

NIELS PETER RYGÅRD

TIDLIGT FRUSTREREDE BØRN

Nogle resultater fra en undersøgelse af 48 børn med diagnosen »Tidlig følelsesmæssig frustration«. Belastninger under graviditet, fødsel, i barnets 2 første leveår og resultater ved testning med WISC.

FORLAGET SKOLEPSYKOLOGI

Niels Peter Rygård
TIDLIGT FRUSTREDEDE BØRN

Blå Serie 21

© 1998 Forfatteren og forlaget Skolepsykologi

ISBN: 87 90650 018

ISSN: 0901-5078

Tryk: Dansk psykologisk Forlag

Niels Peter Rygård er cand. psych.
aut. af Dansk Psykolognævn
N.P. Raadgivning, Aarhus

Indhold

FORORD	7
INTRODUKTION	9
EN KORT OVERSIGT OVER SYMPTOMER	11
Personlighedsfunktion (den europæiske tradition)	11
Adfærdstræk (den amerikanske tradition)	12
ÆTIOLOGISKE HYPOTESER	13
Genetiske hypoteser	13
Neuroplogiske og neuropsykologiske hypoteser	13
Psykologiske hypoteser	14
EN MULIG FÆLLESNÆVNER I UDVIKLINGEN AF TF-SYNDROMET: Konstansudvikling, kontakt og kontaktafbrydelse før 3-års alderen	17
FORMÅL	19
METODE	20
Den undersøgte gruppe	20
Procedure	20
RESULTATER	21
Mødrenes alder og personligheds karakteristika	21
Køn og alder	22
Fødselsvægt	23
Fødselskomplikationer	23
SAMMENLIGNINGER: WISC TEST OG FØDSELSVÆGT. RETEST. TF-GRUPPEN OG KONTROLGRUPPEN	24
WISC resultater og fødselsvægt	25
IQ og generel testprofil for TF-gruppen og kontrolgruppen	25
DISKUSSION	27

CHECKLISTE. RISIKOFAKTORER I TF-UDVIKLING	
– GENERELLE TRÆK I BAGGRUND OG ADFÆRD FOR	
TIDLIGT FRUSTREREDE BØRN	29
Familiære items	29
Organiske items	30
Emotionelle items	30
Ved undersøgelse	31
Pseudopsykopatisk adfærd hos børn	31
FORSKELLIGE KARAKTERISTIKA I RORSCHACHPRØVEN	33
LITTERATUR	35

Tidligt frustrerede børn

Nogle resultater fra en undersøgelse af 48 børn med diagnosen »Tidlig følelsesmæssig frustration«. Belastninger under graviditet, fødsel, i barnets 2 første leveår og resultater ved testning med WISC.

Diagnosen »Tidlig følelsesmæssig frustration« (herefter »TF«) anvendes i dansk børnepsykiatri som beskrivelse af et syndrom, som omfatter en kronisk hæmmet social og følelsesmæssig udvikling. Hos den senere voksne ses ofte en psykopatisk personlighed (i DSM-systemet: Antisocial Personality Disorder).

Nærværende studie undersøger den hypotese, at belastninger før og under fødslen kan have medført organiske fejludviklinger, som forstærker belastningerne ved senere omsorgssvigt. Et bredere formål var at undersøge, hvad der generelt karakteriserer disse børns opvækst og kognitive funktioner.

Den undersøgte gruppe bestod af 48 børn (35 drenge og 13 piger, på undersøgelsestidspunktet i alderen 7-14 år), indskrevet på et dansk behandlingshjem for denne diagnosegruppe i perioden 1985-1989. Undersøgelsesvariable var: moderens alder ved fødslen, moderens evt. tidligere psykiatriske diagnoser, barnets fødselsvægt, fødselskomplikationer og tidlige sygdomme, som kan påvirke nervesystemets udvikling. Børnene blev endvidere undersøgt med WISC IQ test og retestet efter 18 mdr.s behandling. WISC profiler, gns. fødselsvægt og mængde og art af fødselskomplikationer blev sammenlignet med en kontrolgruppe på 23 normale skolebørn i samme aldersgrupper, fordelt over hele landet. Kontrolgruppens medlemmer blev udvalgt og undersøgt af medarbejdere på skolepsykologiske kontorer og PPR-rådgivninger ud fra et spørgeskema.

Niels Peter Rygård

Forord

Resultaterne viser en normal alder for moderen ved barnets fødsel (gns. 25.6 år).

Mødrenes tidligere diagnoser: 56% psykopatiske, 33% psykose/borderline, 11% normale.

Fødselskomplikationer og/eller præmatur fødsel ses i 50% af fødselsattesterne. Den gns. fødselsvægt ligger 264 gr. under kontrolgruppen, og 316 gr. under gennemsnit for alle børn født i Danmark 1975-79. Hyppigheden af bestemte komplikationer (svangerskabsforgiftning/præeklampsi og for tidlig fødsel) er mere end fordoblet i forhold til landsgennemsnittet. Frekvensen af kunstig fødselshjælp er normal. Tidlige sygdomme, som afficerer nervesystemet (meningitis, epilepsi) ses i 5 tilfælde. WISC-test og retest indikerer en stabil høj/lav scoring, og en noget sænket gns. IQ. Enkelte højscoreområder antyder udvikling af kompenserende funktioner. Resultaterne indikerer specifikke vanskeligheder m.h.t. til evnen til at reorganisere givne elementer, evnen til at overse flere variable elementer samtidig, og at fastholde en figur på skiftende baggrunde. Udvikling viste sig især i

den praktiske del. Resultaterne tolkes således, at børnene anvender kognitive strategier, som ellers er aktive i 1-3 års alderen. Dette kan afspejle en hæmning i udviklingen af basale kognitive funktioner, som et resultat af voldsomme somatiske og psykologiske belastninger i den tidlige udvikling.

Konklusion: Med forbehold for det lille materiale forekommer det rimeligt at antage, at TF syndromet ofte udvikles, når *omsorgssvigt og præmature belastninger af nervesystemet optræder samtidigt*. Mor/ barn kontakten bør derfor evalueres og behandles fra graviditetens begyndelse, og ikke kun ud fra en psykologisk forståelsesramme. Terapi bør indebære forebyggende arbejde under graviditeten og neurologisk/neuropsykologisk teori og praksis efter fødslen. Ved behandling af større børn og unge bør man respektere den svækkede indlærings- og funktionsevne i opstillingen af behandlingsmål.

En checkliste for risikobørn og deres familier foreslås, og cand. psych. Karl Larsens Rorschachliste refereres.

Introduktion

Den voksne psykopatiske personlighed er beskrevet af en række forfattere, og som ved andre diagnoser mere eller mindre direkte overført til den noget senere udviklede disciplin, børnepsykiatrien.

I den amerikanske tradition defineres psykopati mest gennem analyser af adfærdsmønstre og somatiske træk hos indsatte i fængsler (f.ex. Hare 1985, Doren 1987, Meloy 1988). I den europæiske tradition ved klinisk analyse af personlighedsstruktur (f.ex. Vanggaard 1968, Østergård 1965, Larsen 1975). Vedrørende psykopatiens ætiologi foreslår den amerikanske tradition overvejende biologiske og neurologiske forklaringer, såsom epilepsi, et umodent nervesystem og defekte arousal-systemer (Hare, McCord). Den europæiske forholder sig mere til begrebet tilknytning (Bowlby 1988) og en manglende gensidig tilknytning mellem mor og barn i de første leveår, som resulterer i en manglende eller rudimentær objektrepræsentation i barnets personlighedsstruktur (for en gennemgang af objektrelationsteoriene, se f.ex. Madsen 1996).

Efterhånden som børnepsykiatrien udviklede en selvstændig terminologi, udvikledes begrebet TF i den skandinaviske børnepsykiatri i erkendelse af barnets ufærdige (og dermed påvirkelige) personlighedsudvikling – hvor man tidligere havde brugt betegnelsen psykopati i barnealderen, karakterafvigelse, eller endnu tidligere blot »forbryderisk«. Diagnosen TF betegnede hermed et barn, som udviste psykopatiske træk – hovedsageligt manglende tilknytning, fravær af normale reaktioner på adskillelse og møde med fremmede, asocial og som oftest udadrettet, normbrydende adfærd. Et mønster, som øgede sandsynligheden for en psykopatisk personlighedsstruktur i voksenlivet. I et survey finder Rutter (1995) en klar sammenhæng mellem asocial adfærd i barndommen og psykopati (og i mindre grad andre personlighedsforstyrrelser, såsom psykose) i voksenlivet. Diagnosen TF har derfor, i modsætning til f.ex. »neurose«, en ganske god prædiktiv validitet.

At definere diagnosen TF, og udstikke rammer for behandling er blevet vanskeliggjort af de få forsk-

ningsprojekter, som på tilfredsstillende måde forbinder ætologi og personlighedsudvikling. Der findes mange studier af voksne psykopater, men de retrospektive antagelser har karakter af gætterier om årsager. En undtagelse herfra er Hansen's (1977) undersøgelse af 110 børn, visiteret til en børnepsykiatrisk afdeling. Hansen konkluderede, at børn som både viste tegn på organisk dysfunktion (mindre hjerneskader), organisk umodenhed, og som samtidig havde været udsat for omsorgssvigt, oftest fik diagnosen TF. Hansen foreslog derfor betegnelsen »organisk psykosyndrom«.

Termen »psykopatisk« er også blevet kritiseret ud fra et socialpsykologisk synspunkt i et par årtier som en negativ social rolle-idet årsager til adfærd blev søgt i samfundsstrukturen, og gruppedynamiske og sociologiske teorier så betegnelsen som en social »label«, snarere end en karakteristisk personlighedsstruktur. Imidlertid har ændring af den sociale kontekst ikke haft nævneværdig virkning over for mennesker med det beskrevne adfærdsmønster.

Behovet for at forstå ætologien er vokset i en tid med store ændringer i småbørnsopdragelsen, hvor meget rigide opdragelsesmønstre (som har en tendens til at producere neurotiske børn) aftager til

fordel for tidlig udepasning og mere overfladisk forældrekontakt (hvilket synes at producere flere udadrettede, asociale og aggressive børn, børn med spiseforstyrrelser og allergiproblemer). Spørgsmålet aktualiseres også af den højere overlevelseshastighed hos for tidligt fødte børn, indvandring af familier med børn med krigstraumer, deprivationssymptomer og følger af sulteperioder.

De teoretiske rammer må også revideres af den grund, at behandling af børn over 3 år og voksne psykopatiske personer ikke har givet de store resultater ud over en vis indlæring i langvarige, kompenserende ydre strukturer (miljøterapi, se f.ex. McCord).

I Danmark er langvarig miljøterapi og døgninstitutionsoophold blevet kritiseret for at tilbyde for lidt tilknytningsmulighed og for uønskede rammer. I stedet er familiebehandling, systemisk baseret familierapi og korttidspsykoterapi blevet udbredt. Imidlertid er det forfatterens erfaring fra mange besøg på behandlingssteder, at disse metoder er velegnede til normale mennesker i krise og/eller fattigdom, men ikke opviser bedre resultater over for klienter med kroniske psykiske vanskeligheder, såsom psykopatiske børn og forældre. Især kan jeg være i tvivl om, hvorvidt børn af sådanne forældre blot får udskudt deres tilknyt-

ningsmuligheder, mens man forsøger at udvikle forældrenes personlighed og sociale færdigheder. Disse metoder besvarer ikke to spørgsmål: kan psykoterapi/systemisk terapi anvendes over for ustabile, ikke-motiverede klienter, som ikke oplever nogen indre personlig konflikt eller erkender vanskeligheder, og som oftest vil udvise massive forsvar/negative overføringer mod behandleren? Kan barnets personlighedsudvikling ændres afgørende gennem korttidsterapi, når forældrenes livshistorie består i en række ødelæggende begivenheder og påvirkninger, ofte flere generationer tilbage?

Anbringelse i familiepleje efter 3 års alderen er erfaringsmæssigt også meget vanskelig, idet selv de mest omsorgsfulde plejefamilier ikke synes at øge barnets tilknytningsevne væsentligt (se f.ex. Thormann 1990). Mange professionelle plejefamilier har dog kunnet støtte barnet til at udvikle en mere social adfærd, og har kunnet tilbyde et beskyttet, kompenserende miljø, på trods af den manglende tilknytning.

Problemet synes fortsat af være: hvordan skal vi definere problemet? Er TF-diagnosen en oprensning af konsekvenserne af åndelig og materiel fattigdom, eller har TF børn så mange objektive fælles

træk, at det retfærdiggør en diagnostisk kategori med tilhørende behandlingsfilosofi?

Hvis det sidste er tilfældet, hvad er så forholdet mellem sociale begivenheder (mor/barn forholdets udvikling), intrapersonelle begivenheder (såsom traumatiske episoders påvirkning af den tidlige personlighedsdannelse), somatiske begivenheder (påvirkninger af nervesystemet, som kan nedsætte barnets kontakt- og tilknytningsevne) og genetiske begivenheder (påvirkninger, som ændrer arvemassen/nedsætter kontakt- og tilknytningsevnen)?

En kort oversigt over symptomer

I litteraturen er de vigtigste karakteristika hos den voksne følgende:

Personlighedsfunktion (den europæiske tradition)

1. Lav frustrationstolerance, svag super-ego (og ego)-struktur.
2. Kortvarige, situationsbestemte emotionelle reaktioner og kortvarig motivation.
3. Fravær af indre følelsesmæssige konflikter (konfliktstof afreageres omgående og bliver dermed til sociale konflikter).

(Vanggaard skelner mellem autoplastisk og alloplastisk personlighed (autoplastisk: indre selvregulering og tilpasning til omgivelserne. Alloplastisk: uændret indre og forsøg på at ændre omgivelserne, f.ex. gennem vold)

4. Umoden eller fraværende objektrelation. Evt. massive negative forestillinger om objektet («Den onde mor/far«).

5. Primitive og udtalte psykologiske forsvar: fornægtelse, projektiv identifikation med aggressor, splitting, imitation med omgivelsernes værdier uden forståelse af dem.

Den svage jeg-bevidsthed hindrer erkendelse af eget ansvar, alt ses som forårsaget af andre. Hermed heller ingen »sygdoms«-erkendelse/ ønske om behandling.

6. I modsætning til neurotiker er hele personlighedsfunktionen berørt (hvor neurotiker er rimeligt moden og velfungerende bortset fra de områder, der berører uløste indre konflikter. Neurotiker vil ofte udvise skyldfølelse/selvbebrejdelse og være bevidst om egen dysfunktion).

(Vanggaard 1968, Østergaard 1965, Larsen 1975, Meloy 1988)

Adfærdstræk (den amerikanske tradition)

1. Spændings-og-nyhedssøgende adfærd, rastløshed.

2. Fravær af/ forsinkede reaktioner på eksperimentelt fremkaldt frygt (såsom ændringer i puls, galvanisk hudreaktion, manglende arousal, lærer derfor ikke af erfaringer).

3. Påført frustration konverteres omgående til impulsiv, udadvendt og aggressiv adfærd, ofte kamp/flugt adfærd. (Da de undersøgte fængselspopulationer ikke omfatter kvinder og depressive mænd, må man formode, at den depressive indadvendte, initiativløse variant mangler).

4. Nedsat skelneevne. (kontakter ukritisk fremmede, har vanskeligt ved at genkende ansigter, udviser promiskuøs sexuel adfærd, ofte over for begge køn, børn, dyr, etc.)

5. Imiterer overfladisk en hvilken som helst værdi eller adfærd i et givet miljø. (som en forsvarsstrategi uden internalisering: skintilpasning)

6. Ekstrem feltafhængighed, kortvarig opmærksomhedsspændvidde og hukommelses-spændvidde.

7. Tendens til at manipulere med og kontrollere omgivelserne.
8. Kriminel løbebane, begår samme type forbrydelse uanset straf (vagabondering, vold, bedrageri, røveri, seksuelle overgreb). (Doren 1987, Hare 1985,1988, McCord 1982, Meloy 1988, Reid 1986)

Da entydige årsager ikke er fastslået, er både psykopati- og TF-diagnoserne beskrivelser af et *syndrom*, en række symptomer, som optræder samtidigt.

Ætiologiske hypoteser

Mange discipliner har afgivet bud på ætiologien:

Genetiske hypoteser:

I psykiatrien har biologiske og arvelighedsteorier været fremherskende, dog er konkrete genetiske særtræk ikke blevet isoleret. Schulsinger (1972) sammenlignede to grupper af børn, bortadopterede før 1-års alderen (N=57/57).

De børn, der som voksne udviklede psykopati havde oftere biologiske forældre, som havde fået samme diagnose (58 forældre), end børnene i kontrolgruppen (37 forældre). Her foreligger enten arvelighed, eller særtræk i de psykop-

atiske forældres adfærd under graviditeten og umiddelbart efter fødslen. I øvrigt foreslår Schulsinger en sammenhæng mellem skizofreni og psykopati, idet de to diagnoser ofte sås inden for samme biologiske familie gennem generationer (i nærværende studie havde 3 ud af 44 mødre en skizofrenidiagnose).

Schalling (1988) foreslår arveligt betingede tendenser til impulsdrevet og aggressiv adfærd på grund af en for lav eller ustabil produktion af serotonin (et hæmmerstof i hjernen) hos psykopatiske klienter.

Neurologiske og neuropsykologiske hypoteser:

I de senere år har neurologi og neurosykologi bidraget til forståelsen af den psykopatiske udvikling (McCord 1982). EEG og andre målemetoder er blevet raffinerede, og hos mange voksne psykopater ses umodne aktivitetsmønstre svarende til børns (slow-wave) hos voksne psykopater.

Bestemte former for epilepsi kan medføre (eller være en del af) psykopatisk adfærd (Doren 1987, vedr. børn se Holowach 1961). Da studier af voksne psykopater i nogle tilfælde finder mildere epilepsiformer hos op til 40%, bør børn med psykopatiske træk altid undersøges for skjulte epileptiske anfald. Dysfunktion i forskellige funktionsområder i centralnervesyste-

met er blevet udpeget. Det retikulære aktiveringssystem, RAS (og manglende arousal), Hypothalamus (retention/automatisering af sociale adfærdsmønstre, og evnen til at sammenkæde stimuli med en emotionel response), det Limbiske system (og emotionel dysfunktion, mangel på tidlig social og emotionel »programmering«), Frontallapperne (manglende hæmning af impulser, manglende selvkritik, manglende evne til at forudse og planlægge).

Underernæring under graviditeten og i de første leveår kan hæmme nervesystemets udvikling generelt (Lou 1976, Zachau-Christiansen 1975).

Føtalt alkohol syndrom (FAS) og føtale alkohol effekter (FAE) indebærer organiske skader, som viser sig i sansemotorisk fejludvikling og overfølsomhed for stimuli hos den nyfødte, hvilket reducerer spædbarnets kontaktevne (se f.ex. Thormann 1990).

Psykologiske hypoteser:

I udviklingspsykologien erkendte man i kølvandet af 2. verdenskrig mange forladte børn vigtigheden af tidlig tilknytning (Bowlby 1988, Mirdal 1976, Bernth 1972), og tabet af moderens omsorg som en hjørnesteen i den psykopatiske udvikling. Desuden er symbiotiske mor/barn relationer gjort ansvarlige (f.ex. Felding 1990).

En udmærket gennemgang af de mange teorier kan findes hos Madsen (Madsen 1996). En i denne sammenhæng relevant teori foreslås af Blatt:

Blatt (1988, 1988) søger at forene kognitive (Piaget) og psykoanalytiske udviklingsteorier i en fælles ramme ved hjælp af begrebet »konstans«-stabiliseringen af emotionel og intellektuel perceptionsevne i de første fem år af barnets udvikling (konstans = stigende evne til at stabilisere en indre forestilling uafhængigt af de umiddelbare omgivelser). Ud fra studiet af voksnes personlighedsforstyrrelser finder Blatt retrospektivt fire grader af evne til at opretholde og differentiere en indre forestilling om (i første omgang moderen) et andet menneske (begrebet »mor« anvendes her synonymt med »få faste voksne«). Blatt's hypotese er, at selve evnen til at opfatte nuanceret, danne meningsfulde perceptuelle og emotionelle helheder, koncentrere sig i kontakt, og danne stabile forestillinger om både mennesker og objekter skabes i mor/barn relationen. En emotionel færdighed, erhvervet i forholdet til moderen, viser sig lidt senere i udviklingen som en generel kognitiv færdighed.

Mor/barn relationen skaber i første omgang (0-6 mdr.) *evokativ eller figur/grund konstans*. Barnet

lærer at genkende moderen på skiftende baggrunde og automatiserer emotionelle reaktionsmønstre på genkendelsen (og lærer dermed »at genkende« overhovedet). Denne evne overføres til perceptionen af genstande lidt senere i udviklingen. Derfor vil omsorgssvigt i denne periode ofte medføre udvikling af psykose/ psykopati i voksenalderen.

I anden fase (6-16 mdr.) udvikles *genkendelses- eller libidinøs konstans*. Barnet skelner nu detaljert moderen fra andre, og reagerer med adskillelsesangst og fremmedangst. Lidt senere udvikles en lignende tilknytning til bestemte genstande. Hvis omsorgssvigtet overvejende forekommer i denne periode, vil barnet som voksen opfatte miljøet og andre som uvirkeligt og »fladt«, og må kompensere herfor gennem at opfatte andre som svigefulde, fjendtlige og aggressive (projektiv identifikation). Den voksne vil derfor udvikle paranoide forestillinger, en rigid og kontrollerende adfærd og følelsesmæssig distance/ afvisning for at kunne opretholde en skrøbelig grænse over for omverdenen. Forholdet til genstande/personer vil ofte være at ødelægge eller adskille dem.

Fejludvikling i disse to første stadier vil ofte medføre en psykopatisk og/eller psykosepræget udvikling. Et eksempel herpå er en 12-

årig dreng, hvis mor efter en fødselspsykose tidligt udviklede et symbiotisk, overbeskyttende forhold til ham. Efter indskrivningen var drengen dels psykopatisk præget, dels stillede han omfattende krav om opmærksomhed og omsorg, endelig forsøgte han adskillige gange at myrde piger/kvindelige medarbejdere. Moderen hjemtog drengen, som fortsatte sit adfærdsmønster i voksenalderen. Her udvikles, hvad Kernberg (1996) kalder »Malign narcissisme«, hvor dyb splitting (god/ond) udvikles som forsvarsmekanisme.

I det tredje stadium (16-24 mdr.) dannes *stabilitets- eller emotionel konstans*, idet barnet gradvist lærer at fastholde den internaliserede forestilling om moderen også uden at modtage sensoriske indtryk fra hende, og derfor i stigende grad kan fungere i længere adskillelisesperioder. Tilsvarende ses i den kognitive udvikling, at barnet nu kan søge efter bestemte kendte genstande ganske målrettet og udholdende. Barnet kan efterhånden opleve indre konflikter mellem egne impulser og forestillingen om moderens præferencer, og viser skam/ skyldfølelse kortvarigt.

Når denne udvikling ikke lykkes, ses hos den voksne borderline og narcissistiske tilstande med ustabil funktionsevne, og hypersensitivitet overfor tab og adskil-

lelse (kan ikke skelne mellem langvarig og kortvarig adskillelse). Nancy Bratt's beskrivelse af en grænsepsykotisk klients vilkår som spæd illustrerer udmærket denne dynamik (Bratt 1991). I denne tankegang kan anorexi/ bulimi i puberteten forstås som sårbare stressreaktioner, hvor den unge ved adskillelsen fra barndom og tryghed gentager et fysiologisk reaktionsmønster fra tidlige adskillelsesoplevelser.

Klienter, som først er skadet i denne fase, vil have en bedre prognose, fordi de kan bevare en følelsesmæssigt aktiv forestilling om behandleren også udenfor terapien.

De er dermed tilgængelige for psykoterapi/ involveringspædagogik, der kan foregå overføring. Temaer omhandlende afvisning, behandlerens mulige svigt og evt. ligegyldighed vil fremherske.

I den fjerde fase (2-6 år) dannes *jeg-bevidstheds- eller rollekons-tans*. Barnet eksperimenterer aktivt med adskillelse, og opfatter sig som et selvstændigt element i sociale sammenhænge. Barnet er bevidst om sig selv og sine særpræg og sin aktive påvirkning af omgivelserne (kan føle ansvar og skyld, erkende egen virkning på omgivelserne). Hvis denne del af kons-tansudviklingen hindres, vil den voksne få selvværdsproblemer og have barnlige og forsimplede selv-

billeder, og formentlig udvikle neurotiske reaktioner på uløste indre konflikter.

I Blatt's udviklingsmodel vil TF barnet tilknytningsmæssigt være gået i stå i den anden udviklingsfase uanset intellektuel udvikling, og vil derfor være ude af stand til at fastholde en forpligtende, adfærdsstyrende forstilling om andre (inklusive terapeuter), hvis disse ikke er fysisk tilstede. Det vil heller ikke være bevidst om egen påvirkning af andre, og vil derfor se andre som årsag til enhver misere – »det skete bare, det var deres skyld«. Hermed er psykoterapi også relativt udelukket, hvis klienten er stagneret i første eller anden udviklingsfase, idet den psykopatiske klient enten er indifferent over for behandleren (fase I), eller overvejende opfatter behandleren som fjendtlig og svigefuld, med en massiv mistillid, jo mere kontakt der tilbydes (fase II).

I klinisk praksis hersker generelt enighed vedrørende ætiologi om, at vedvarende stress (vold, deprivation og/eller følelsesmæssige svigt) før 3-års alderen ofte ses, hvorimod enkeltstående traumer og adskillelsesoplevelser synes at have andre konsekvenser for personlighedsudviklingen (neurose, fobier, psykosomatiske sygdomme).

Kan disse resultater fra forskellige discipliner sammenfattes i en fælles forståelsesramme? Egentlig er svaret nok nej – de forskellige forskningsområder har stadig helt forskellige kosmos (DNA, CNS, barnet observeret, barnet og nærmiljøet), empiriske metoder og terminologier. En neurolog ville spørge en psykolog, hvor i hjernen objektrelationen skal placeres. En genetiker ville spørge neurologen, hvor sprogfunktionen sidder på DNA-strengen, og psykologen ville spørge begge, hvordan forholdet til deres mor havde påvirket deres valg af fag, og ingen af parterne ville kunne svare – endnu. Man kunne dog forsøgsvis anvende en systemteoretisk tankegang for at famle sig frem mod brugbare interdisciplinære overbegreber. Systemteoriens felt er jo at beskrive lovmæssigheder for interaktion mellem elementer i et system (i dette tilfælde spædbarnet). Dens mål er (i lighed med kaosteori) at udarbejde tværfaglige tilstandsbeskrivende termer, som omfatter alle de systemer, vi efterhånden kan opfatte som sådan. Termer som: konstans, interferens, kontakt, grænser, differentiering, selvforstærkning, feedback, udvikling, stagnation, mønstre, kaos, vækst, udveksling, etc.

F.ex. beskriver Madsen (1996), at psykisk labilitet observeret hos mødre under graviditeten også kan beskrives somatisk som hormonel

labilitet i samme periode. Her lykkes det altså for to discipliner at beskrive samme tilstand, målt ud fra to forskellige observationsmetoder og -punkter. En tilfredsstillende beskrivelse af TF-syndromet ville kræve samme interdisciplinære kortlægning fra gener til levegruppe. En antydning af denne tankegang kan fås i det følgende. Her anvendes konstansbegrebet, som i forskellige formuleringer både findes i psykologien, neuropsykologien (se f.ex. Luria 1977) og de øvrige nævnte discipliner.

En mulig fællesnævner i udviklingen af TF-syndromet:

Konstansudvikling, kontakt og kontaktafbrydelse før 3-års alderen

For at kunne anlægge en interdisciplinær synsvinkel må man betragte mor/barn forholdet som *begyndende ved undfangelsen* (når de to DNA-koder forenes i ægcellen), og overveje mor/barn kontaktens kvalitet herfra til 3-års alderen, hvor fødslen blot er én kontaktbegivenhed undervejs.

Åbenbart kan alle discipliner enes om, at den uafbrudte udveksling mellem mor og barn er afgørende for personlighedsudvik-

lingen (og dermed for den sociale adfærd) siden hen. Selv om kontakt af psykologer defineres som følelsesmæssig kommunikation, må kontakt nødvendigvis foregå fysisk, hvor det emotionelle hen ad vejen bliver en overbygning eller kvalitet ved kontakten (ordet »kontakt« betyder »med berøring«). Hvordan hjælper den fysiske kontakt barnet med at organisere sit indre, især centralnervesystemet, hvori den emotionelle kontakt skal foregå?

Fænomenet »kontakt« kan undersøges som en fortløbende udveksling af stigende kompleksitet: fra undfangelsen, gennem graviditet og fødsel til sensorisk kontakt mellem mor og barn, til kontakt i en symbolsk psykologisk forstand baseret på objektkonstans, og endeligt resulterende i udviklingen af evnen til at skabe gensidigt tilpassende adfærd og objektforestillinger om sig selv og jævnaldrende.

En arbejdshypotese kunne være, at *konstans på højere niveauer (social k.) ikke kan opnås, hvis mor/barn kontakten er blevet afbrudt, mens barnet dannede konstans på lavere niveauer (f.ex. en række konstante funktioner i centralnervesystemet). Og, hvis en kritisk tærskel overskrides, vil selve mængden af kontaktafbrydelser øge muligheden for, at den emotionelle og dermed*

senere sociale konstans falder under et funktionelt niveau.

F.ex. ses hos abeunger, som i længere perioder adskilles fra moderen (14 dage), at vejrtrækning, puls, spiserytmer, EEG-mønstre og arousal, reguleringen af kropstemperatur og immunforsvar varigt destabiliseres, selv om ungen igen får moderen tilbage. »Spædbarnet« bliver altså i langt mindre grad i stand til at opretholde fysiologisk konstans, og dermed have overskud til gensidig kontakt – noget lignende har jeg observeret hos de omsorgssvigtede TF-børn i alderen 7-14.

Til spørgsmålet: »Hvorfor er nogle børn mere sårbare over for omsorgssvigt end andre – drenge f.ex.?« kunne man reformulere spørgsmålet: »For hvilke børn lykkes det at skabe indre fysiologisk konstans ved en given kontaktafbrydelse?«, hvilket jo direkte vil kunne måles.

Begrebet »*kkontaktafbrydelse*« kan ud fra ovenstående defineres som »*fraværet af udveksling af stoffer/ information (stimuli) på et hvilket som helst alderstrin før 36 mdr.s alderen.*« En afbrydelse omfatter selvfølgelig mangel på næring og stimulation, men også *overstimulation* (såsom fødselsskader eller vold, der medfører nedsat receptivitet), *stoffer* som skader celledelingen og nervesystemet (såsom alkohol), og *monoton* og inva-

riant påvirkning (såsom langvarigt kuvøseophold eller en kontaktløs, psykotisk mor).

Nærværende undersøgelse er baseret på dette brede koncept om dannelsen af indre konstans via mor/barn kontakten, og formålet var naturligvis at danne sig en forestilling om, hvorvidt bestemte former for kontaktafbrydelse alene eller i kombination kunne ses i livshistorien hos de 48 børn, som allerede havde fået diagnosen TF. Ud fra dette synspunkt er de somatiske aspekter af kontaktafbrydelse vigtigst tidligt i livet, og psykologiske og sociale aspekter vinder betydning op mod 3-års alderen. En genetisk kortlægning burde i princippet inddrages i undersøgelsen, men oversteg desværre forfatterens ressourcer og evner.

Undersøgelsen er et pilotstudie, idet 48 TF børn nok er en stor gruppe inden for så speciel en problematik (vi taler formentlig generelt om 1-1½ % af en børneårgang, altså ca. 500 børn om året), men statistisk er gruppen meget lille.

Formål

Undersøgelsens formål er at afprøve to hypoteser:

1. TF børnene har været udsat for en højere frekvens af kontaktafbrydelser før 3-års alderen end en kontrolgruppe af normale børn (og højere end landsgennemsnittet).
2. TF børnene vil afvige signifikant fra kontrolgruppen i IQ (WISC-profil).

ad 1): »kontaktafbrydelser« defineres i undersøgelsen som en række somatiske begivenheder, som er kendt for at øge sandsynligheden for organisk dysfunktion senere i livet:

1. Ekstremt høj eller lav fødselsvægt.
2. Et højt alkoholforbrug hos moderen under graviditeten.
3. En øget forekomst af præmatur fødsel, fødselskomplikationer, diagnosticeret epilepsi eller meningitis før 36-mdr.s alderen.

(punkt 2 betragtes som vanskeligt verificerbar baggrundsinformation)

ad 2): Scores i WISC afviger fra kontrolgruppens – defineret som:

1. Enkeltscore afvigende \pm 2 point scaled score.
2. Den totale WISC profil sml. med kontrolgruppens profil.

Metode

Den undersøgte gruppe

Gruppen består af børn visiteret til døgnbehandling på et skole/ behandlingshjem for TF børn i perioden jan. 1985 - dec. 1989 (N=48). Den gennemsnitlige behandlingsperiode var for gruppen 30 mdr., varierende fra 18-39 mdr. Børnene var før visitation diagnosticeret som TF, af børnepsykiatriske afdelinger og/ eller af kliniske psykologer på skolepsykologiske kontorer. De blev tværfagligt revurderet i en 3 mdr.s periode efter indskrivningen.

Kriterier for visitation var alvorlige og permanente adfærdsforstyrrelser i hjem/plejefamilie og skole, ofte kombineret med sociale og familiære problemer, såsom kriminalitet, alkoholisme, stofmisbrug, vold, seksuelt misbrug. Flere børn havde oplevet vold mellem forældre med døden til følge. Familierne bestod som regel af en mor, 1-4 børn og skiftende mandlige partnere/ samlever. I 1989 var ingen af børnenes fædre hjemmebo-

ende. Familierne var karakteriseret ved isolation fra eller vedvarende konflikt med omgivelserne, og flyttede ofte. 5 børn i gruppen var tvangsfjernet under opholdet, mange havde oplevet adskillige fjernelser i førskolealderen. Forholdet til myndighederne afspejlede familiernes kontaktvanskeligheder: en tilfældig opgørelse af 10 børn i 1988 viste, at hvert barn gennemsnitligt havde skiftet sagsbehandler 3 gange – om året. 12 børn blev visiteret fra plejefamilier – efterhånden som børnene blev ældre magtede plejefamilierne ikke at håndtere adfærdsproblemerne og det problematiske forhold til samarbejdspartnere. Ofte havde forsøg på tættere følelsesmæssig kontakt udløst psykotiske reaktioner hos barnet, såsom ildpåsættelse, henrettelse af kæledyr, vold mod andre børn, vagabondering, etc. 1/3 af børnene havde sat ild til et hus inden 7 års alderen.

Procedure

I 1990 tillod Rigsarkivet, at fødselsdata kunne indgå i undersøgelsen indhentet ved Sundhedsstyrelsen. Data bestod af kopier af fødselsattester, inkluderende køn, vægt, højde, kunstige hjælpemidler ved fødsel (såsom anæstesi), den vurderede gestationsalder og eventuelle komplikationer. Apgar-tal kunne ikke indgå i us., da attesterne i denne henseende var mangelfulde. Resultaterne herfra blev

sammenlignet dels med en kontrolgruppe (N=23), og med landsgennemsnittet (tal fra Danmarks Statistik).

(Mødrene blev vurderet vedrørende misbrug – kilderne var dels journaler, dels de to socialrådgiveres interviews med mødrene, som de havde godt kendskab til. Kriterier for alkoholmisbrug var et sikkert misbrug i mindst 2 år før indskrivning. Dette antyder naturligvis kun muligheden for misbrug i graviditeten, og bør anses for baggrundsinformation, der afprøves i dette pilotstudie).

TF-gruppen blev testet af forfatteren med WISC 2 mdr. efter visitation, og 24 blev gentestet efter 21 mdr. (+ - 2 mdr.). Der kan derfor foreligge et bias i forhold til kontrolgruppen. Efter endt dataindsamling blev hvert barns navn erstattet af en kode. Kontrolgruppen på 24 børn blev testet af psykologer på skolepsykologiske kontorer over hele landet for at få en geografisk profil svarende til TF-gruppens. Forældrene i kontrolgruppen blev interviewet vedrørende fødselsvægt og fødselskomplikationer. I eet tilfælde var fødselsvægt ikke oplyst, hvorfor kontrolgrp. udgør N=23.

Resultater

Mødrenes alder og personlighedskarakteristika

N = 43 mødre (een mor havde 3 børn, og 3 mødre hver 2 børn i TF-gruppen).

Mødrenes alder ved det pågældende barns fødsel er jævnt fordelt over skalaen 17 år 6 mdr. - 36 år 0 mdr., gns. 25 år 6 mdr.

(Fra journaler blev 23 mødre (54%) bedømt som havende et varigt højt alkoholforbrug, mens kun 2 var stofmisbrugere. Disse tal svarer til institutionens socialrådgiveres vurdering efter lang tids bekendtskab. Da pålidelige oplysninger længere tilbage ikke kunne opnås med tilstrækkelig sikkerhed, er det usikkert, hvilken rolle Føtalt Alkohol Syndrom/Føtale Alkohol Effekter måtte spille)

Det mest gennemgående træk hos mødrene synes at være *personlighedsforstyrrelser*. Mødrenes egen barndom var præget af alkoholiserede forældre, vold og seksuelt misbrug, og ofte tidlig adskillelse fra biologiske forældre.

Før visitationen havde andre instanser diagnosticeret mødrene som følger:

9,3% led af psykose (3 skizofrene, 1 maniodepressiv).

23,3% havde diagnosen Borderline, 2 af disse havde haft psykotiske episoder i forbindelse med fødslen af det indskrevne barn, 1 af disse led desuden af epilepsi.

De 55,8% var diagnosticeret som psykopatiske/ karakterafvigende.

11,6% forekom i evalueringen normale eller neurotiske, med en mere almindelig livshistorie, sociale relationer og arbejde. I disse tilfælde drejede 1 sig om en mor, som havde født sit barn under krigen i Beirut, og havde opholdt sig i bombekrateret i barnets første leveår. De øvrige børn havde organiske skader, som havde medført tidlige adfærds- og kontaktforstyrrelser, som forældrene hurtigt havde opgivet at regulere (seqv. meningitis, MBD, fødselskomplikationer), og rådgivere havde tolket børnenes adfærdsforstyrrelser som havende familiedynamiske årsager.

Når bortses fra den sidstnævnte gruppe, var de generelle træk i mødrenes adfærd:

1. Øget sårbarhed over for kontakt i form af forsvarsreaktioner eller tilbagetrækning. Mødrenes kontaktform var for de karakterafvigendes vedkommende overfladisk og stereotyp, for de psykoseprægedes vedkommende ofte »overfølsom« og tilbagetrukket.

2. Ringe evne til at organisere daglige opgaver. De få, som var i stand hertil, syntes at udføre dem på en meget anspændt, rigid måde for ikke at miste kontrol. Der var enten ingen forskel på voksen/ børneroller og daglige opgaver, eller meget rigide, uvendige og tilfældige adfærdskrav uden samtidig indføling i barnets behov.

3. Ydre form erstatter indhold. En stor del af mødrene var meget optaget af spørgsmål om retfærdighed og krav, og indledte ofte ret voldsom konflikt om mindre emner. Rolleskift som løsningsmodel sås ofte: en ny samlever, en ny bopæl, koncentrere sig om eet barn, når et andet havde vanskeligheder, etc. Idyllisering, splitting, fornægtelse, paranoid tendenser og kamp/flugt adfærd var hyppige forsvarsmekanismer.

Køn og alder

Kønsfordelingen i gruppen (72.9% drenge and 27.1% piger) svarer til fordelingen blandt voksne med psykopatidiagnose iflg. McCord (1982). I kontrolgruppen var 79.2% drenge og 20.8% piger.

I TF-gruppen stiger alderen jævnt fra 7-14 år, dog er børn mellem 8 år 2 mdr. og 9 år 4 mdr. ikke repræsenteret. Gns. alderen i TF-gruppen var 130 mdr., i kontrol-grp. 121 mdr.

Fødselsvægt

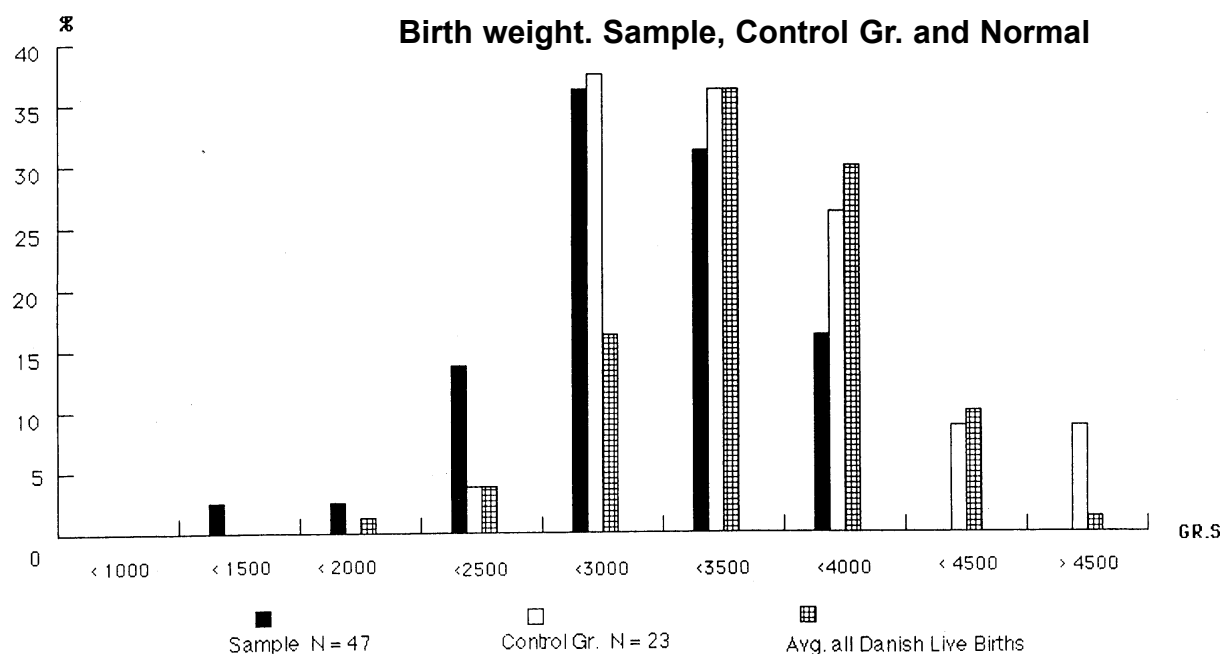
Sammenlignet med alle børn født i Danmark (herefter »normale«) 1975-79 (Sundhedsstyrelsen 1985), viser TF-gruppen en gns. fødselsvægt, som ligger 316 gram lavere (normale 3344 gram, TF-gruppen 3028 gram).

34% vejede < 3000 gr. mod 23% normalt. 17% vejede < 2500 gr.

mod 6% normalt. Ingen i gruppen vejede over 4000 gr. mod 10.8% normalt. Figur I viser en generelt sænket vægtfordeling for TF-gruppens vedkommende. Tendensen er uafhængig af køn.

Gns. fødselsvægt i kontrolgruppen var 3292 gr., en forskel på 264 gr. sammenlignet med TF-gruppen.

Figure 1



Fødselskomplikationer

50% af TF-gruppen havde på fødselsattesten registreret større komplikationer (bekræftelse i kategorien »komplikationer« eller kategori »Født før termin«).

Præ-eklampsi (svangerskabsforgiftning) og fødsel før termin er hyppige begivenheder (de før ter-

min fødte forklarer ikke den sænkede fødselsvægt). Interessant nok blev ingen født post-termin mod 4 i kontrolgruppen. Vedrørende kunstig fødselshjælp har TF-gruppen ikke modtaget mere end normale. En række mindre typiske komplikationer ses i gruppen.

TABLE 1**Birth Complications and Artificial Birth Aid**

percentage

	SAMPLE	NORMAL	CONTROL
EVENT:			
Preeclampsia	8.5	1.9	4.2
Preterm (> 3 weeks)	11.0	4.0	4.2
Epileptic Seizures imm. after birth	6.3	?	0,0
ARTIFICIAL B. AID:			
Sectio	8.5	8.6	8.3
Forceps	2.1	0.7	0.0
Episiotomia	12.5	38.2	?
Membrane Rupt.	10.5	12.3	?
Membrane Punct.	26.2	29.7	?
Pudendus	14.5	?	?
Incubator	8.5	?	0.0

Other post-natal complications in sample were:

Dyssynostosis cranii (1), stillborn (1), small for date (1), respiratory complications (1), Blood poisoning (1), encephalitis within 12 mth.s (5).

Sammenligninger: WISC test og fødselsvægt. Re-test. TF-gruppen og kontrolgruppen

WISC – IQ testen valgtes ud fra det synspunkt, at den var generelt udbredt på undersøgelsestidspunktet. Første del (Verbal IQ) består af 6 verbale delopgaver (Information, Comprehension, Arithmetic, Similarities, Vocabulary, Digit Span). Anden del (Praktisk IQ) består af 5 praktiske opgaver (Picture Completion, Picture Ar-

rangement, Block Design, Object Assembly and Coding). Rå scores konverteres til scaled scores på en skala fra 0-20, kompenserende for alder. Resultatet er en verbal og praktisk IQ. I årenes løb skønnes danske børn at have ændret gns. score fra 100 til ca. 112 (samtale med Emil Kruuse, se litt.henv.).

WISC resultater og fødselsvægt

Den eneste fysiologiske faktor, som signifikant påvirker testresultaterne er fødselsvægt. Fødselskomplikationer og kunstig fødselshjælp antog så mange former, at materialet er for lille til at udpege evt. andre fysiologiske variable.

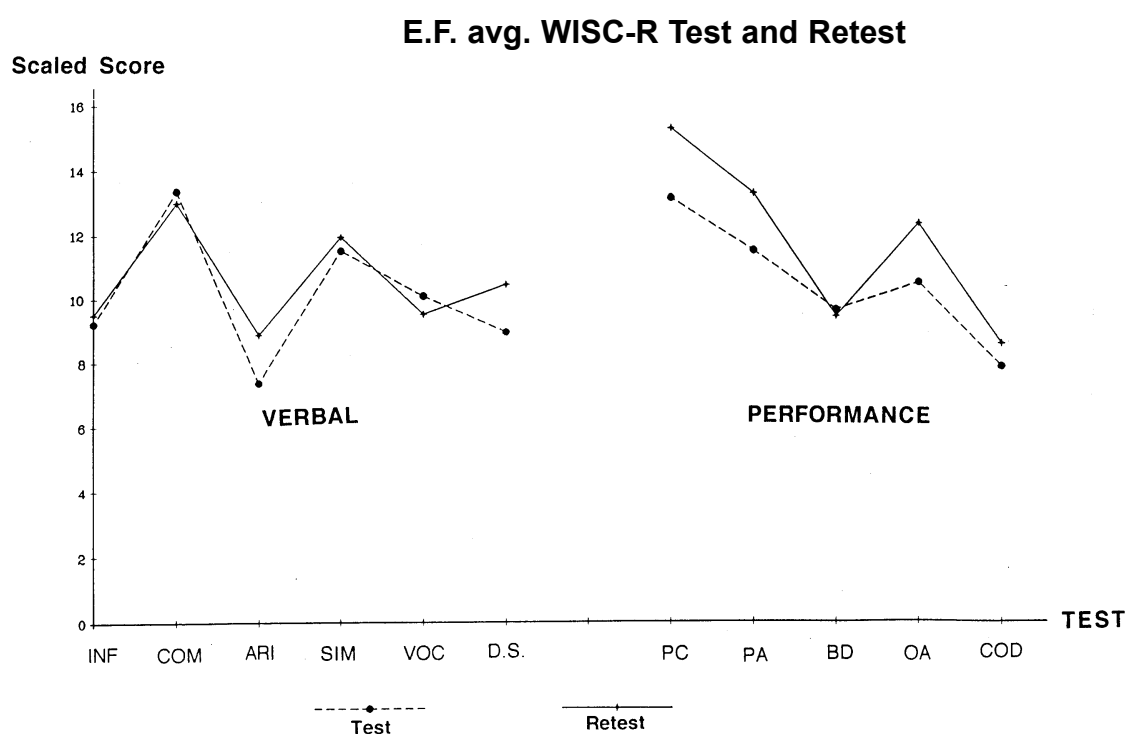
En T-test viser en signifikant positiv korrelation mellem høje scores og høj fødselsvægt, både i TF-gruppen og kontrolgruppen som helhed: Den Verbale del ($p < 0.05$)

og Performance-delen ($p < 0.02$). I delprøverne Information ($p < 0.01$), Similarities ($p < 0.05$) og Block Design ($p < 0.01$).

Forskellen mellem de to grupper er, at fødselsvægt kun påvirker Information ($p < 0.05$) i kontrolgruppen, men både Comprehension ($p < 0.02$) og Similarities ($p < 0.05$) i TF-gruppen.

Forskellen i generel testprofil mellem kontrolgruppen og TF-gruppen påvirkes ikke af fødselsvægt.

Figure II



IQ og generel testprofil for TF-gruppen og kontrolgruppen

Gns. IQ i TF-gruppen var i den nedre ende af normale scores (IQ: Verbal 99.7, Performance 102.7). Mere interessant er en ganske ujævn høj/lav profil i TF-gruppens

resultat. Gentestningen efter 21 mdr.s intensiv behandling af 24 børn viser en stort set uændret profil, omend den Praktiske del er forbedret noget (fra 101.6 til 111.3). Der ses i den verbale del en lille forbedring i talspændviddeprøven.

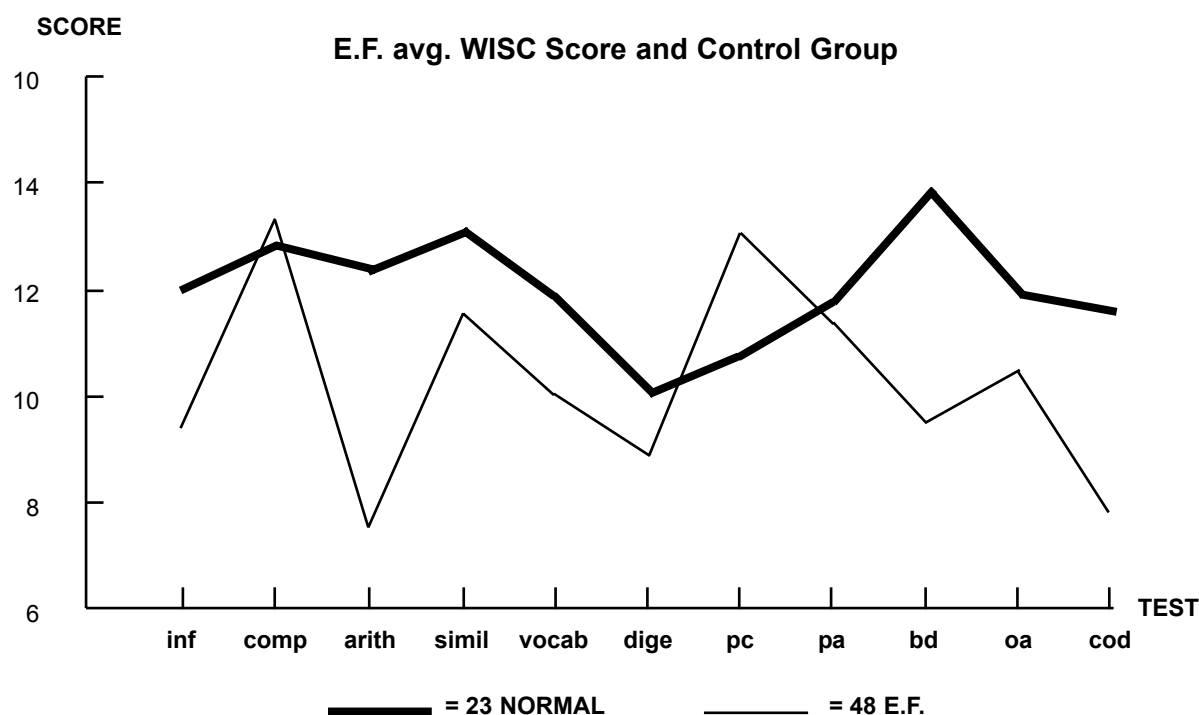
Disse resultater antyder, at TF-gruppens profil er stabil over tid, og at især den verbale del viser stagnation. Høj/lav score tendensen synes at blive forstærket af den intensive behandling, fordi udvikling kun sker på bestemte områder.

Sammenlignet med kontrolgruppen er de følgende udsagn statistisk signifikante:

Plots for deltests viser, at IQ generelt er højere (Verbal 116,5, Praktisk 114,9), og den samlede

profil mere jævn i kontrolgruppen. Standardafvigelsen er højere i TF-gruppen end i kontrolgruppen. En multivariat co-varians analyse viser en markant forskel mellem TF-gruppen og kontrolgruppen (undtagen i Comprehension, Digit span, Picture Assembly and Object Assembly), og ingen effekt af fødsel før termin. En T-test viser, at børn i kontrolgruppen scorer højere i den verbale del som helhed ($p < 0.01$), Arithmetic ($p < 0.01$), Coding (0.05) og Block Design ($p < 0.01$).

Figure III



En roteret faktor matrixanalyse kan tolkes sådan, at TF-gruppen har svage resultater i deltests, som kræver evnen til at reorganisere elementer (Object Assembly, Coding, Block Design), og relativt

højere på deltests, hvor få simultane variable skal inddrages, eller hvor udenadslære påvirker resultatet positivt (Information, Comprehension, Vocabulary, Similarities). Desuden har TF-gruppen

sværere ved deltests, som kræver *figur/baggrund* konstruktion (Arithmetic, Block Design, Coding) (f.ex. er gns. score i Block Design 14.0 i kontrolgruppen, 9.3 i TF-gruppen). Dette sidste antyder en højere grad af feltafhængighed hos TF-gruppen.

Diskussion

Nærværende studie er lille og står mere eller mindre alene bortset fra Hansen's (Hansen 1977), derfor vedrører følgende diskussion kun TF-gruppen og kontrolgruppen. Konklusioner for TF børn generelt afventer yderligere studier.

Talmæssigt udgør den undersøgte gruppe ca. 10% af antallet af senere tidligt frustrerede børn i en enkelt børneårgang (ca. 550).

Børn, som senere udvikler TF-syndromet synes ofte at have været udsat for belastninger under graviditet og fødsel, som vides at forårsage lettere organisk dysfunktion.

Hypotesen »Ekstremt høj eller lav fødselsvægt« kan reduceres til »Generelt sænket fødselsvægt«. »Mødres alkoholmisbrug under graviditeten« er sandsynliggjort for halvdelens vedkommende, men ikke bevist. Hypoteserne »Præmaturo fødsel« og »høj frekvens af fødselskomplikationer« kan bekræftes, idet der ses en dobbelt så høj som normalt forekomst af præma-

tur fødsel og præ-eklamsi. Om andre typer af komplikationer kan spille en rolle i TF-udvikling, forudsætter et større undersøgelsesmateriale.

Hypotesen »Total WISC profil i TF-gruppen forskellig fra kontrolgruppen« bekræftedes, inklusive en generelt lavere IQ-score. Den lave verbale IQ bekræfter en klinisk iagttagelse, nemlig at sproget kan være ganske veludviklet hos TF-børn, men ikke synes at have nogen særlig indflydelse på handlingen. Blatt's teori (Blatt 1988) – at barnet lærer at organisere stimuli og konceptualisere ud fra moderens kontakt og feedback – at deprivation og fejlstimulation hindrer udvikling af evnen til at danne meningsfulde fleksible helheder i al senere kontakt – synes at blive understøttet af testresultaterne. I øvrigt ses den samme positive korrelation mellem fødselsvægt og IQ, som fandtes af Kruuse (1984) i en større undersøgelse.

En tolkningsmulighed er, at TF-gruppen *opfatter, konceptualiserer og anvender problemløsningsstrategier som er karakteristisk for tidligere udviklingstrin.*

En tendens til stærk feltafhængighed, brugen af udenadslærte fraser og holdninger (uden sammenhæng med faktisk handling), problemer med at fastholde en figur på skiftende baggrund (rigidi-

tet), en begrænset evne til at overse flere elementer samtidigt – alle disse træk er normale i småbarnalderen, men synes at blive permanente strategier i TF-gruppen, hvis alder er 7-14 år. Den meget anderledes profil i kontrolgruppen antyder, at normale børn vil have udviklet mere raffinerede, fleksible strategier (se f.ex. den store forskel i Block design, hvor TF-gruppen stagnerer i perioden fra test til retest). Sammenlignet med normale børn er TF-børnene relativt uudviklede på følgende områder, som både kan læses emotionelt (forårsaget af manglende tilknytning) og kognitivt (et produkt af den manglende emotionelle tilknytning, som viser sig i den kognitive udvikling, jvf. Blatt):

Stagnation i udviklingen af:

1. Figur/baggrunds dannelse.

Kan kun overfladisk danne helhedsopfattelser, kan ikke fastholde forestillingen om figuren/personen.

2. Proportionssans. Kan ikke skelne små og store problemer, kan ikke danne et hierarki af vigtige/mindre problemer i løsningsstrategier eller dybere/overfladiske følelser i kontakt med andre. Bruger meget energi på ligegyldige detaljer, ignorerer betydningsfulde elementer.

3. Fantasi/ realiteter. Nedsat realitetstestning, evne til at skelne mellem indre og ydre virkelighed.

Sammenblender f.ex. begivenheder med egne fantasier om begivenheder.

»Lyver«, kan ikke skelne drøm fra virkelighed, har urealistiske forestillinger om sig selv.

4. Skelnee vne. Kan ikke opfatte nuancer, blokerer over for kompleksitet/kan ikke opfatte flere samtidige eller blandede følelser i samvær. Skelne ting/dyr/mennesker.

5. Reorganiseringsevne. Har rigide og stereotype adfærdsmønstre og problemløsningsstrategier og stereotype kontaktformer. Kan ikke overføre erfaringer.

Een konklusion kan være, at det er nødvendigt at tage særlige hensyn i den pædagogiske tilrettelæggelse af arbejdet, svarende til et lavere alderstrins indlæringsstrategier. En anden konklusion er, at forebyggelse i graviditeten og under fødslen vil kunne formindske den ene belastning, TF-børn udsættes for (organiske skader), som vil kunne mildne konsekvenserne af den anden (senere deprivation og ringe mor/barn kontakt). Lier (1995) beskriver gode resultater ved at give mødre med personlighedsforstyrrelser og psykoseliden-

de mødre en særlig intens fødselsforberedelsesperiode med faste personkontakter, afgiftning og vejledning.

Som et redskab i daglig praksis tilføjes her en checkliste for børn i højrisiko for en psykopatisk personlighedsudvikling, baseret på de beskrevne resultater og erfaringer fra klinisk praksis. Endvidere vedlægges en nyttig liste, udarbejdet af cand. psych. Karl Larsen, Viborg Børnepsyk. vedr. TF børns svar i Rorschach, sammenlignet med andre problematikkers svarprofil.

Checkliste. Risikofaktorer i TF-udvikling

– generelle træk i baggrund og adfærd for tidligt frustrerede børn.

Listen er et supplerende redskab i klinisk evaluering. Jo flere items, som kan besvares bekræftende, jo større sandsynlighed for at belastningerne i barnets liv har været så voldsomme, at dets emotionelle udvikling er stagneret på tidlige udviklingstrin. Om det aktuelle barn er på vej ind i en psykopatisk udvikling afhænger af undersøgerens vurdering, listen opsummerer kun generelle karakteristika. Listen er et grundlag for at struk-

turere anamnesticke interviews med forældre og personer, som kender barnet i hverdagen.

Familiære items

1. Mor har selv været udsat for deprivation, vanrøgt, vold eller misbrug som barn. Evt. fødselspsykose ved fødsel af det us. barn.
2. Mor bor alene (med skiftende partnere). Har overfladisk og kortvarigt kontaktmønster. Tendens til skintilpasning, isolation eller varig konflikt med omgivelserne.
3. Familiær disposition (karakterafvigelse, skizofreni, epilepsi, alkohol misbrug).
(Lav evt. et stamtræ sammen med forældrene og bed om karakteristikker af medlemmerne)
4. Familien er migrerende (flytter ofte). Rollefordelingen er udifferentieret med uklare grænser (ombytning af barn/voksen roller, seksuelt misbrug), eller stærkt stereotype og rigide.
5. Mor ude af stand til at opretholde uafbrudt kontakt med/voksenrolle overfor barnet. Pasning i spædbarnealder ved mange forskellige personer, hospitaler eller familiens egne børn og

naboer. Mangel på dagsrytmer i pasning. Mor betragtede spædbarnet, som om det var en voksen («han kan ikke lide mig»). Mor har ingen indfølelse. Giver omgivelserne skyld for alt negativt. Har ingen selvkritik, tvivl, skyldfølelse, længerevarende følelser. Glemmer aftaler og evt. behandler i praksis. Forholdet mor/ behandler udvikler sig ikke dybere.

Organiske items

1. Mor misbruger og/eller undernærer under graviditeten.
2. Lav fødselsvægt, præmatur fødsel, fødselskomplikationer. Voldsomme feberkrampe efter fødslen kan indikere senere epilepsi.
3. Hyppig hospitalisering og/ eller sygdom efter fødslen op til 3 år. Især epilepsi, meningitis, hyppige og voldsomme mellemørebetændelser.
4. Sansemotorisk udviklingshæmning/ fejludvikling.
(Såsom manglende sensibilitet overfor stimulation/smerte, mæthed/sult, træthedssignaler fra muskler – har svært ved at beskrive indre stimuli).
Er ofte sensorisk extrovert (ignorerer kropssignaler og opsøger

hele tiden stimuli i miljøet).

Ringe diskriminationsevne (opfatter ikke nuancer/proportioner, f.ex. i Rorschach).

Forstyrrede kropsrytmer: søvn/spise/opmærksomheds/temperatur – rytmer.

Sproget styrer ikke handlingen, kan ikke planlægge og forudse.

Emotionelle items

1. Oralfixeret. Opfatter verden og mennesker, som noget der skal »spises«. Kan kun have kortvarige kontakter med ting, mennesker, emner i forhold til alderen. Selvurdering svinger efter de øjeblikkelige omstændigheder (omnipotent/selvnedvurdering). Polymorf perversion. Følelser ikke varige, situationsbestemte.
2. Fravær af fremmedangst og separationsangst.
(Reagerer ens på kendte og ukendte personer)
3. Emotioner er selvforstærkende. Glæde bliver til overopstemthed, vrede til raseri. Evt. konstant distant og »flad«.
4. Lav frustrationstærskel. Tåler ikke udsættelse af behovstilfredsstillelse, kan ikke udholde, regredierer let ved belastning.

5. Svage og udflydende grænser mellem jeg/ miljø.
Reagerer afværgende/ skintilpassende på tilbud om følelsesmæssig kontakt.
Kan blive forbigående psykotisk (vold, flugt, pyromani) ved vedvarende krav om kontakt.
»Blander sig i alt«, kan ikke skelne mellem egne og andres sociale relationer.

Ved undersøgelse

1. *Adfærd.*

- Man overvurderer i en us. situation generelt let TF børn, fordi de i i kortvarige kontakter og nye situationer fungerer godt.
- Ønsker at score bedre end andre. Stimuleres af nyt og keder sig ved rutine.
 - Kamp/ flugt/ fryse- adfærd og forsøg på at manipulere, hvis barnet ikke umiddelbart kan løse opgaven.
 - Svarer hurtigt uden omtanke, tvivl og selvkritik.
 - Generaliserende, vage og omnipotente svar ved svære spørgsmål.
 - Konkret tænkning på trods af abstrakt terminologi (imitation).
 - Kort opmærksomhedsspændvidde, distraheres let af ext. stimuli.
 - Kan ikke fastholde tråden i emnet eller målet med samtale (im-

pulsiv), den ene association fører den næste med sig, samtalen »zig-zagger« uden fokus.

2. *Testresultater.*

Ujævn præstationsprofil.

- Præsterer lavt ved opgaver, som kræver forudgående kundskaber og opdragelse.
- Kan danne hurtige og løst sammensatte forklaringer, som er meget overfladiske. Kan være sprogligt velfungerende (snakker sig fra alt).
- Opdigter virkeligheden på stedet, fantasi og realiteter sammenblandes i beskrivelser af tidligere begivenheder. Beskriver alvorlige og mindre begivenheder ens. Har svært ved: dybere analyse, nuancer, se en sag fra flere sider, systematisk arbejde med detaljer, at omsætte indlæring til erfaring.

Pseudopsykopatisk adfærd hos børn

En række tilstande kan fremkalde adfærd, som ligner TF-børns.

1. *Hjernetraumer, forgiftninger og sygdomme i nervesystemet.* Frontallapsskader vil f.ex. ofte medføre manglende selvkritik og stærkt impulsdrevet adfærd. Kontakt med opløsningsmidler, incl. alkohol kan give tilsvaren-

de symptomer (er barnets far f.ex. autolakerer?). Meningitis kan medføre globale skader (efter en epidemi i USA i 30'erne havde næsten halvdelen af børnene varig psykopatisk adfærd). MBD/DAMP og skjult epilepsi kan medføre tilsvarende adfærd.

Her kan man undersøge:

A. På hvilket alders/ udviklingstrin er skaden erhvervet (jo tidligere i livet, jo større sandsynlighed for, at den har medført nedsat kontaktevne og dermed også tilknytningsforstyrrelser)?

B. Er forældrene berørte af barnets adfærd?

C. Har barnet (f.ex. DAMP-børn) glimtvis *skyldfølelse og erkendelse* af, at de ikke fungerer normalt? *Savner* det forældre og kammerater i f.ex. et behandlingsforløb, også når dette ikke indebærer umiddelbare fordele? Knytter barnet sig gradvist til bestemte behandlere? Kort sagt, er barnet personlighedsmæssigt intakt?

I den modsatte ende af skalaen ses f.ex. en 17-årig, stærkt psykopatisk mand, som fra fødslen havde haft stærkt nedsat blod-

tilførsel til hjernen, og havde haft normale forældre. Hans mulighed for at opfatte tilbudt kontakt havde været varigt ringe, hvorfor han også personlighedsmæssigt var blevet klassisk psykopatisk i sin personlighedsudvikling.

2. Følelsesmæssige traumer og forbigående kaotiske livsvilkår.

Skilsmisse, loyalitetskonflikter, dødsfald, flytning og forbigående omsorgssvigt kan medføre pseudopsykopatisk adfærd. Imidlertid vil dette være en forbigående reaktion, som forsvinder når barnet får ydre tryghed, og igen tilbydes fornuftige, opmærksomme voksne i hverdagen. TF-barnet har *varige* tilpasningsproblemer og adfærdsmønstre, uanset det tilbudte miljø.

I anamneseoptagelsen er det vigtigt at gøre sig klart, om der foreligger en varig, relativt upåvirkelig adfærd, hvilke voksne med hvilken omsorgsevne barnet har været tilbudt, hvor mange voksenskift, der har været inden 3-års alderen, og om skader i nervesystemet har påvirket barnets kontaktevne i høj grad inden 3 års alderen.

Forskellige karakteristika i Rorschachprøven

GENGIVET EFTER KARL LARSEN, VIBORG ØST, BØRNEPSYK. AFD. 1989

Tidlig følelsesmæssig frustration

Få B-svar.
Primitive Fb-svar og Fbf-svar.
Få M-svar. Lav F+%.
Mange G minus-svar.
Flere Fm-svar.
Få M minus-svar.
Lav F%.
Høj svarprocent.

Organisk hjerneskade

Rådvildhed.
Hurtigt træthed.
Lage.
Fb-nennung.
Forlænget reaktionstid.
Manglende syntese.
Konkretisering.
Perseveration.
Versagen.
Lav F+%.
Løs struktur.
Selvhenførende.
Enkelte primitive Fb-svar.
Få B-svar.
Uensartet funktionsniveau.

Tvangsneurose

Mange svar.
Pertentlig, forsigtig, tvivlende holdning, intellektualiseren, megen formkritik.
Symmetri.
Mange Dd og Dzv-svar. Enkelte Do-svar.
Høj F+%. Høj T%.
Aggressivt indhold, analt indhold.
Mange B-svar.
Detaljeret beskrivelse m.h.t. symmetri, farver og skygger.
Mange Zwischen-svar.

Hysterisk neurose

Flest D-svar.
Lav F+%. Høj T% (naiv tankegang).

Anatomisvar (optaget af det somatiske).
Få B-svar, overvægt af FB-svar.
M-svar (eksplosionsagtigt).
Versagen.

Depression

Få G-svar.
Høj F+% (skyldfølelse, selvkritik)
Koarteret oplevelsestype.
Flere versagen.
Få B-svar og få Fb minus -svar.
Lav svar%.
Enkelte Hdf.
Lange reaktionstider.

Psykosomatiske reaktioner

Få G-svar
Mange Dzv- svar.
Mange Do- og Dd-svar.
Enkelte Hdf.
Få Fb-svar (indaddrigeren af affekter).
Høj F+% (selvkritik).

Mani

Lav F+%.
Mange Fb-svar og Fbf.
Mange B- og b minus-svar (impulsivitet).
Mange Fm-svar.

Psykososer

Løse B-svar.
Mange Fm-svar.
Lav F+%
Perseveration.
Lav svar-% kontra flere Fb-svar (mod-sætningsfyldt billede).
Svigtende syntese.
Absurditeter.
Få M-svar.
Symboliseringer. Uensartet realitetsopfattelse.

Litteratur

- Ayres, J. (1984). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Bernth, I. (1972). *Institutionsbørn og hjemmebørn*. Copenhagen: Munksgaard.
- Blatt, S.J. (1988). *A Cognitive Morphology of Psychopathology*. Plenary Lecture at the First ISSPD Congress. Copenhagen, Rigshospitalet.
- Blatt, S.J. (1988). *Differential Cognitive Disturbances in Three Types of Borderline Patients*. Connecticut: Yale University.
- Blatt, S.J. (1988). Disturbances of Object Representation in Schizophrenia. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 4, 235-287.
- Bratt, N. (1991). *Vejen til Karin – et psykoterapeutisk forløb*. Copenhagen: Gyldendal.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base – Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Danmarks Statistik (1975-79). *Befolkningen i kommunerne 1. Januar*. Copenhagen: Danmarks Statistik.
- Doren, D.M. (1987). *Understanding and Treating the Psychopath*. New York: John Wiley and Sons.
- Felding, J. and Møller, N. Det antisociale syndrom. *Nordisk Psykologi*, 42, 313-333.
- Hansen, N. (1977). Cerebro-Organic Pathogenesis in 110 Children followed-up Subsequent to Admission to a Child-Psychiatric Ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 399-412.
- Hare, R.D. (1988). Language-Related Hand Gestures in Psychopaths. New York: *Journal of Personality Disorders*, 2 (1), 21-27.
- Hare, R. D. (1985). *The Psychopathy Checklist*. Vancouver: University of British Columbia.
- Hare, R. D. (1988). Psychopathy and Language. In: Moffitt, T.E. and Mednick, S.A.: *Biological Contributions to Crime Causation*. Dordrecht: Nijhoff Martinus.
- Holowach, J. et al. (1961). Psychomotor Seizures in Childhood – a Clinical Study of 120 Cases. *Pediatrics*, 59, 339-345.
- Kernberg, O.F. (1996): A Psychoanalytical Theory of Personality Disorder. In: Clarkin & Lenzenweger. *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Kruuse, E. (1984). *Skoleforløbet for børn med lav fødselsvægt*. Den Blå serie 9. Copenhagen. Forlaget Skolepsykologi.
- Larsen, K. (1989). *Forskellige karakteristika i Rorschachprøven*. Upubl.
- Larsen, K.L. (1975). *Psykopatibegrebet*. Copenhagen: Munksgaard.
- Lier, M. et al. (1995). Early Mother-Child Relationship. The Copenhagen Model of Early Preventive Intervention towards Mother-Infant Relationship Disturbances. *Arct. Med. Res.*, 54, Suppl. 1:15-23.
- Lou, H.C. (1976). *Neurologi og udvikling*. Copenhagen: Gyldendal.
- Luria, A.R. (1977). *The Working Brain*. London: Penguin Books.

- Madsen, S.Å. (1996). *Bånd der brister – bånd der knyttes*. Copenhagen: Hans Reitzel A/S.
- McCord, W. (1982). *The Psychopath and Milieu Therapy. A Longitudinal Study*. New York: Academic Press.
- Meloy, J.R. (1988). *The Psychopathic Mind*. London: Jason Aaronson.
- Mirdal, G. M. *Det ufødte barn – det nyfødte barn*. Copenhagen: Munksgaard.
- Reid, W. H. (1986). *Unmasking the Psychopath – Antisocial Personality Disorder and Related Syndromes*. New York: W.W. Norton & Co.
- Rutter, M. (1995). Relationships between Mental Disorders in Childhood and Adulthood. *Acta Psychiatr. Scandinavica*, 91, 73-85.
- Rygaard, N.P. (1991). *Tidlig frustration – selvorganisering hos svært belastede børn*. Copenhagen: Munksgaard.
- Rygaard, N.P. (1998). *The Psychopathic Child – Causes, Symptoms and Treatment*. Under preparation.
- Schalling, D. et al. (1988). *Personality Self-Report Scales and Biological Markers for Aggressivity and Lack of Behavioral Constraints*. Plenary Lecture at the First ISSPD Congress. Copenhagen: Rigshospitalet.
- Schulsinger, F. (1972). *Nogle undersøgelser til belysning af sammenhængen mellem arv og milieu i psykiatrien*. Copenhagen: FADL.
- Sundhedsstyrelsen (1985). *Medicinsk Fødselsstatistik 1981. Vitalstatistik I*, 13. Copenhagen: Statens Informationstjeneste.
- Thormann, I. (1990). *Rapport fra Skodsborg Observationshjem*. Copenhagen: Skodsborg Observationshjem.
- Thormann, I. (1989). Når du drikker, gør dit ufødte barn det også. *Dansk Psykolognyt*, 13.
- Vanggaard, T. (1968). Neurose og psykopati. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 22, 277-87.
- Vanggaard, T. (1985). Om amerikanisering i europæisk psykiatri belyst ved et svensk eksempel. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 39, 167-172.
- Wohlert, M. (1989). *Biologiske, sociale og organisatoriske forholds betydning for komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel*. Copenhagen: FADL.
- Zachau-Christiansen, B. (1975). *Babies – Human Development During the First Year*. London: John Wiley & Sons.
- Østergaard, A. (1965). Differentialdiagnose mellem neurose og psykopati i barnealderen. *Ugeskrift for læger*, 127, 241-248.