af, hvor hyppig forskellige tilstande er i befolkningen), herunder har vi også fokuseret på den kausale epidemiologi (dvs. hvilke risikofaktorer kan identificeres for udvikling af forskellige tilstande, såvel biologiske, psykologiske som sociale). Afklaringen af hyppigheden af forskellige psykiske lidelser hos børn og unge kan hjælpe os til at skønne over antallet af behandlingskrævende børn og bidrage til planlægningen af den nødvendige service. Den kausale del af epidemiologien giver mulighed for planlægning af forebyggende indsats, dels generelt over for uspecifikke risikofaktorer, dels i specielle risikogrupper (f.eks. børn af psykisk syge, børn som er for tidligt født, eller børn som har haft en specifik belastning under graviditeten eller lignende). En hidtil forsømt del af forskningen i børne- og ungdomspsykiatrien, ikke blot i Danmark, men på globalt plan, er behand-

lings- eller interventionsforskning.

På trods af at vi arbejder i et fag med ekstrem megen teoridannelse, beskrivelse af årsagssammenhænge (eller forsøg på sådant) og forsøg på indkredsning af relevante biologiske, psykologiske og sociale faktorer, er størstedelen af vores daglige behandlingsindsats udokumenteret! I disse evidensbaserede tider rejses (velberettigede!) krav om dokumentation af, at det vi udsætter patienterne og deres familier for faktisk har en positiv effekt! Disse krav afspejler også en generel trend i samfundet om øget krav om afrapportering og dokumentation af snart sagt enhver handling og aktivitet i sundhedssystemet.

Visse former for medikamentel behandling, som kan være relevant at bruge over for bestemte psykiske sygdomme, er veldokumenterede, også hos børn og unge (det gælder bl.a. behandlingen af ADHD/DAMP, OCD, skizofreni og depression). Visse former for psykoterapeutisk behandling (især den kognitivt adfærdsterapeutiske) har vist sin berettigede anvendelighed ved bl.a. OCD, depression og visse angsttilstande. Hvorledes medicin og psykoterapi virker sammen, herunder om de har en ønsket synergistisk effekt, har vi endnu ingen dokumentation for (udover hvad vores nyttige kliniske erfaring fortæller os). Hvorfor medicin virker på nogen og ikke på andre, ved vi stadig for lidt om. Og hvorfor psykoterapi er godt til nogle (især unge piger) og dårligere til andre (især yngre drenge), ved vi heller ikke. Vi mangler således gode – og store – undersøgelser til at belyse og identificere faktorer hos well-responders og non- eller poor-responders blandt børn og unge med psykisk lidelse.

Hvad kan forskningen betyde for vores kliniske hverdag?

Anlægger man en historisk betragtning på vores opfattelse af psykisk lidelse har vores øgede forståelse af diverse årsagssammenhænge fået os til, på visse punkter endda radikalt, at ændre syn på, hvilke betydningsfulde faktorer vi har med at gøre i forbindelse med opståelsen af psykisk lidelse. Vi skal kun ca. et halvt århundrede tilbage før man i forbindelse med infantil autisme talte om den kolde, distante moder, som ikke var i stand til at give sit barn tilstrækkelig kontakt og omsorg. Dette, samt begreber som skjult viden, som med den rette, tilpassede pædagogik kunne hentes frem i børn med infantil autisme, har givet mangen en forælder og pædagog dårlig samvittighed! Vores syn på spiseforstyrrelser har i en vis udstrækning ændret sig fra at baseres næsten udelukkende på familiedynamiske forhold til en større erkendelse af neuropsykiatriske og psykologiske forholds betydning (personlighed, biologiske faktorer mv.). ADHD/DAMP er et andet oplagt eksempel. Efterundersøgelser, behandlingsundersøgelser (for sådanne er nemlig udført på ADHD) har betydet meget for vores opfattelse af børn med ADHD, herunder de miljømæssige forholds indvirkning. Undersøgelsernes resultater har været vejledende i klinikernes rådgivning

og vejledning af forældre og andre professionelle, som har med børnene at gøre. Forløbsundersøgelser af såvel ADHD, OCD som spiseforstyrrelser, har givet os mulighed for at planlægge langvarige behandlingsforløb, givet os indblik i prognosen og mulighed for at udpege mulige prædiktive faktorer for forløbet. Behandlingsstudier, især inden for områderne OCD, depression, ADHD og psykoser, har givet os langt bedre behandlingsværktøjer i hænde, såvel hvad angår psykofarmaka som mere målrettet, tilpasset psykoterapeutiske og sociale tiltag.

Forskerrekruttering og -fastholdelse

I indledningen til dette jubilæumsbidrag påstod jeg, at forskningsaktiviteten har været sparsom i dansk børne- og ungdomspsykiatri. Hvorfor nu det? Jeg tror, at flere ting spiller ind. Dels er børne- og ungdomspsykiatrien et udbredt tværfagligt sammensat speciale, hvilket jo på den ene side kunne give mulighed for spændende og værdifulde tværfaglige forskningsprojekter, men på den anden side kan betyde, at sædvanlig stringente „lægevidenskabelige" og forskningsfokuserede dyder (viden om epidemiologi, statistik osv.) som metode ikke har været de mest fremtrædende. Måske har mange børnepsykiatere skullet bruge tid på at finde sin egen lægelige identitet i det kliniske arbejde i den tværfaglige medarbejdergruppe.

Børne- og ungdomspsykiatrien er organiseret i små enheder, som hver for sig har svært ved at rekruttere forskere og etablere et holdbart, kontinuert og stimulerende forskningsmiljø samt helt konkret at rekruttere et tilstrækkeligt antal patienter til interessante kliniske projekter.

Som underviser og forskningsvejleder sporer man dog en stærkt øget interesse hos såvel yngre som ældre lægekolleger for at indgå i forskningen. For at stimulere til forskning er det for det første nødvendigt, at man som potentiel forsker finder et emne, som man brænder for (eller i det mindste finder relevant og interessant at beskæftige sig med!). Essentielt for et lokalt forskningsmiljø er muligheden for sufficient vejledning, såvel inden for de kliniske som forskningsmetodemæssige aspekter. Endvidere er det vigtigt lokalt at kunne tilbyde et stimulerende og aktivt forskningsmiljø med mulighed for udveksling med andre forskere, hvor man som (ofte isoleret) forsker kan få afprøvet (og kritiseret!) sine idéer og få filet sine artikler og foredrag af. Et forskningsmiljø baseres dog ikke alene på brændende ildsjæle, men er som så meget andet også et „matter of money". For også på længere sigt at sikre en nyttig forskning i Danmark er det nødvendigt, at man fra ledelsesside i det daglige giver rum og reel mulighed for forskning til sine ansatte, både overlæger, yngre læger, psykologer og andre faggrupper. Men det er også nødvendigt at forankre forskningen i mere formelle strukturer og organisationer ved bl.a. oprettelse af post-doc.-stipendiater. (Dette

er en finansiering af forskere, der har afsluttet f.eks. et ph.d.-forløb og ønsker at fortsætte deres forskning på fuld eller deltid i yderligere en periode.) Man bør også overveje oprettelse af kliniske stillinger med sikret tid til forskning. Endvidere er det vigtigt, at vejledningsopgaver uddelegeres, så flere opnår kompetence i at vejlede og stimulere til forskning blandt yngre kolleger. Udvekslingen mellem danske afdelinger og etablering af danske, nordiske og internationale netværk er essentiel for at kunne begå sig internationalt og sikre sig, at vi her i Danmark har noget at byde på over for udenlandske kolleger.

Internationalt samarbejde, herunder i nordisk regi, er vigtigt. I flere år har eksisteret årlige nordiske forskerkurser for især yngre, forskningsaktive børne- og ungdomspsykiatere. På disse kurser har man især haft fokus på metodemæssige aspekter og indholdet har været en blanding af katedrale forelæsninger/undervisning og diskussioner og fremlæggelse fra yngre forskere. I kølvandet på disse forskerkurser er opstået flere forskellige netværk med involvering af forskere fra alle de nordiske lande. Således findes i skrivende stund et netværk for forskere med specifik interesse inden for depression, OCD, spiseforstyrrelser, ADHD og spædbørnspsykiatri. Et sådant nordisk samarbejde er ekstremt vigtigt. Da vi er et lille fag i et lille land, er det nødvendigt at udveksle med andre. Flere danske forskergrupper har endvidere indgået samarbejde med grupper i andre lande, herunder England og USA. Et lands forskningsmæssige internationale gennemslagskraft måles bl.a. på antal af publikationer, herunder især publikationer i såkaldte peer-reviewed, velestimerede tidskrifter. Sådanne publikationer er der kommet flere af fra de danske forskergrupper.

Forskningsområder i den nære fremtid

Børne- og ungdomspsykiatrisk forskning vil i den kommende tid fokusere på undersøgelser til afdækning af årsagssammenhænge. Herunder vil især genetiske undersøgelser i form af såvel familie-, tvillinge- som kromosomundersøgelser spille en stor rolle. Inden for områderne ADHD, OCD, infantil autisme og i en vis grad spiseforstyrrelser er sådanne undersøgelser allerede i gang. Et andet område, hvor udviklingen går rivende hurtig, er brain imaging, hvor bl.a. stadigt forfinede PET-skanningsmetoder kan give os større viden om hjernemæssige forhold og mekanismer og forskellige interventioners indvirkning på disse. Et andet ganske oplagt og nødvendigt område er behandlings- og interventionsforskning. Vi mangler fortsat undersøgelser af psykofarmakas virkning og bivirkning på børn og unge, viden om psykoterapeutisk og social interventions betydning, og især mangler vi viden om kombinationen af psykofarmaka og specifik psykoterapi. Vi må ikke blot fokusere på behandlingens korttidseffekt, men har brug for viden om vores indsats betydning i det lange løb. Med hensyn til psykoterapeutisk forskning er det oplagt i studier at raffinere og specificere forskellige

psykoterapeutiske metoder for at opnå større viden om, hvilken form for psykoterapi (og hvilke ingredienser i den) der er effektiv over for hvilke børn og unge.

Afslutning

Det vil sikkert ikke undre læseren, at jeg afslutningsvis skal opfordre til en styrkelse af forskningen i børne- og ungdomspsykiatri i Danmark! Forskningens mest fornemme ideal er naturligvis at hjælpe børn og deres familier ved at vi får en øget indsigt i årsagssammenhænge (med mulighed for tidlig intervention og forebyggelse) og behandlingseffekt, således at vi kan tilbyde den bedst tilpassede, optimale behandling, som samtidig betyder det mindst mulige indgreb med den størst mulige effekt. Et andet aspekt af en yderligere udbygning af forskningen er, at det gør vores fag spændende, interessant og dynamisk og vil øge rekrutteringen af dygtige medarbejdere til vores fag og gøre det et udfordrende og relevant speciale at arbejde med!

Litteratur:

Dalsgaard S. Long-term psychiatric and criminality outcome of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet, 2002.

Thomsen PH. Obsessive-Compulsive disorder in Children and Adolescents. A Clinical Follow-up Study. Doktordisputats, Aarhus Universitet, 1996.

Tolstrup K. Anorexia nervosa in childhood and adolescence. Doktordisputats. Munksgaard, København, 1957.

Brask BH. Borderline Schizophrenia in children. Acta Psych et Neurol Scand. 1959; 34(4): 265-283.

Bilenberg N. The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: Standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. Acta psychiatrica Scandinavica Suppl. 1999; 398: 2-52.

Thomsen PH. Child and adolescent psychiatry in Denmark. In: Remschmidt H og van Engeland H (red.) *Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Historical Development, Current Situation, Future Perspectives*. Darmstadt : Steinkopff. New York, 1999, pp 71-80.

Etablering af børne- og ungdomspsykiatri som speciale og Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK)

Jens Buchhave

Børne- og ungdomspsykiatri som speciale

Børnepsykiatri blev godkendt som et selvstændigt lægeligt grundspeciale i 1953 med deraf følgende selvstændige uddannelseskrav.

Ungdomspsykiatri udviklede sig til et ekspertområde, hvor lægerne rekrutteredes enten blandt interesserede speciallæger i børnepsykiatri eller voksenpsykiatri.

I de øvrige lande i Norden og i Europa etableredes specialet børne- og ungdomspsykiatri væsentligt tidligere end i Danmark.

I 1991 besluttede Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse, at nedsætte et ad hoc-udvalg mhp. en undersøgelse af det ungdomspsykiatriske område. Baggrunden var bl.a., at organiseringen af ungdomspsykiatrien i årerne forud viste sig at blive forvaltet forskelligt fra amt til amt. I forbindelse med videreuddannelsesreformen for læger fandtes det også påkrævet at sikre områdets fortsatte vækst, bl.a. ved sikring af uddannelsesstillinger.

Af kommissoriet fremgik det bl.a., at ad hoc udvalget skulle beskrive behandlingen af unge med psykiske lidelser i de forskellige amter, beskrive de faktiske forhold vedr. ungdomspsykiatri landet over, herunder organisatoriske forhold, afgrænsninger over for børne- og voksenpsykiatri, målgrupper, aldersafgrænsninger og totalt ansvar. Derudover at angive forskellige modeller for den fremtidige organisering af det ungdomspsykiatriske område og belyse/diskutere konsekvenserne heraf – f.eks.:

- ekspertområde indenfor såvel børne- som voksenpsykiatrien, som det er nu;
- selvstændigt speciale;
- grenspeciale;
- del af børne- og ungdomspsykiatrisk speciale;
- andet.

I forbindelse hermed skulle der angives forskellige modeller til de uddannelses-

mæssige opgaver.

Udvalget arbejdede i perioden november 1991 til april 1992 og afgav herefter en rapport til bestyrelsen.

Rapporten pegede på en fleksibel 18 års grænse mellem det børne- og ungdomspsykiatriske og psykiatriske speciale. Efter en høringsrunde blandt medlemmerne bad bestyrelsen udvalget om at undersøge implikationerne for en fleksibel 21 års grænse i stedet for en 18 års grænse. Ved et medlemsmøde den 27.05.93 argumenteredes der for en fleksibel 21 års grænse, som efterfølgende blev stadfæstet af bestyrelsen.

Ad hoc-gruppens rapport inkl. bestyrelsens kommentarer udkom i december 1993: „Den fremtidige ungdomspsykiatri i Danmark", rapport fra Dansk Psykiatrisk Selskabs ad hoc udvalg vedr. ungdomspsykiatriens fremtidige placering.

Hovedbudskabet i rapporten var, at det ungdomspsykiatriske ekspertområde lægges sammen med det børnepsykiatriske speciale, således at der oprettes et nyt speciale „børne- og ungdomspsykiatri". Endvidere konkluderede bestyrelsen, at den fleksible 21 års aldersgrænse skal opfattes således, at patienten, hvis problemerne initialt har været behandlet i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale før vedkommende fyldte 18 år, fortsat kan tilgodeses i specialet op til 21-års alderen, hvorimod patienter med debuterende psykisk lidelse i aldersintervallet 18 til 21 år fra første færd bør behandles af læger med en voksenpsykiatrisk uddannelse.

Endelig indeholdt rapporten også forslag til, hvorledes speciallægeuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri skulle sammensættes.

Sideløbende med diskussionerne i selskabet i 1993 var der dialog med Sundhedsstyrelsen i forbindelse med en revision af speciallægeuddannelserne. Konklusionen blev her, at børne- og ungdomspsykiatri – som speciale i Danmark – blev oprettet pr. 01.01.94. Vi fik herefter i Danmark et speciale, hvis indhold i store træk svarer til det i Norden og i det meste af Europa gældende.

Diskussionerne både i arbejdsgruppen, bestyrelsen og medlemskredsen drejede sig meget om, hvor aldersgrænsen mellem det nye speciale børne- og ungdomspsykiatri og (voksen)psykiatri skulle gå. Om det skulle svare til myndighedsalderen på 18 år eller være 21 år. Konklusionen blev som nævnt et fleksibelt kompromis.

Her i 2003 starter så arbejdet med at få sammensat den helt nye speciallægeuddannelse efter Speciallægekommissionens anbefalinger. Der er således udarbejdet en ny målbeskrivelse for børne- og ungdomspsykiatri. Hoveduddannel-

sen – svarende til den tidligere undervisningsstilling plus sideuddannelse og 1. reservelægetid – skal nu formentlig forkortes fra 54 måneder formelt (reelt 60 måneder) til 48 måneder, uden vished for om der bliver plads til reel sideuddannelse i pædiatri og psykiatri, eller om det bare skal læres ved intensive uddannelsesophold af kort varighed.

Sygehusfunktioner

Allerede i 1994 tager Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe i psykiatri initiativ til at få udarbejdet en rapport om det børne- og ungdomspsykiatriske område. Sideløbende hermed indgår børne- og ungdomspsykiatri også i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning mht. lands- og landsdelsfunktioner på sygehusene.

I forbindelse med etablering af det nye speciale den 1. januar 1994 blev det også meldt ud fra Sundhedsstyrelsen, at der kunne være en overgangsordning, mht. hvilke faglige kvalifikationer, der skulle gælde for at børnepsykiatere henholdsvis voksenpsykiatere fremover skulle kunne kalde sig speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Først i 1997 kom der en mere specificeret beskrivelse af det faglige krav til overlægevurdering i forbindelse med ansættelse ved henholdsvis børnepsykiatriske eller ungdomspsykiatriske funktioner med de nye §14-regler Sundhedsstyrelsen udsendte i 1997.

Kapacitet - behov - ventelister

Allerede i midten af 90'erne var der opmærksomhed fra pressens side på de ofte meget lange ventetider, der var for børn og deres familier på at komme i behandling i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. På den baggrund indgik det i regeringens aftale med amterne fra 1997, at der skulle laves en nærmere udredning af den fremtidige børne- og ungdomspsykiatri.

På den baggrund nedsatte Sundhedsstyrelsen i 1997 en arbejdsgruppe vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed i Danmark. Arbejdsgruppen afsluttede sit arbejde allerede i sommeren 1998, men rapporten – på i alt 150 sider – blev desværre først offentliggjort af Sundhedsstyrelsen i 2001. Det var en bredt sammensat arbejdsgruppe med repræsentanter fra både den børne- og ungdomspsykiatriske sektion i Dansk Psykiatrisk Selskab, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen havde formandskabet.

Ud over den brede beskrivelse af specialet, dets målgruppe, arbejdsform, personalesammensætning mm. var det væsentligste nok en beskrivelse af kapaciteten sat over den fortsatte stigning, der sås i ventetider og ventelister.

På den baggrund var det for selskabet meget opmuntrende med de klare udmeldinger, der kom i arbejdsgruppens samlede anbefalinger.

Det blev dels anbefalet,

- at den samlede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet på landsplan i fremtiden bør kunne varetage diagnostik og behandling af samtlige patientkategorier inden for de relevante aldersgrupper, dvs. fra 0 til 18 (21 år);
- at børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet varetager de mere komplicerede diagnostiske og behandlingsmæssige opgaver, og at lettere problemer og vanskeligheder kun varetages i de primære led, dvs. primær sundhedstjeneste og af personalet i henholdsvis PPR og socialvæsen;
- at bør der foretages en betydelig udbygning af den amtslige børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet mhp. at skabe bedre overensstemmelse mellem efterspørgslen og kapaciteten;
- at realiseringen af den ønskede målsætning forudsætter en betydelig og målrettet udbygning over en årrække, og
- at afstanden mellem den aktuelle kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien og den ovenfor anførte målsætning er så betydelig, at en gradvis og prioriteret planlægning og udbygning vil være nødvendig. Endelig anbefales det også,
- at der tages initiativer mhp. at styrke forskningen og kvalitetsudviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien.

Denne rapport indgik allerede før dens egentlige offentliggørelse i regeringens arbejde med psykiatrien, og resultaterne herfra afspejler sig også i de næste psykiatriaftaler.

Psykiatriaftalerne af 1997, 2000 og 2003

Karakteristisk for børne- og ungdomspsykiatrien i 90'erne har det været, at de øgede ventelister har været med til at skabe fokus både på kapaciteten, men også på kvaliteten af det arbejde, der laves på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Det er derfor både glædeligt og naturligt at se, hvorledes børne- og ungdomspsykiatrien har været konkret omtalt i de hidtidige tre psykiatriaftaler regeringen har lavet med amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, ligesom det har været glædeligt at se, hvorledes børne- og ungdomspsykiatrien specifikt blev tilgodeset i regeringens indsats vedr. ventelisteafviklingen i 2002.

I forlængelse af rapporten fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe var det naturligt at se på samspillet mellem børne- og ungdomspsykiatrien inden for sygehusvæsenet og de tilgrænsende områder inden for henholdsvis undervisnings- og socialsektoren.

Den ny arbejdsgruppe afleverede i foråret 2001 rapporten „Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud".

Sundhedsstyrelsen har i forlængelse af arbejdsgruppen fra 1998 og anbefalingerne herfra også nedsat en selvstændig følgegruppe inden for børne- og ungdomspsykiatri.

Amtsrådsforeningen og Sundhedsministeriet

Amtsrådsforeningen havde i forlængelse af offentliggørelsen af to rapporter vedr. børne- og ungdomspsykiatri planlagt en konference om børne- og ungdomspsykiatri i september 1998.

Den ene rapport var offentliggjort fra Sundhedsstyrelsen i foråret 1998: „Målsætning for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatri". Den anden skulle have været færdig i 1997, nemlig rapporten fra arbejdsgruppen vedr. børne- og ungdomspsykiatriens fremtidige virksomhed. Den blev dog forsinket, men trods alt færdig umiddelbart forud for konferencen.

Fra politisk side var der tilfredshed med begge, som også blev fundet værdifulde for den fremtidige planlægning og beslutningsproces vedr. børne- og ungdomspsykiatrien.

Politisk har der også været opmærksomhed omkring børne- og ungdomspsykiatrien i forbindelse med Sundhedsministeriets støtte til udviklingen af „BupBasen" – en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase inden for børne- og ungdomspsykiatri.

Initiativet til etablering af denne blev taget i forlængelse af offentliggørelsen af målsætningsrapporten vedr. børne- og ungdomspsykiatri. En styregruppe blev sammensat med repræsentanter fra både Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, hospitalsledelser samt børne- og ungdomspsykiatrisk sektion. På baggrund heraf blev der nedsat en faglig gruppe med medlemmer fra den ungdomspsykiatriske sektion, som herefter i et samarbejde med Informatikafdelingen på Odense Universitetshospital, stod for det nærmere udredningsarbejde. Allerede i 2002 blev BupBasen godkendt af Amtsrådsforeningens databasesekretariat som tilskudsberettiget fra Amtsrådsforeningens pulje til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og i 2003 kunne alle landets

børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger koble sig på internettet og via det indtaste de relevante data.

BupBasen adskiller sig fra mange andre kliniske kvalitetsdatabaser ved i sin opbygning og målsætning at indeholde alle patienter henvist til alle landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og således ikke at være afgrænset til en eller evt. flere afgrænsede sygdomsgrupper. I betragtning af at der er knapt 7.500 nye patienter, som hvert år starter undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, vil der ikke gå lang tid, før der kan analyseres relevante data til sammenligning af forskelle afdelingerne imellem og mellem de enkelte sygdomsgrupper. Samtidigt er det planen, at der løbende skal udvikles indikatorer for de enkelte sygdomsgrupper inden for specialet.

Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK)

Der gik 10 år fra børnepsykiatri var godkendt som et selvstændigt grundspeciale til børnepsykiatrien også blev skilt ud inden for Dansk Psykiatrisk Selskab. Ved generalforsamlingen i Dansk Psykiatrisk Selskab i 1963 blev det besluttet at etablere to sektioner i selskabet - en for børnepsykiaterne og en for voksenpsykiaterne.

Sektionens opgaver skulle være følgende:

- bidrage til møderne i Dansk Psykiatrisk Selskab med børnepsykiatriske indlæg;
- repræsentere børnepsykiatrien i Danske Medicinsk Selskabs forskningskomité;
- varetage børnepsykiatriens interesser inden for rammerne af den prægraduate psykiatriundervisning;
- ajourføre kravene til speciallægeuddannelsen i børnepsykiatri;
- virke for en udbygning af den børnepsykiatriske service i Danmark, herunder oprettelse af nye afdelinger, klinikker og rådgivningsklinikker.

I forbindelse med oprettelsen af børnepsykiatrisk sektion skete der også en lovændring, således at ét af bestyrelsens fem medlemmer skulle vælges af børnepsykiatrisk sektion. I 1971 blev bestyrelsen udvidet til syv medlemmer, hvoraf to skulle vælges fra den børnepsykiatriske sektion, ligesom der skulle vælges en suppleant fra børnepsykiatrisk sektion.

Pga. at Dansk Psykiatrisk Selskab repræsenterede to forskellige lægelige specialer, opstod der allerede i 70'erne et behov for en selvstændig ledelsesgruppe for den børnepsykiatriske sektion til varetagelse af dette speciales interesser i

selskabet. Der var ikke tale om nogen egentlig bestyrelse for børnepsykiatrisk sektion. Ledelsesgruppen var et supplement til bestyrelsen vedr. det børnepsykiatriske område, idet ledelsesgruppens sammensætning og arbejdsområder var udvidede i forhold til selskabets opgaver. Gruppen var sammensat af bestyrelsesmedlemmer (repræsenterende børnepsykiatrien) fra både Dansk Psykiatrisk Selskab og danske psykiateres og børne- og ungdomspsykiateres organisationsbestyrelser.

Ledelsesgruppens opgaver var at arrangere medlemsmøder om psykiatriske emner og repræsentere selskabets børnepsykiatriske medlemmer i selskabets og organisationens bestyrelser og medvirke til i disse at sikre en fælles og gensidig voksen- og børne- og ungdomspsykiatrisk indstilling såvel i fagligt-videnskabelige spørgsmål som i specialernes strukturelle og organisatoriske forhold. Endeligt repræsenterede ledelsesgruppen de danske børnepsykiatere i det internationale samarbejde med andre nationers børne- og ungdomspsykiatriske specialselskaber og organisationer.

I forbindelse med diverse økonomiske justeringer i Dansk Psykiatrisk Selskab omkring 1992 fandt selskabet det nødvendigt, at ledelsesgruppen blev nedlagt.

I forbindelse med sammenlægningen af grundspecialet børnepsykiatri og ekspertområdet ungdomspsykiatri til ét speciale – børne- og ungdomspsykiatri – pr. 01.01.94 var der i Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) ikke nogen tvivl om, at der skulle nedsættes en koordinations-/etableringsgruppe mhp. varetagelse af de nødvendige opgaver i forbindelse med etableringen af det ny speciale.

Formålet med koordinationsgruppen er følgende:

- Inddragelse af børne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger i DPS's bestyrelsesarbejde således at debat og beslutningsproces helt paralleliseres med den tilsvarende proces for psykiatriske problemstillinger;
- klargørelse af de organisatoriske forhold i relation til samarbejdet med danske psykiateres og børnepsykiateres organisation;
- oprettelse af et forum, hvor de særlige børne- og ungdomspsykiatriske behov kan tilgodeses.

Medlemmerne i koordinationsgruppen blev bestyrelsens børne- og ungdomspsykiatriske medlemmer, formændene for de stående børne- og ungdomspsykiatriske udvalg samt en ungdomspsykiatrisk repræsentant for de udvalg i DPS, der rummer såvel psykiatriske som børne- og ungdomspsykiatriske medlemmer.

Såfremt formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab rekrutteres blandt de psyki-

atriske medlemmer har han/hun ret til at deltage i ovennævnte møder.

Endelig besluttede bestyrelsen at udpege en ad hoc-repræsentant for de ungdomspsykiatriske afdelinger.

Denne koordinationsgruppe fungerede frem til 1996, hvor den som planlagt blev nedlagt. Det blev dog samtidigt besluttet at oprette en børne- og ungdomspsykiatrisk ad hoc-gruppe for de næste to år, som skulle følge og støtte etableringen af det nye speciale børne- og ungdomspsykiatri.

Det forhold, at der i Dansk Psykiatrisk Selskab var repræsenteret to selvstændige lægelige specialer, havde allerede tidligere givet anledning til overvejelser om, hvordan det børne- og ungdomspsykiatriske speciales interesser bedst blev varetaget, jf. tidligere bemærkninger vedr. „ledelsesgruppen".

Også før etableringen af specialet børne- og ungdomspsykiatri havde det været diskuteret, hvorvidt børnepsykiatrien skulle etablere et selvstændigt selskab, uden at der dog var taget initiativ hertil.

Disse tanker blev igen aktuelle efter etableringen af det børne- og ungdomspsykiatriske speciale i 1994, og på DPS's generalforsamling i 1998 blev det direkte foreslået, at der blev nedsat en ad hoc-gruppe til at belyse fordele og ulemper ved, at børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er samlet i ét videnskabeligt selskab.

På den baggrund besluttede bestyrelsen i DPS i 1998 at nedsætte et ad hoc-udvalg, som skulle

- undersøge fordele og ulemper ved at børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er ét videnskabeligt selskab;
- undersøge og vurdere de praktiske og økonomiske forudsætninger for en eventuel opløsning af Dansk Psykiatrisk Selskab og dannelsen af to nye selvstændige videnskabelige selskaber;
- undersøge hvilke muligheder, der er – hvis de to specialer danner hver sit videnskabelige selskab – mht. fælles deltagelse i diverse udvalg og evt. fælles udgivelse af medlemsblad mm.

Udvalget arbejdede fra december 1998 til september 1999 og fremlagde i september 1999 en rapport, „Den fremtidige struktur af det videnskabelige selskab vedr. grundspecialerne børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri".

Anbefalingen fra udvalget var klar, nemlig:

- at der dannes to selvstændige videnskabelige selskaber – et for børne- og

ungdomspsykiatri og et for voksenpsykiatri;

- at det fortsat vil være hensigtsmæssigt med et betydeligt samarbejde mellem de to selskaber i form af bl.a. fælles bestyrelsesmøder en gang årligt, repræsentation af begge selskaber i diverse faste udvalg, udgivelse af et fælles medlemsblad og publikationer indfattende begge selskabers årsberetninger.

Denne rapport og anbefalingerne blev diskuteret på DPS's generalforsamling i 2000 mhp. stillingtagen til spørgsmålet ved en efterfølgende urafstemning blandt medlemmerne af den børne- og ungdomspsykiatriske sektion i DPS. I august måned 2000 blev der holdt urafstemning blandt alle sektionens medlemmer. Der blev udsendt 127 stemmesedler og afgivet i alt 93 stemmer. Heraf stemte 68 ja, 23 nej og 2 var blanke. Der var således en stemmeprocent på 73,2 procent, og af alle stemmeberettigede stemte 53,5 procent ja og af alle afgivne stemmer stemte 73,1 procent ja til en etablering af et selvstændigt børne- og ungdomspsykiatrisk selskab.

På den baggrund blev der arbejdet videre med de nødvendige forslag til generalforsamlingen i DPS i 2001 samt udarbejdelse af nye love for et selvstændigt børne- og ungdomspsykiatrisk videnskabeligt selskab.

På DPS’s generalforsamling 2001 blev den af bestyrelsen foreslåede „bodeling” godkendt.

Umiddelbart forud for DPS's generalforsamling var der d. 02.03.01 blevet afholdt en stiftende generalforsamling i det ny Børne- og UngdomsPsykiatriske Selskab i Danmark (BUP-DK).

Her blev der dels vedtaget love for selskabet, valgt en bestyrelse, suppleant og revisor samt kollegial revisor.

Sammensætningen af den første bestyrelse i BUP-DK blev:

- Formand, ledende overlæge Jens Buchhave, Århus,
- Næstformand, professor, dr.med., overlæge Per Hove Thomsen, Århus,
- Kasserer, overlæge Anne Marie Christensen, København,
- Sekretær, overlæge Jørgen Dyreborg, Hillerød,
- Overlæge Bent Kawa, Glostrup,
- Suppleant, overlæge Nini Smedegaard Olesen, Aalborg og
- Kollegial revisor, overlæge Kirsten Norling-Christensen, Hillerød.

Efterfølgende er BUP-DK blev optaget i Dansk Medicinsk Selskab (DMS) som et selvstændigt selskab, ligesom selskabet også er medlem af European Socie-

ty of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP).

I DMS's regi er der udgivet en „Håndbog i specialevalg" til alle de nyuddannede cand.med.'er, hvori der også er et kapitel om specialet børne- og ungdomspsykiatri.

Profilering af børne- og ungdomspsykiatrien

Gennem hele processen med etablering af et speciale i børne- og ungdomspsykiatri og den efterfølgende etablering af et selvstændigt videnskabeligt selskab (BUP-DK) har det været vigtigt at stimulere til en øget profilering af børne- og ungdomspsykiatrien både eksternt i forhold til offentlige myndigheder og internt i forhold til den faglige udvikling blandt medlemmerne.

Synliggørelsen udadtil har der ikke været nogen problemer med af den – lidt ubehagelige grund – at problemerne med ventelister og ventetider er stigende.

Dette skyldes især, at der er flere og flere som henvises til undersøgelse og/eller behandling på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Henvisninger som vurderes fagligt relevante.

Denne stigning opvejer, at der også er sket en væsentlig øgning i antallet af patienter, som bliver undersøgt og/eller behandles på alle afdelingerne.

De øgede ressourcer, der gennem de seneste 10 år har været til området, har ikke kunnet holde trit med stigningen i antallet af fagligt relevante henvisninger, således at der alligevel er sket en stigning i ventelisterne og ventetiderne.

I forbindelse med profileringen har det været positivt at opleve, at der i en situation med den generelle lægemangel, der aktuelt råder i Danmark, ikke har været generelle problemer med at rekruttere nye læger ind i specialet. Der er en udtalt mangel på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri på baggrund af, at der gennem mange år har været en alt for lille kapacitet i videreuddannelsen. Men der er inden for børne- og ungdomspsykiatri ikke tale om den store og generelle rekrutteringsmangel til introduktionsstillinger, hoveduddannelsesblokke mm., som det ses i voksenpsykiatrien.

Det er således også positivt at kunne læse i Sundhedsstyrelsens „Dimensioneringsplan – 2003", at børne- og ungdomspsykiatrien er et af de få, om ikke det eneste speciale, der kan forvente en kraftig stigning i antallet af speciallæger i prognoseperioden frem til 2025. Dog under forudsætning af, at uddannelseskapaciteten udnyttes ved at uddannelsesstillingerne besættes.

Der skulle således kunne ske en øgning i antallet af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri fra knapt 100 i 2000 til lidt over 200 i 2025.

I betragtning af, at det ikke er mere end ca. 10 år siden, at uddannelseskapaciteten inden for børne- og ungdomspsykiatri var 4 speciallæger pr. år, er det opmuntrende, at den nu er 15 og oven i købet foreslås midlertidigt yderligere udvidet for at rette op på den aktuelle mangel på speciallæger og for at sikre mulighed for den fortsatte udbygning, der politisk er et ønske om.

De børne- og ungdomspsykiatriske repræsentanter dels i DPS's bestyrelse og også i det nye selskabs bestyrelse har gennem mange år arbejdet ihærdigt på at sikre en åbenhed omkring børne- og ungdomspsykiatri, således at der har været et aktivt samspil med medierne i forbindelse med deres interesse for området.

Selskabet har sammen med Dansk Psykiatrisk Selskab etableret en fælles hjemmeside – **www.BUPnet.dk,** ligesom vi også i andre sammenhænge arbejder for en sidestilling af de legemlige og psykiske sygdomme for på den måde at undgå tabuisering og forskelsbehandling af psykiske sygdomme.

Der er således stor interesse for, at sikre børne- og ungdomspsykiatrien plads i forbindelse med udvikling af kvalitetsmodeller inden for sundhedsvæsenet. I BupBasen arbejdes der på at udvikle indikatorer inden for forskellige sygdomsområder, ligesom selskabet også vil deltage i arbejdet omkring evidensudvikling. Brugerundersøgelser skal selvfølgelig også omfatte vores patienter og deres familier, ligesom arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser skal foregå på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger på samme måde som på de somatiske afdelinger.

På det forskningsmæssige plan har det været positivt ikke bare at have et professorat i København, men også at opleve, at der nu i alt er tre professorater, et i henholdsvis København, Århus og Odense. At det p.t. kun er det ene, der er besat, kan kun være en stimulus til yderligere forskning og faglig udvikling af kolleger inden for specialet. Til gengæld har der gennem de senere år været udarbejdet og forsvaret adskillige ph.d.-afhandlinger af kolleger inden for specialet.

Som et yderligere eksempel på den selvstændige profilering blev der i Folketinget den 27.05.03 afholdt en forespørgselsdebat alene vedr. børne- og ungdomspsykiatrien. Folketinget brugte her, kort før Folketingets sommerferie skulle starte, knapt 2 timer på at diskutere ventelister, kapacitet og ressourcer inden for børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark.

I betragtning af de naturlige betænkeligheder der var blandt medlemmerne før etableringen af det selvstændige speciale, så kan det dels konstateres, at det økonomisk har kunnet lade sig gøre, at få selskabet til at fungere, og at medlemstallet er steget kraftigt fra 115 medlemmer i den børnepsykiatriske sektion i

1993 til 165 medlemmer af Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark ultimo 2002. I betragtning af, at der er ca. 185 normerede lægestillinger på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger p.t. og en forventning om yderligere vækst, kan medlemstallet formentligt forventes yderligere øget.

Derudover har det været positivt at opleve engagementet og fremmødet til selskabets møder og ikke mindst årsmøder.

Selskabet udnævnte på generalforsamlingen 2003 børnepsykiatriens første professor i Danmark, Kai Tolstrup, til selskabets første æresmedlem.

Litteratur:

Dansk Psykiatrisk Selskab 1908-1983. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, suppl. 12, vol. 39, 1985.

Den fremtidige ungdomspsykiatri i Danmark. Rapport fra DPS's ad hoc-udvalg vedr. ungdomspsykiatriens fremtidige placering. December 1993.

Den fremtidige struktur af de videnskabelige selskaber vedr. grundspecialerne børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Rapport fra DPS's ad hoc-udvalg vedr. fordele og ulemper ved, at børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri er i et videnskabeligt selskab. September 1999.

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – en fremtidig tilrettelæggelse – redegørelse fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed. 2001.

Forespørgselsdebat i Folketinget 27.05.03: F62: Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren: „Vil regeringen redegøre for sin politik med hensyn til psykisk syge børn og unge, idet presset på de børnepsykiatriske afdelinger er historisk højt?" se www.FT.dk/Samling/2021/salen/F62_BEH1_102_38_(NB).htm

Håndbog i specialevalg. Dansk Medicinsk Selskab.

Indlæg fra kursistholdet 2001-2003

v. Lisbeth Hagenbøl, Anne Torgny Andersen, Jette Asmussen, Charlotte Ulrikka Rask og Judith Becker Nissen

Efter opfordring fra selskabet nedsatte kursistholdet 2001/2003 et „Festskriftudvalg" bestående af fem repræsentanter fra henholdsvis Ålborg, Århus, Odense og København. Udvalget har valgt at lave et indlæg bestående af en indledning, der repræsenterer tilbagevendende diskussionsemner for kursisterne. Efterfulgt af to mere specifikke indslag som eksempler på delområder inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale vi finder interessante i forhold til vores fremtidige virke.

Indledning

Børne- og ungdomspsykiatri er et spændende speciale i rivende udvikling. Sædvanen tro kom vi rundt i landet og besøgte forskellige afdelinger. Nogle var gamle og veletablerede, såvel fagligt som bygningsmæssigt. Andre havde nyoprettede afdelinger i splinternye bygninger, som de selv havde været med til at forme.

Overalt mødte vi stor åbenhed og følte os altid meget velkomne trods det, at holdet var det største nogensinde (23 kursister, 3 mænd og 20 kvinder).

Vi var, hvis vi selv skal sige det, et meget diskussionslystent hold med utroligt mange meninger om alt mellem himmel og jord, som vi til enhver tid syntes skulle frem.

Det stod os hurtigt klart, at man landet over har forskellige traditioner inden for børne- og ungdomspsykiatrien på trods af, at de respektive afdelinger grundlæggende refererer til de samme lærebøger.

I forlængelse af holdets mange diskussioner finder vi flere elementer, der synes vigtige at fastholde.

Man stiller meget forskellige ressourcer til rådighed i de forskellige amter, herunder antallet af sengepladser i lukket og åbent regi, akut skadestuefunktion, størrelsen af de forskellige ambulatorier, det at have totalansvar eller ej for aldersgruppen samt antallet af læger, psykologer og andet tværfagligt personale.

Prioriteringen er forskellig inden for visitation, undersøgelse og behandling samt inden for uddannelse af lægegruppen. Der synes at være grundlæggende forskelle, som ikke blot kan forklares ved ressourceforskelle i de forskellige amter.

I forhold til visitationsfasen i patientforløbet tilbyder nogle ambulatorier alle henviste en samtale med en behandler, mens andre ambulatorier har en defineret målgruppe, hvor patienter, der ikke tilhører denne gruppe, bliver afvist. Der er forskel på hvilke tilstande/diagnoser man mener, der kan/skal behandles i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale.

Undersøgelses- og diagnosticeringsprocessen synes også forskellig. Nogle steder baseres den på erfarne klinikeres eller tværfagligt personales fornemmelser, andre steder på udsendte spørgeskemaer, rating scales og strukturerede samt ustrukturerede interview. Nogle steder er det reglen, at enhver henvist skal ses af en læge, andre steder kan det være en psykolog eller anden faggruppe.

Diagnosesystemerne bruges også forskelligt. Nogle bruger ICD-10's forskningskriterier, andre de kliniske, nogle skeler til DSM-IV og andre igen har helt deres egne ideer om, hvordan man skal tolke og bruge diagnosesystemerne.

Diskrepansen synes ikke kun at forekomme på tværs af landets afdelinger, men også mellem børne- og ungedelen i specialet.

Med hensyn til behandlingen har nogle afdelinger længerevarende behandlingstilbud til bestemte diagnosegrupper andre overlader det til primærsektorens specialpædagogiske institutioner. Nogle steder bruges stadig de gamle antipsykotika som førstevalgspræperat, andre steder er det 3. eller 4. valgspræparat osv.

Der er forskel på kvaliteten af speciallægeuddannelsen: om der tilbydes time-til-time-supervision, om vejleder er en speciallæge, hvor hurtigt grunduddannelsen i psykoterapi påbegyndes og afsluttes, samt hvor mange kurser der bliver betalt, og hvad man forventer den uddannende læge selv betaler af efteruddannelsen.

Kan det være rigtigt, at et lille land, som Danmark, skal have så forskellige tilbud til psykisk syge børn og unge?

Der synes således at være et stort behov for at få udvekslet erfaringer såvel på tværs af landet som mellem de enkelte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Vi gør os ingen ideer om, at alt skal foregå ens over hele landet, men mener alligevel:

- at det vil være godt med nogle fælles holdninger til hvilke patientgrupper, der er vores kernepatienter;
- at diagnosticeringsprocessen foregår ud fra god klinisk praksis fastsat af selskabet;
- at man forsøger at diagnosticere ens over hele landet, så vi kan bruge data til forskning;
- at der så vidt muligt bruges evidensbaserede behandlingsmetoder.

Forslag til at kvalitetssikre f.eks. diagnosticeringen kunne være at etablere kliniske konferencer på tværs af børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Samme øvelse kunne udføres på tværs af forskellige sygehuse f.eks. ved brug af auditmetoden. I samme fora kunne man træne brugen af rating scales, strukturerede interview mm. for at øge den fælles basale viden og erfaring.

Udviklingen af den biopsykosociale forståelsesmodel

Tidligere skulle ætiologiske overvejelser for flere af de psykiatriske lidelser findes i den udviklingspsykologiske tænkemåde, hvor tanken er, at barnets udvikling er blevet bremset på forskellige udviklingstrin bl.a. med basis i vanskelige relationsforhold til væsentlig primær person. I de senere år har der været et stigende fokus på den mere biologiske forskning, herunder neurobiologisk og neurofysiologisk forskning. Ved hjælp af glukosemetabolismeundersøgelser, PET-skanninger og MR-skanninger er der ved flere psykiatriske lidelser påvist centrale forandringer f.eks. i form af hypo- eller hypermetabolisme i visse hjerneregioner, anatomiske forandringer eller ændringer i regionalt blodflow. Disse ændringer kunne pege på mulige biologiske årsager til udviklingen af lidelserne. Ligeledes har man ved flere børnepsykiatriske lidelser fundet belæg for tanker om en genetisk årsag, selvom der generelt fortsat mangler lokalisation af årsagsgener.

Kombinationen af udviklingspsykologiske teorier, tilknytningsteorier, biologisk forskning samt adfærdsforskning har bidraget med væsentlig ny viden inden for børne og ungdomspsykiatrien, og det er fortsat uafklaret, om ændringerne i hjernen er årsag til lidelserne eller følgevirkninger af disse, og om ændringerne er specifikke for bestemte lidelser. Fortsat forskning inden for alle disse felter må forventes at kunne medføre yderligere ændringer i fagets måde at diagnosticere og behandle børne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger i fremtiden.

På trods af forsat uafklarede områder inden for ovenstående felter har forskningsresultaterne medført, at man nu er enige om, at årsagsforhold skal ses ud fra en multifaktoriel model omfattende såvel biologiske som psykologiske og so-

ciale forhold.

Ætiologiske overvejelser omkring lidelser påvirker naturligvis tanker om mulige behandlinger. I takt med en øget biologisk tænkemåde har den medicinske behandling af de børnepsykiatriske lidelser således også vundet tiltagende indpas. Mange medikamenter anvendes således i børnepsykiatrien og der er sket en stigning i ordinationsgraden. I en opgørelse fra Århus beskrives således en stigning over en 15-årig periode fra 10% af undersøgte børn til knap 30% af undersøgte børn. Størst stigning var sket for centralstimulantia. Herudover anvendes SSRI til behandling af OCD, angstlidelser og depression, antiepileptika, der udover behandling af egentlig epilepsi anvendes som stemningsstabiliserende præparat, antipsykotika mod psykoser, men også angst- og præpsykotiske tilstande. Behandlingernes kliniske effekt er for de fleste tilstande veldokumenteret, hvorimod bekymringen hos såvel behandlere som forældre omhandler de mulige skadelige effekter af langvarig behandling på en hjerne i udvikling. En anden bekymring omhandler den skadelige virkning en ubehandlet tilstand kunne tænkes at have på hjerneudviklingen, herunder på evnen til at opfatte og integrere stimuli fra omverdenen.

Flere undersøgelser af voksne har vist, at de hjerneændringer der ses ved visse lidelser, kan normaliseres ved den medikamentelle behandling og i visse tilfælde ved den psykoterapeutiske behandling, hvorimod ændringer ved f.eks. ubehandlet depression kan blive irreversible over tid. Trods disse fund er den professionelle holdning til både den psykoterapeutiske og den medikamentelle behandling af børn meget forskellig i de forskellige dele af Danmark. Lignende diskussioner om medikamenters plads i behandlingen af børnepsykiatriske lidelser genfinder man i andre lande.

Jævnfør den multifaktorielle årsagsmodel lægges vægt på en kombination af medikamentel behandling og samtidige pædagogiske tiltag, psykoedukation, støtte og psykoterapi.

At være behandler i et speciale i udvikling indebærer således et stort ansvar for at tilegne sig den nyeste viden inden for diagnostik og behandling samt at indgå i diskussioner på tværs af regioner med henblik på at opnå en rimelig enighed om terapivalg. Kursistkurser kan således danne forum for nuværende diskussioner og, som følge af de mange bekendtskaber man får, også for meningsudvekslinger og forskningsprojekter senere i arbejdslivet.

Konsultations-liaison børne- og ungdomspsykiatri (i pædiatrisk regi)

Interessen for konsultations-liaison børne- og ungdomspsykiatri (C-L børne- og ungdomspsykiatri) er tiltaget gennem de senere år, hvilket afspejles i, at det første nyhedsbrev fra „The European Working Group for Child Psychiatric Consul-

tation, Liasion and Psychosomatics" kom i år 2000. Gruppen har bl.a. til formål at styrke det kliniske arbejde og forskningen inden for dette område.

C-L børne- og ungdomspsykiatri har til opgave at diagnosticere, behandle, forske i og forebygge psykiske forstyrrelser og sygdomme blandt somatisk syge børn og unge samt børn og unge med funktionelle symptomer. Der er således tale om tre hovedfunktioner:

1 En klinisk service, som kan opdeles i forskellige konsultationstyper: En patientorienteret, hvor det alene er den enkelte patient og den aktuelle problemstilling, der er i fokus. I sin mest simple form svarer dette til et almindeligt tilsyn af en børne- og ungdomspsykiater. En konsulentbaseret funktion, hvor børne- og ungdomspsykiateren deltager i stuegang eller konferencer og er med til at fokusere på de psykologiske og sociale faktorer i de enkelte sager. Endelig kan der være tale om mere regelret supervision af personale i svære sager.

2 Undervisning af det somatiske personale, hvilket kan indbefatte teori om de psykiatriske lidelser, undersøgelsesteknikker, patientkommunikation, håndtering af belastende eller vanskelige situationer herunder personalets egne følelsesmæssige reaktioner. Undervisningen bliver dermed et vigtigt led i forebyggelsen og behandlingen af psykiske komplikationer hos det somatisk syge barn og dets familie.

3 Forskning, hvor vigtige områder kan være: evaluering af en børne- og ungdomspsykiatrisk service, somatisering, epidemiologiske studier af forekomsten af psykiske sygdomme i ikke-psykiatriske populationer og samspillet mellem psykiske og somatiske lidelser.

Flere undersøgelser underbygger behovet for en psykologisk/psykiatrisk indsats for mange børn og unge, der henvises til pædiatrisk regi. Det er således rapporteret at:

8-10% af børn i et pædiatrisk ambulatorium har psykosomatiske problemer og 5-10% adfærdsmæssige, skolemæssige eller sociale problemer. 12-13% af børn med kronisk somatisk sygdom har diagnosticerbare emotionelle problemer. Samlet er der således en overhyppighed af psykologiske problemer blandt børn henvist til pædiatrisk afdeling, og medicinsk sygdom i barn- og ungdommen – specielt kroniske sygdomme – udgør en risikofaktor for udvikling af psykisk sygdom. Endvidere kan emotionelle problemer vise sig ved somatiske symptomer hos børn og kan komplicere håndteringen af en i forvejen tilstedeværende fysisk sygdom. En undersøgelse har rapporteret, at næsten ⅔ af børn i en børnemodtagelse ville profitere af en børnepsykiatrisk konsultation.

På trods af disse fund rapporteres lave henvisningstal fra pædiatrisk afdeling til børne- og ungdomspsykiatere (en undersøgelse har vist et henvisningstal på 11,3% af pædiatriske patienter, en anden kun 1%). Forklaringen herpå kan måske bl.a. søges i, at der kan være flere problemer i etableringen og udførelsen af en C-L funktion, som kan omfatte:

- børne- og ungdomspsykiaterens mangelfulde indsigt i pædiaterens funktion i praksis og omvendt;
- en oplevelse af besværlig tilgang til børne- og ungdomspsykiatere;
- professionelle identitetsproblemer i begge discipliner;
- forskellig opfattelse af patienterne og af interviewteknikker;
- berøringsangst hos pædiaterne i forhold til emotionelle problemer hos børn og deres familier;
- tidsmæssige faktorer på en børneafdeling kan begrænse muligheden for længerevarende kontinuitet i et behandlingsforløb;
- ambivalent indstilling til en multidisciplinær og biopsykosocial tilgang over for det syge barn;
- manglende prioritering af ressourcer til opbygning af en C-L funktion hos både psykiatere og pædiatere;
- inadækvate „outcome-studier" af C-L funktionen.

C-L børne- og ungdomspsykiatri forudsætter således særlig viden om arbejdsgangen på en pædiatrisk afdeling (og andre somatiske afdelinger), en biopsykosocial tilgang til patienterne, samarbejde og kommunikation i forhold til et multidisciplinært team og brug af specifikke terapeutiske teknikker i forhold til somatisk syge børn og unge og deres familier. Funktionen skal løbende tilpasses udviklingen inden for den pædiatrisk-medicinske viden og teknologi.

Det er obligatorisk i den nuværende børne- og ungdomspsykiatriske uddannelse at være ½ år på en pædiatrisk afdeling. I dette uddannelseselement, som ofte ligger meget tidligt i uddannelsen, deltager man som børne- og ungdomspsykiatrisk kursist som regel på lige fod med de andre reservelæger i vagtstrukturen og arbejdet på en pædiatrisk afdeling. Dermed opnår de fleste kendskab til almen pædiatri og håndtering af et somatisk sygt barn. Afhængig af den pågældende pædiatriske afdeling er det endvidere muligt at få kendskab til mere specialiserede pædiatriske subspecialer som neuropædiatri, kardiologi, onkologi, neonatologi etc. og tillige at arbejde i et egentligt psykosomatisk ambulatorium. Generelt opnår de fleste kursister dog ikke en særlig stor specifik viden

mht. C-L børne- og ungdomspsykiatri i løbet af dette ophold. Det er endvidere vores indtryk, at tilgangen til og håndtering af C-L funktionen, herunder tilsyn på landets pædiatriske afdelinger, er forskellig på de enkelte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Dette har betydning for, hvordan og hvor mange af os der får erfaring i forhold til denne funktion i løbet af vores speciallægeuddannelse. På vores U-kursus havde vi 1½ times teori om liaison-funktion på en pædiatrisk afdeling.

Vi mener, at C-L børne- og ungdomspsykiatri er et vigtigt område at fokusere på i den fremtidige speciallægeuddannelse for at fremme etableringen af en mere ensartet og specialiseret viden inden for dette område og dermed muligheden for i endnu højere grad at kunne medvirke til at forebygge og behandle psykisk sygdom hos denne særlige risikogruppe af børn og unge.

Afrunding/afslutning

Udover de ovenstående eksempler finder vi følgende felter inden for specialet vigtige at fokusere på i fremtiden:

- forskning;
- akut børne- og ungdomspsykiatri;
- dobbeltdiagnosepatienter, herunder stofmisbrug;
- psykopatologi i børne- og ungdomsårene;
- diagnostik af affektive og skizoaffektive sindslidelser (underdiagnosticerer/fejldiagnosticerer vi dem?);
- brugen af personlighedsforstyrrelsesdiagnoserne;
- fokus på et øget patientpres på afdelingerne og samtidigt krav om øget produktion;
- udforskning af børne- og ungdomskultur;
- etablering af efteruddannelse på tværs af landet;

Og endelig

- fokus på lægeidentiteten i specialet, idet børne- og ungdomspsykiatri er et lægefagligt speciale.

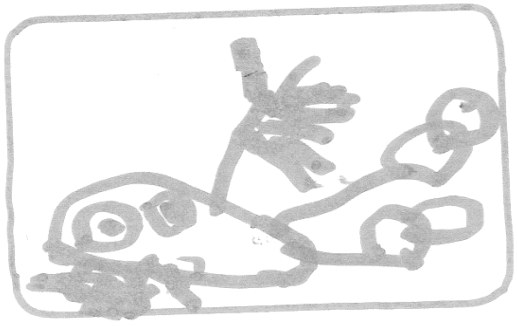
På kursistholdet 2001-2003's vegne:

Lisbeth Hagenbøl, Anne Torgny Andersen, Jette Asmussen, Charlotte Ulrikka Rask og Judith Becker Nissen

Litteratur:

Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P et al.: Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 681-689.

Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn K, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, Montrose DM, Pieris JN, Birmaher B: Frontostriatal measurements in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 824-830.

Swedo S, Schapiro MB, Grady CL, Cheslow DL, Leonard HL, Kumar A, Friedland R, Rapoport SI, Rapoport JL: Central glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry 1989; 46: 518-523.

Nissen JBB og Thomsen PH: Brug af psykofarmaka til børn henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov i 1998. Ugeskrift for Læger 2003; 165(11): 1137-1141.