

Indhold



Barbara Hoff Esbjørn mfl.: <i>Kognitiv adfærdsterapi af børn med angstlidelser</i>	183
Birthe Rolighed: <i>Børn med myelomeningocele</i>	191
Dorthe Bek-Pedersen og Nicoline Hemager: <i>Nonverbale indlæringsvanskeligheder (NLD)</i>	203
Karen Vibeke Mortensen: <i>Psykoanalytisk børneterapi</i>	223
Lone Aggernæs Thornberg: <i>Børnesamtalen – en svær ret, men ikke nødvendigvis en ubehagelig pligt</i>	234
Jarle Sjøvoll: <i>Individuelle opplæringsplaner som udviding af opplærings kontekst</i>	242
Abstracts	257
Anmeldelser	
Susanne Broeng: <i>Fokus på relationer: psykiatri i praksis</i> (Rikke Schwartz)	259
Martin Kuscher: <i>ADHD – Et liv uden bremses</i> (Birgit Marott)	261
Benny Lihme: <i>Invitation til Socialpsykiatri</i> (Bjørn Glæsel)	262
Karina Lange: <i>Hvis din hest er død – så stå af</i> (Bjørn Glæsel)	263

Tidsskriftet »Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift»s Review-panel

Tidsskriftet PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK TIDSSKRIFT har tilknyttet et review-panel af udvalgte faglige eksperter, som redaktionen samarbejder med i ønsket om at opkvalificere artiklernes faglige niveau. Udvalgte og anonymiserede artikler tilsendes review-panelet til vurdering. Review-panelets vurderinger af disse artikler indgår i redaktionens endelige beslutning om udgivelse. Det er redaktionens endelige ansvar, hvad der måtte udgives.

Review-panelet består af:

Peter Allerup, professor, cand. stat.

Ask Elklit, professor, cand. psych.

Anne Vibeke Fleischer, neuropsykolog,
cand. pæd. psych.

Gitte Haslebo, organisationspsykolog, cand.
psych.

Benny Karpatschof, lektor, dr. phil.

Svend Aage Madsen, chefspsykolog, cand.
psych.

Jan Mejding, seniorforsker, cand. pæd.
psych.

Karen Vibeke Mortensen, professor, cand.
psych.

Mogens Nielsen, professor, cand. psych.

Ole Robenhagen, ledende psykolog, cand.
psych.

Anegen Trillingsgaard, chefspsykolog, cand.
psych.

Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift er bedømt gennem peer-review og registreret i Forsknings- og Innovationsstyrelsens autoritetsliste (niveau 1) over tidsskrifter, der udløser points i Den bibliometriske Forskningsindikator.

Omslagsdesign: Nete Banke, Imperiet

Grafisk produktion: Aka-Print A/S, Århus

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog eller dele heraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er kort uddrag til brug ved anmeldelser.

Abonnement, løssalg og reklamationer:

Dansk psykologisk Forlag

Kongevejen 155, 2830 Virum

Tlf. 3538 1655 – Fax. 3538 1665

e-mail: salg@dpf.dk – hjemmeside: skolepsykologi.dk

Priser:

Medlemmer af Pædagogiske Psykologers Forening modtager tidsskriftet gratis.

Ikke-medlemmer af PPF kr. 430,00, stud. kr. 323,00 incl. moms

Kognitiv adfærdsterapi af børn med angstlidelser

Formålet med artiklen er at skabe øget opmærksomhed på et overset problem i Danmark – angstlidelser hos børn. Børnerådet (2009) beskriver også i deres rapport til FN's Komité for Barnets Rettigheder om bl.a. mentalt helbelse hos børn og unge i Danmark, at angst er et overset og underbelyst problem i Danmark. Artiklen er skrevet af medarbejdere ved Copenhagen Child Anxiety Project (CCAP), Institut for Psykologi ved Københavns Universitet. CCAP er et grundforsknings- og behandlingsprojekt for børn i alderen 7-12 år som lider af angst, hvor generaliseret angst, separationsangst, social fobi eller specifikke fobier er barnets hoved problem. Artiklen sætter fokus på kognitiv adfærdsterapeutisk behandling (KAT) af angstlidelser, da denne behandlingsform er dokumenteret effektiv på netop denne type vanskeligheder. Børn med separationsangst og/eller specifikke fobier kan især profitere af kortvarig kognitiv behandling, hvorfor de med fordel kan foregå i PPR regi. Artiklen skal således betragtes som et forsøg på at skabe opmærksomhed for en overset børnegruppe og samtidigt opfordre PPR psykologer til at behandle børn med de lettere angstlidelser – separationsangst og specifik fobi.

Af Barbara Hoff Esbjørn, Glennie Marie Almer,
Inger Poulsen Dutton, Helle Dittmann,
Louise Anker Munck & Ingrid Leth.
Copenhagen Child Anxiety Project,
Universitetets Psykologiske Klinik, Institut for Psykologi,
Københavns Universitet

Indledning

Angstlidelser er nogle af de hyppigst forekommende psykiske lidelser i barne- og ungdomsårene. Ved 16 års alderen har ca. 10 % af børn og unge lidt af angst (Costello m. fl. 2003). Tallet falder til mellem 5-10 %, hvis man kun medregner børn og unge, der lider af angst i et omfang, der forstyrrer deres udvikling (Bodden m. fl. 2008). Ubehandlet angst har betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser. Ud over omkostninger til behandling ses ekstra udgifter til lægebesøg på grund af barnets fysiske klager, forældres fravær fra arbejde

f.eks. når forældrene ser sig nødsaget til at deltage i barnets skoleundervisning for at få barnet i skole, eller de må blive hjemme på grund af deres barns klager over mave-hovedpine m.m. Børn og unge, der lider af angst, vil i højere grad end deres jævnaldrende kammerater risikere at ende i social isolation og ensomhed og deres naturlige udvikling forstyrres (Leth m.fl. 2009). På lang sigt har ubehandlet angst i barndommen alvorlige konsekvenser, da barnet har en forøget risiko for at udvikle angst, depression og misbrug i voksenlivet. Oftest vil disse børn ikke komme

ind i psykiatrien, da børnene fejlagtigt forventes af vokse fra deres vanskeligheder. Desværre opdages disse børns angst alt for sjældent. De er tilbageholdende og stille, og de skaber som oftest ikke store problemer i skolen. Desuden vil børnene af al magt prøve at undgå angstprovokerende situationer, hvorfor de ofte forekommer ret upåfaldende.

Dette skyldes, at hele familien involveres i undgåelsesadfærd og sikkerhedsforanstaltninger, der har til hensigt at skåne barnet for angstprovokerende situationer, med det resultat, at barnets angst vedligeholdes eller endog tiltager. Skolen kan ligeledes blive involveret i at skåne eller frede barnet, hvilket er u hensigtsmæssigt i forhold til at støtte barnet i at overvinde angsten. Barnets angst kan føre til, at barnet ikke reelt profiterer af undervisningen. Såfremt barnet har en betydelig funktionsnedsættelse grundet angst, bør denne behandles (Leth m.fl. 2008).

En afprøvet metode til behandling af angstlidelser hos børn og unge er kognitiv adfærdsterapi (KAT). Denne behandlingsform er afprøvet empirisk, og der er fundet evidens for god effekt på angstlidelser (Stallard 2007). Denne artikel præsenterer en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang til forståelse af angst: Hvilken viden vi på nuværende tidspunkt har om udvikling og vedligeholdelse af angst hos børn.

Der findes flere forskellige former for angst. I Danmark anvendes ICD-10 som diagnostisk system. Abnorm separationsangst, specifik fobi, social angsttilstand og generaliseret angsttilstand i barndommen er de hyppigst forekommende angstlidelser. I nedestående vil fokus være på disse lidelser. Det bør nævnes, at samme type

behandling kan anvendes i behandling af blandt andet obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) og post-traumatisk stress tilstand (PTSD).

Abnorm separationsangst ses ofte hos børn i alderen 6-11 år. Hovedtemaet i separationsangst er frygt for adskillelse fra forældrene, enten ved tanker om at forældrene kommer til skade og dør eller ved tanker om, at barnet fjernes fra forældrene for altid. Specifikke fobier ses også hyppigt i den tidlige skolealder. Her udløses angsten af en specifik situation eller hændelse. Angsten vil ofte være afhængig af barnets alder, således at frygt for dyr og mørke hyppigt ses hos yngre børn, hvorimod angst for små lukkede rum og det at komme til skade ses hos ældre børn. Flere piger end drenge lider af både separationsangst og specifik fobi (Stallard 2009). Både separationsangst og specifikke fobier vil man med fordel kunne behandle i f.eks. PPR regi.

Social fobi og generaliseret angst ses oftere blandt ældre børn, men kan forekomme hos børn i den tidlige skolealder. Social angst er kendetegnet ved, at barnet frygter andres vurderinger af sig selv, og af det barnet gør. Barnet vil ofte være bekymret for, hvad andre tænker om det, og om barnet kan komme til at gøre noget pinligt eller blive til grin. Barnet vil derfor ofte ikke tale i klassen, vil ikke spise foran andre, vil ikke henvende sig til fremmede etc. Ved separationsangst, specifik fobi og social angst er det den særlige situation eller den blotte tanke om den særlige situation, der udløser angsten hos barnet. Ved generaliseret angst er det anderledes. Her frygter barnet en lang række ting og situationer, som det har tendens til at bekymre sig om, ofte i timevis hver

dag. Bekymringerne kan handle om stort set alt, hvad det hører og ser. Eksempelvis kan en vejrudsigt udløse bekymringer hos barnet for, hvad der vil ske, hvis der kommer stormvejr, som udvikler sig til en tornado eller måske en tyfon, som så får en stor flodbølge til at oversvømme landet etc. Barnet kan også være optaget af bekymringer om egen og familiens sundhed, om præstationer i skolen etc. Børn med generaliseret angst vil desuden have en række fysiske symptomer, f.eks. irritabilitet, koncentrationsvanskeligheder, problemer med at falde i søvn eller muskelspændinger. Flere børn og unge lider af separationsangst og specifik fobi end af social fobi og generaliseret angst (Stallard 2009). Der er blandt unge flere piger end drenge, der lider af generaliseret angst, hvorimod der er en mere ligelig kønsfordeling blandt børn, der lider af både generaliseret- og social angsttilstand. Disse to lidelser betragtes som mere tunge lidelser end separationsangst og specifik fobi, og de henvises oftere til psykiatrien (Esbjørn m.fl. 2009). Forskning i behandlingen af disse to lidelser i voksenalderen har vist, at man bør tilpasse traditionel kognitiv adfærdsterapi til netop de særlige kendetegn, der er ved personer, der lider af generaliseret- og social angsttilstand.

I familier, hvor et eller flere børn lider af angst, findes ofte en eller begge forældre med en angstlidelse (Stallard, 2009). Der er således evidens for en vis genetisk disposition for at udvikle angst. Af medfødte faktorer med betydning for udvikling af angst ses bl.a. et meget tilbageholdende temperament med stor usikkerhed for nye og tvetydige situationer. Ud over en genetisk disposition vil indlæringsmiljøet i fami-

lien oftere være præget af en overkontrollerende eller overbeskyttende forældrestil. Denne overinvolvering fratager barnet muligheden for at få alderssvarende udfordringer og dermed opnå mestring af nye færdigheder. Forældrenes indsats over for det angst barn virker kun kortsigtet, de føler ofte frustration, magtesløshed og irritation, fordi deres tilpasning til barnets angst medfører en række begrænsninger og afsavn for hele familien, uden at de vover at ændre strategi over for barnet.

Indlæringsmiljøet vil også oftere være præget af en overopmærksomhed på mulige farer fra forældrenes side. Påmindelser om mulige farer påvirker barnet ud fra en logik om, at når mor synes, at alle hunde altid er farlige, så er det altid tilfældet uanset barnets egne erfaringer. Barnet vil desuden ofte blive opfordret til at vælge det sikre i en tvetydig situation, der muligvis kan rumme en fare. Resultatet kan blive, at barnet ikke får erfaring med at tage en udfordring op og lære at klare en angstfyldt situation.

Kognitiv adfærdsterapi

Den kognitive adfærdsterapi (KAT) har rødder i den sociale indlæringsteori. Barnet har i udviklingen af angsten indlært nogle uhensigtsmæssige mønstre enten via egen erfaring eller via modelindlæring fra forældre eller andre vigtige personer i barnets liv. De indhøstede erfaringer og den selvopfattelse barnet har, vil påvirke, hvordan barnet opfører sig i en given situation. Den kognitive adfærdsterapeutiske model tager udgangspunkt i en specifik situation, der udløser tanker, følelser og adfærd – det man kalder den kognitive trekant. Denne trekant kan desuden udvides

med fysiologiske reaktioner. Grundtanken i den kognitive model er, at der altid vil være en sammenhæng mellem de tre elementer (tanker-følelser/fysiologiske reaktioner-adfærd). Sammenhængen kan gå flere veje. Eksempelvis kan tanker udløse følelser, men fysiologiske reaktioner kan også udløse tanker. Derudover vil bestemte former for adfærd hænge sammen med bestemte former for følelser og tanker. Man kan derfor i behandlingen tage fat i et hvilket som helst af disse elementer og dermed ændre hele oplevelsen af situationen. Børn med angst har problemer inden for alle disse områder. Med afsæt i forskningslitteraturen gennemgås nedenfor de dokumenterede dysfunktioner vi finder hos børn med angst.

Kognitive vanskeligheder hos angste børn

Man har undersøgt forskellige niveauer af kognitive vanskeligheder hos børn med angst. Det mest grundlæggende niveau er i forhold til opmærksomhed. Børn med angst er tilbøjelige til at være overfokuserede på mulige trusselsoplevelser. De vil derfor rette opmærksomheden mod mulige faresignaler snarere end at søge at fungere optimalt i en given situation. Derudover vil børn med angst ofte være tilbøjelige til at tolke tvetydige situationer som mere truende og den potentielle fare større end ikke-angste børn, der bliver bedt om at vurdere samme tvetydige situationer. Man har yderligere fundet, at børnene har en nedsat tro på egne evner til at håndtere farer, sammenlignet med jævnaldrende. Dette medfører, at angste børn vil være tilbøjelige til at være overopmærksomme på mulige trusler. Denne overvurdering af faremomenter i en

given situation kombineret med undervurdering af egne ressourcer er central for angstlidelser.

Emotionelle vanskeligheder hos børn med angst

Personer, der lider af angst, har svært ved at regulere deres følelser optimalt. Alle mennesker bliver bange og ængstelige. Angst er således en naturlig følelse, som hjælper os i mange situationer, hvor der er fare på færde. Den patologiske angst adskiller sig fra den normale angst ved personens mangel på kontrol over følelsen, og ved at angsten beslaglægger personens mentale ressourcer. De angste børn har generelt også en mere rigid oplevelse af deres følelser end andre børn. Børnene oplever således en større negativ indvirkning af ubehagelige følelser end andre børn. Dette gælder ikke kun angst, men også andre følelser de har såsom vrede og tristhed. Når børn har svært ved at forstå og regulere deres følelser, vil de ofte komme til udtryk som fysiologiske reaktioner i stedet. Børnene fortæller ofte om tilbagevendende hovedpine, mavesmerter, kvalme og opkast. Eftersom børnene har det så svært, angstfyldt og ubehageligt ved at "være i følelsen", vil de oftere end andre vælge at handle for at få følelserne væk her og nu, frem for at vælge en mere hensigtsmæssig og langsigtet strategi til at styre og kontrollere de angste følelser. Børnene vil således være tilbøjelige til at undgå mulige angstprovokerende situationer snarere end at afprøve, om situationen udløser angst eller ej. Sidstnævnte strategi kunne give barnet erfaring med at udholde og regulere lettere angst, og derved gøre barnet mindre angst på længere sigt.

Adfærd hos det angste barn og familien

Den primære copingmekanisme, som angste børn benytter sig af er undgåelse. Som beskrevet ovenfor er undgåelse en virksom måde at undgå angst. Undlader man at befinde sig i den situation, der udløser angsten, vil man ikke være angst. Børnene får derved gentagne erfaringer med, at undgåelse virker. Samtidigt får de ikke erfaring med at andre former for adfærd kan være mere hensigtsmæssigt for dem på længere sigt og, de får ikke tilpas mange erfaringer med at håndtere svære situationer. Undgåelse bliver derved den foretrukne strategi for børnene og deres forældre, som frygter konfrontationen med barnets angst. Ofte ses forskellige former for sikkerhedsadfærd, som sikrer, at barnet bliver beskyttet mod angstprovokerende situationer. Sikkerhedsadfærden kan være at have en tændt mobil i lommen og løbende sende og modtage sms'er fra forældrene for at sikre, at mor og far fortsat er i live. Det kan også være altid at skulle hentes på præcis det aftalte tidspunkt fra SFO, så man ved, der ikke er sket noget, eller altid at skulle gå en bestemt vej for at undgå at møde en hund, som engang er blevet set på et bestemt gadehjørne. Disse former for sikkerhedsadfærd kan blive meget omfattende og tage meget tid og energi fra både barn og familie.

Behandling med kognitiv adfærdsterapi

Som nævnt vil både separationsangst og specifik fobi med fordel kunne behandles i PPR regi med kognitiv adfærdsterapi. Dette bl.a. fordi terapierne af disse lidelser er forholdsvis kortvarige. Man

kan således vælge at lave en ramme bestående af 6 sessioner ad gangen. Derefter kan man vurdere, om problemet er løst, eller om der er behov for at udvide med yderligere 6 sessioner. Behandling af generaliseret angst og social angst kræver derimod ofte længere forløb med specifikt kendskab til de vanskeligheder, man møder i almindelig KAT behandling af disse lidelser. Disse børn vil med fordel kunne henvises til psykiatrien eller behandlingsenheder med speciale i angst i barndommen.

Kognitiv adfærdsterapi er en terapiform, der bygger meget på sproglige færdigheder. For helt små børn er udbyttet større ved at rådgive og behandle forældrene uden barnets medvirken. Med udgangspunkt i hvorledes forældrenes egne tanker, følelser og adfærdsmønstre har betydning for barnets angst, trænes de i at støtte børnene optimalt, (Cartwright-Hatton m.fl. 2005). Børn kan fra 7-års alderen som regel indgå i KAT. Yngre børn (fra 7 – 10 år) vil ofte have behov for mere eksponering. De ældre børn (fra ca.11 år) kan med fordel lægge mere vægt på arbejdet med at udfordre og ændre uhensigtsmæssige tankemønstre. Hvorvidt man bør inddrage forældrene i behandlingen er ikke et enten-eller spørgsmål, som på nuværende tidspunkt er besvaret overbevisende af forskningen. Hittidige undersøgelser viser ikke en større behandlingseffekt af at inddrage forældrene (Stallard 2007). Denne manglende evidens for mereeffekt ved forældreinddragelse kan være svær at forstå ud fra almindelig klinisk praksis, da man ofte vil have svært ved at få gode behandlingsresultater, hvis ikke forældrene er motiverede og hjælper til med barnets behandling. Der kan således ikke på

nuværende tidspunkt gives et evidensbaserede svar på, hvorvidt og i hvilket omfang man bør inddrage forældre eller ej i barnets behandling.

Arbejder man med børn med separationsangst eller specifik fobi ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme, vil man arbejde med tanker, følelser og adfærd udløst i bestemte angstfyldte situationer. Behandlingen af angst børn adskiller sig primært fra behandling af børn med f.eks. depression ved, at man i behandlingen arbejder på forskellige dele af den kognitive model tanker-følelser-adfærd. I depressions-behandling ser man ofte god effekt ved at arbejde på at øge aktiviteter på det handlemæssige plan, mens det med angst børn ofte er en fordel at begynde med at arbejde med børnenes følelser, så de lærer at regulere disse til et tåleligt niveau, således at de kan håndtere dem og udholde at tænke over deres angst. Herfra kan man arbejde videre med tanker og eksponering.

Elementer i kognitiv adfærdsterapi

Generelt er behandlingen bygget op omkring følgende elementer:

1. Psykoedukation om angst og KAT
2. Caseformulering eller manual
3. Genkende og lære at regulere følelser
4. Genkende tanker og selv-tale (tankefejl) samt udfordre disse
5. Øvelser og eksponering
6. Selv-monitorering og selv-belønning
7. Forhindre tilbagefald.

For mere uddybende information se f.eks. Stallard 2007 og 2009. Psykoedukation om angst og om KAT kan påbegyndes allerede i undersøgelsesfa-

sen, og vil for både forældre og barnet selv ofte være en hjælp. Forældrene kan begynde at forstå, hvordan de kan støtte deres barn i at kunne klare mere på egen hånd, så det udvikler større selvstændighed og selvværdsfølelse. De kan også få en forståelse af, at alle mennesker er bange af og til, og at man kan få angsten til at blive mindre. Når først forældrene ved, at det er vigtigt at bryde undgåelsesadfærden og godt tør insistere på, at barnet kan være i skole uden deres tilstedeværelse, og når barnet selv er motiveret for at øve sig, vil familien kunne komme langt på egen hånd. I de familier hvor det ikke er tilstrækkeligt at give dem en øget viden om angst og de mekanismer, der fastholder angsten, kan man iværksætte behandling af enten barnet selv og/eller forældrene. Problemerne med angst har i mange familier stået på i flere år og er blevet et fastlåst mønster, som det er vanskeligt at bryde på egen hånd, og derfor vil det ofte være hensigtsmæssigt med et behandlingsforløb.

Behandlingen kan enten være manubaseret dvs. man på forhånd har en fastlagt plan for hver session (f.eks. Coping Cat), eller behandlingen kan bygge på en case-formulering. I sidstnævnte tilfælde skitserer man efter endt undersøgelse sammen med familien hvilke problemstillinger, der skal arbejde med i terapien. Denne caseformulering er styrende for, hvad man vælger at arbejde med i forløbet og vil løbende kunne justeres, så den beskriver problemerne tydeligt.

Dernæst begynder man med at identificere følelser og fysiologiske reaktioner, således at barnet lærer at regulere dem. Dette kan ske ved hjælp af bl.a. arbejdsark og vejrtræknings- og afslap-

ningsøvelser. Når barnet har fået lidt bedre kontrol over sine følelser, går man videre til at identificere og arbejde med tankerne.

Tankearbejdet vil typisk starte med en identifikation af, hvilke automatiske negative tanker barnet har, herunder hvilke former for negativ selv-tale og tankefejl børnene anvender. Hvis det er svært for barnet at få fat i tankerne, vil eksponeringsøvelser med henblik på at identificere tankerne være en mulighed. Angste børn har ofte en tendens til at betragte verden på bestemte uhenigtsmæssige måder. Nogle af de "tankefejl", som ofte ses hos børn og unge med angst, er, at de forventer, at det værste vil ske. Dette kan man kalde "at se verden gennem negative briller", hvor negative oplevelser fremhæves og forstørres, og hvor positive oplevelser ikke rigtigt tæller (Stallard, 2007). Når "bange-tankerne" er identificeret, udfordrer og undersøger man tankerne sammen med barnet og mere hjælpsomme tanker identificeres og afprøves.

Det sidste vigtige element i den kognitive adfærdsterapi er arbejdet med at ændre adfærden. Til det formål bruger man eksponering i forhold til det, barnet er bange for. Eksponering vil ofte foregå ved, at man i samarbejde med barnet udformer en trappe, hvor man gradvist bevæger sig op mod den situation, som barnet er mest bange for og allerhelst ønsker at kunne mestre. Det er hensigtsmæssigt og motiverende for barnet at opstille delmål, som gør det mere overskueligt og overkommeligt at nå det endelige mål. Man kan ofte med fordel starte en eksponeringstrappe med at lave imaginær eksponering med barnet. Dette indebærer at forestille sig den angstprovokerende situation, og

hvordan man vil kunne håndtere denne. Dernæst kan man se på billeder etc. så det bliver mere levende, og til sidst udsætter barnet sig selv for det, det frygter, f.eks. at låse døren på toilettet, klappe en hund, være alene hjemme m.m.. Udformningen af de enkelte trin vil afhænge af det enkelte barns vanskeligheder. At lave eksponeringstrapper er som alt andet arbejde i kognitiv adfærdsterapi et samarbejde mellem barn og terapeut. Det er således afgørende for forløbet, at det er barnets projekt og ikke terapeutens. Dette betyder at barnet kan tage succesen med sig hjem – har det ikke været barnets projekt, vil succes alt for let kunne afvises som noget, der ikke har noget med barnet selv at gøre.

Selvmonitorering betyder, at barnet løbende holder øje med, hvilke fremskridt der sker, og hvad barnet har lært og nu magter. Dette element er vigtigt for at opretholde motivation og opleve en forøgelse af kompetencer. Barnet har brug for ros og belønninger løbende. Dels kan barnet rose og belønne sig selv, dels kan forældre opmuntres til at belønne barnet, når dette er nødvendigt. Barnets behov for forældrenes belønning, ros og opmuntring er især vigtigt i begyndelsen, fordi det vil stille sig tvivlende over for, om terapien vil kunne nytte. Det angste barn vil ofte have svært ved at forestille sig, hvordan det kan have det anderledes, end det har det nu.

Sidste element i terapien er at drøfte og diskutere mulige tilbagefald for at sikre, at barnet ved, hvordan det skal forholde sig. Her kan man med fordel sammen med barnet opridse de specifikke teknikker og tanker, som har haft størst betydning for barnets fremgang.

Konklusion

Angstlidelser hos børn er relativt hyppigt forekommende. Mellem hver 10. og 20. barn lider af angst i et sådant omfang at dets øvrige udvikling forstyrres heraf. Ubehandlet angst kan desuden føre til angst, depression og misbrug i voksenalderen. Der er således god grund til at være opmærksom på disse vanskeligheder, eftersom der nu er evidensbaseret effektiv behandling til rådighed over for disse lidelser. Lettere former for angstlidelser f.eks. separationsangst og specifikke fobier kan man afhjælpe med kognitiv adfærdsterapi på relativt få gange. En ramme for behandling kan med fordel bestå af 6 sessioner, hvorefter det evalueres, om der er behov for yderligere sessioner, hvilket åbner mulighed for at behandling også kan foregå i institutioner, hvor der er relativt begrænset tid til rådighed til at yde behandling. Behovet for og mængden af forældreinddragelse bør desuden vurderes i hvert enkelt tilfælde.

Henvendelse vedr. artiklen rettes til: Barbara Hoff Esbjørn, ph.d.; adjunkt i klinisk børnepsykologi, specialist i psykoterapi. E-mail: barbara.hoff@psy.ku.dk.

Referencer

- Bodden, D.H.M., Dirksen, C.D. & Bogels, S.M. (2008). Societal Burden of Clinically Anxious Youth Referred for Treatment: A Cost-of-illness Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 487-497.
- Børnerådet (2009). *Rapport til FN's Komité for Barnets Rettigheder*. København. Børnerådet. ISBN: 87-90946-49-9.
- Cartwright-Hatton, S.; McNally, D. & White, C. (2005). A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 243-247.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Esbjørn, B.H.; Hoeyer, M.; Dyrborg, J.; Leth, I. & Kendall, P. (2009). Prevalence and Comorbidity among Anxiety Disorders in a National Cohort of Psychiatrically Referred Children and Adolescents. *Submitted.*
- Leth, I., Høyer, M., Reinholdt-Dunne, M.L., Boesen, A. J., Dahl, S., Hansen, S.G., & Esbjørn, B.H. (2009) Emotional Difficulties in 7th Grade Children in Denmark. *In prep.*
- Leth, I; Esbjørn, B.H. & Levin, E. (2008). Når børn udvikler angst. I Gerlach, J (red.) *Angstbogen – angstens symptomer, årsager og behandling*. (kap. 5) København. Psykiatridansens forlag.
- Stallard, P. (2007). *Vejledning til Gode tanker – Gode følelser. Kognitiv adfærdsterapi med børn og unge*. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Stallard, P. (2009). *Anxiety. Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. London. Routledge.

Børn med myelomeningocele



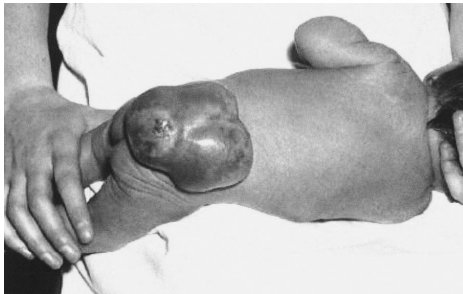
I forbindelse med, at jeg var ansat i en Specialrådgivning for handicappede småbørn på Fyn, mødte jeg flere børn med diagnosen myelomeningocele. Efterfølgende blev jeg interesseret i at beskrive kendetegn for den samlede børnegruppe i et neuropsykologisk perspektiv.

Ud fra den nyere forskning vil jeg beskrive de kognitive og neuropsykologiske (dys)funktioner hos børn med myelomeningocele til anvendelse i den psykologiske undersøgelse eller vurdering ved PPR.

*Af Birthe Rolighed, specialist i børneneuropsykologi
(Artiklen er indgået i forfatterens specialistuddannelse).*

Præsentation af sygdommen

Børn med myelomeningocele (også kaldet rygmarvsbrok og i herværende artikel forkortet til MMC) har en tidlig medfødt udviklingsforstyrrelse ved manglende lukning af neuralrør og ryghvirvler i 3. – 4. uge i fosterstadiet.



Fotografi af et nyfødt barn med MMC.

MMC er en medfødt misdannelse af ryghvirvler og rygmarv. Den forårsager ofte langsigtede skader af nedre og øvre ekstremiteters koordinering med signifikant lammelse af underekstremiteter og begrænsede gangfunktioner og påvirket vandladnings- og afføringsfunktion samt vand i hovedet (hydrocephalus).

MMC hører til gruppen af sjældne handicaps.

Spina bifida myelomeningocele (MMC) er den mest almindelige og alvorligste lidelse hos børn, som overlever neuralrørsdefekter.

I første del af fosterets levetid er det en mangel i den væsentlige proces, som udgør neuralrørets dannelse, der ligger til grund for åben spina bifida.

Neuralrøret er kun en del af det overordnede billede af den unormale udvikling i centralnervesystemet. Som en konsekvens af tidlig gestationsafbrydelse i neuroembryogenesen kan der finde betydelige forstyrrelser sted i hjernens udvikling. De omfatter medfødte misdannelser eller svækket udvikling af adskillige hjerneregioner – lillehjernen (cerebellum), midthjernen og hjernebjælken (corpus callosum), tillige med ændringer i hjernestrukturen. Her viser sig en tilstand, hvor der forekommer forstyrrelser i omsætningen af hjernevæske, og hvor hjernens væskehulrum bliver udvidet. Tilstanden med de alvorligste forstyrrelser kaldes for Chiari II malformation. Da væsken produceres

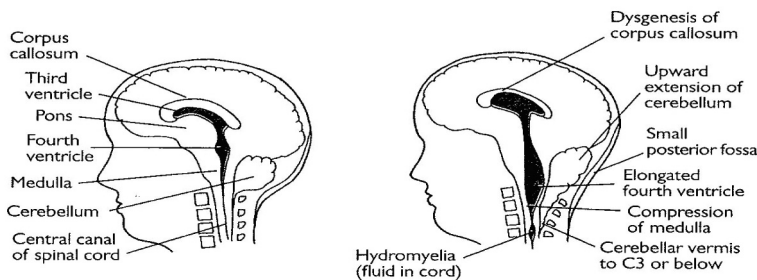


Figure 5.11. Features of the Chiari II malformation, compared with normal anatomy (left), as shown on an MRI scan. Notice the poorly formed corpus callosum and the downward displacement of the cerebellum, which may lead to brainstem compression symptoms.

*Illustration fra
Adrian Slanders
bog (2004) (s. 68).
Living with Spina
Bifida.
A guide for fami-
lies and profes-
sionals. The Uni-
versity of North
Carolina Press.*

uden ophør med samme hastighed, sker der en ophobning i hjernen, -det som kaldes hydrocephalus-, og der opstår et overtryk. Ved sædvanligvis at indlægge en shunt, kan den overskydende væske ledes fra hjernen til bughulen (Vinck 2009).

Der kan ske yderligere forstyrrelser i hjernen, som skyldes hydrocephalus og dens behandling. Det er ikke kun udviklingen af hvid substans og myelinisering, der afbrydes, men også kortikal neuronal udvikling.

MMC er en sammensat funktionsnedsættelse, der i varierende grad kan medføre motoriske-, sensoriske-, urologiske- og neuropsykologiske/kognitive vanskeligheder. Der kan være stor variation indenfor gruppen af børn med MMC.

Motoriske-, sensoriske- og urologiske vanskeligheder

Den motoriske udvikling påvirkes afhængig af brokkets placering og type.

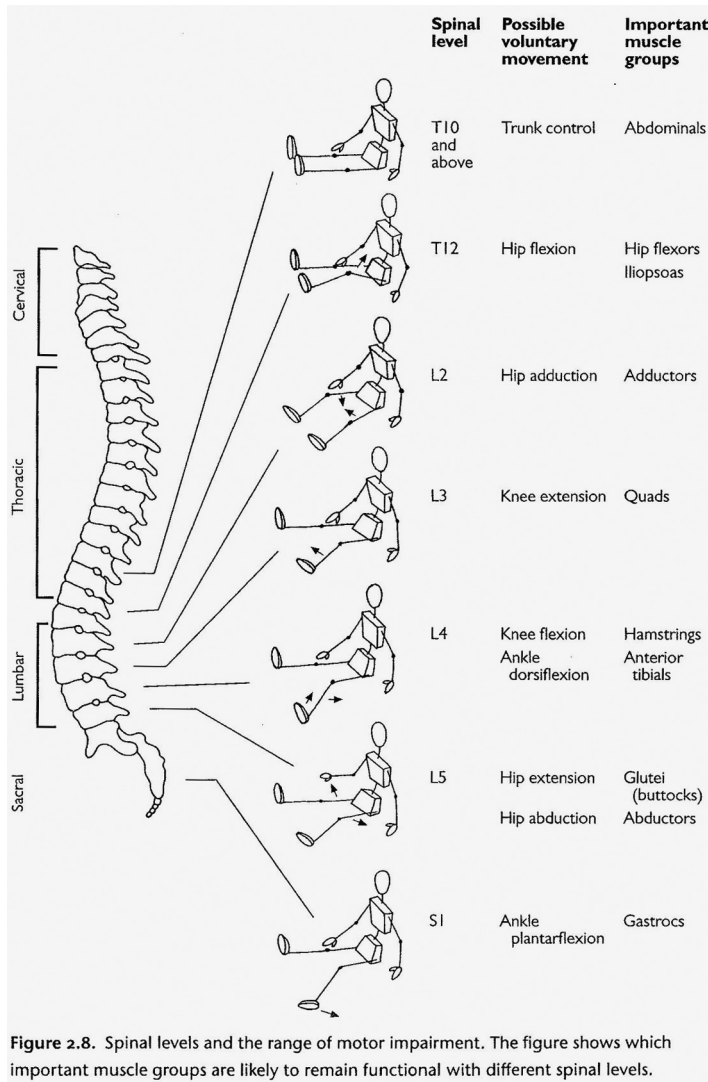
Ifølge beskrivelse fra Center for små handicapgrupper (1999) kan man lave følgende grove inddeling: Hvis brokket er placeret således, at 12. brystvirvel medinddrages, bliver barnet kørestolsbruger. Hvis 1. og 3. lændehvirvel er

medinddraget, bliver barnet overvejende kørestolsbruger. Undertiden kan barnet have færdigheder med hensyn til at gå med benskiner og benytte ganghjælpemidler. Hvis 4. lænde- og 1. korsbenhvirvel er medinddraget, vil barnet kunne gå med skinner. Hvis brokket svarer til 2. korsbenhvirvel eller længere nede, kommer barnet oftest til at gå uden hjælpemidler måske med besvær.

Mange børn med MMC har brug for hjælpemidler og fysioterapi for at komme til at gå. Som udgangspunkt er det vigtigt at støtte barnet i at komme op at stå og gå tidligt fra 1. års alderen. Selv om perspektivet for nogle vil være at bruge kørestol ud i fremtiden er det vigtigt at lære at gå, hvis det er muligt for at bevare nogen gangfunktion. Det vil f.eks. være en fordel at kunne flytte sig til fods fra kørestol til toilet.

Den manglende nerveforsyning går også ud over de sensoriske nerver. Udbredelsen af den nedsatte følesans er ligesom de motoriske forringelser afhængig af brokkets højde.

Den nedsatte fornemmelse af berøring og tryk kan medføre, at barnet f.eks. ikke kan føle, når en sko trykker, eller



Rygsøjlelæsions niveau inddeles i to grupper: Øvre læsionsniveau (T 12 og over) og nedre (L 1 og under)samt nummering i forhold til de forskellige rygsøjleområder (Fra Sandler, A. s. 21)

mærke hvis det har sat en hånd under meget varmt vand og efterfølgende får et brandsår. Skaderne kan være længe om at hele og udgør risiko for alvorlige infektioner.

De urologiske vanskeligheder bevirker, at de fleste børn med MMC – ca. 95% – i varierende grad vil have blære- og tarmtømningsvanskeligheder og/el-

ler inkontinens.(Ifølge rapport fra Righospitalet i Norge 2002) Urin og afføring vil hos nogle afgå sivende. Dvs. mere eller mindre hele tiden. Barnet mærker desuden ikke, når blæren er fyldt.

Urinvejsinfektioner er almindelige som følge af problemerne med blærens funktion. Ved alvorlige eller langvarige infektioner kan nyrerne skades.

Barnet vil ofte have behov for praktisk støtte til toiletbesøg.

Forekomst og ætiologi

Med hensyn til hyppighed bliver der ifølge den sidste opgørelse fra Center for små handicapgrupper (1999) i Danmark gennemsnitlig født 33 børn om året med MMC. Det anslåede antal personer, som har MMC i Danmark, er 1018.

Efter der i 2004 i Sundhedsstyrelsen blev lavet retningslinier for diagnostik og aborter med alvorlige handicap herunder MMC, og gravide fik tilbud om risikovurdering af Downs syndrom og senere en gennemskanning for misdannelser i uge 18. – 20. uge, er der sket et fald i antallet af børn født med neuralrørsdefekt. (Ifølge Rapport fra Center for Ligebehandling af Handicappede 2006)

Raten af neuralrørsmisdannelser er varierende fra 1 til 10 pr. 1000 fødsler hen over etniske grupper i verden (Botto 1999).

Der fødes flere piger end drenge med MMC.

Der forskes fortsat meget indenfor årsagerne til MMC.

Ifølge Fletcher (2004) beskrives, at der er en øget risiko for, at forældre med neuralrørsdefekter får børn med de samme misdannelser, og at deres afkom i første og andet slægtled kan få dem. Desuden bliver der fremhævet, at forekomsten af neuralrørsdefekter bl.a. er højere i Mexico, Nordlige del af

Kina og Sydamerika. F.eks. ser det ud til at disse grupper ikke har fået påvirkninger fra andre etniske grupper og derfor har en højere risiko for neuralrørsdefekter end blandt de befolkningsgrupper, som i større udstrækning har

immigreret. Mange genetiske syndromer eksisterer sammen med neuralrørsdefekter. Hos kvinder med barn med neuralrørsmisdannelse er der fundet forhøjede blod homocysteine niveauer. Disse er blevet relateret til problemer med metabolisme af folat.

Det viser sig, at der sker en nedbringelse af risikoen for neuralrørsmisdannelser, når kvinder indtager folsyretilskud inden graviditeten. Derved reduceres neuralrørsdefekter signifikant (FødevareRapport om Folat og neuralrørsdefekter 2003). Mekanismerne hvorved folsyre udøver en præventiv effekt i forhold til neuralrørsdefekter er ikke bevist endnu.

Der er endvidere undersøgt betydningen af en række andre miljømæssige risiko faktorer som fedme hos mødre og diabetes, medicin forbrug og misbrug. Men der er ikke fundet tydelige sammenhænge.

Der konkluderes (Fletcher 2004), at årsagerne til neuralrørsdefekter er multifaktorielle, og arvelige faktorer kan samvirke med risikofaktorer i miljøet.

Indledning til de neuropsykologiske forhold vedr. MMC

Med hensyn til de kognitive færdigheder og vanskeligheder samt neuropsykologiske dysfunktioner er der stor variation indenfor børnegruppen. MMC fremstår typisk som en multifaceteret neuropsykologisk tilstand med komplekse neuropsykologiske følger.

Det vil jeg beskrive i det følgende.

Generelle kognitive funktionsniveauer

Indenfor den neuropsykologiske forskning er der blevet påvist i et årti, at de

fleste børn med MMC har karakteristiske færdigheder og vanskeligheder. De har et generelt kognitivt standpunkt, som ligger indenfor et kontinuum, der spænder fra den lave del til midt i normalområdet. Det er undersøgt via de børn som i studierne har kunnet gennemføre en psykometrisk test, – f.eks. Bayley skalaerne, WPPSI, WISC.

Ud af den samlede gruppe er der ca. 20% , som har mødt kriteriet for mental retardering. Med en definition af mental retardering vurderet ud fra standarderne ifølge ICD-10. (Oakeshott 2003 og Fletcher 2004)

Endvidere er det blevet påvist, at den kognitive testprofil hos de fleste børn med MMC generelt viser bedre præstationer indenfor den sproglige del end den ikke-sproglige problemløsningsdel. Det forringede resultat er især afstedkommet af de visuospatielle men for en del også de finmotoriske problemer (F.eks. Mataró 2001).

22% af børn i gruppen med MMC havde ikke problemer med intellektuelle funktioner, opmærksomhed eller indlæringsvanskeligheder ifølge Fletcher (2004). De havde dog et generelt lettere sænket funktionsniveau indenfor normalområdet som nævnt i testprofilen ovenfor.

Om mental retardering

Der er forskellige forskere, som har været optaget af forhold vedr. at stille diagnosen mental retardering tidligt. Om læsionsniveau ved rygøjlen kan sammenkædes med variationer i den unormale hjerneudvikling og den neurologiske adfærds fremtræden tidligt i småbørnenes liv? Når det er relevant, er det dels, om der kan tilføres ny viden til den psykologiske undersøgelse

fra den neuropsykologiske hjerneudvikling, og dels om der er ny viden, som kan formidles til forældre om årsagerne til den generelle udviklingsforsinkelse/mentale retardering.

En hollandsk forskergruppe (Beeker 2006) har den hensigt med deres undersøgelses data af en gruppe børn med MMC, at beregne en forudsigelse om intelligensen for hver nyfødt med MMC. De ønsker med en viden om den nyfødtes intelligens at hjælpe familierne til bedre at kunne planlægge fremtiden.

Metoden er multipel lineær regressionsanalyse for tidsserie data. Arbejdshypotesen at IQ niveau er direkte relateret til medfødte misdannelser i nervesystemet skal afprøves. De sammenkæder bl. a. opgørelser over graviditets længde, prænatale problemer, udvidede ventrikler ved hydrocephalus, rygsøjlelæsions niveau, målt omrids af meget lille eller stort hoved med samlede IQ niveauer fra psykometriske tests.

De statistiske analyser har ledt frem til, at de ikke kunne bekræfte den vurdering, at hydrocephalus ved fødslen er grunden til et lavt resultat med hensyn til intellektuelle funktioner, da 33 børn ud af 88 uden hydrocephalus ved fødslen havde en IQ lavere end 85. Desuden afviste de den formodning, at høj percentil (hovedomfang > P97) med hensyn til hovedomfang altid ledte til en lav IQ, fordi 33% af tilfældene med en hovedomfang, som var større end dette, havde en IQ over 85. Endvidere blev den antagelse afvist, at shunt infektioner forårsager lav IQ.

Deres konklusion er, at den betydelige sænkning af IQ niveau viser sig at være til stede allerede ved fødslen i 92% af tilfældene, og årsagen til en lav IQ vurderes derfor som en klassisk med-

født defekt, en diffus og lukket skade som de fleste andre medfødte udviklingsforstyrrelser.

Heroverfor står en undersøgelse af Fletcher et al. (2005), hvor formålet var at vurdere om rygsøjlelæsions niveau kan relateres til variationer i den unormale hjerneudvikling og det neuropsykologiske funktionsniveau. Psykometriske vurderinger af håndethed, intellektuelt funktionsniveau, boglige færdigheder, evne til at tilpasse adfærden til omgivelserne blev sammenlignet mellem læsions niveau grupper. De psykometriske vurderinger blev også anvendt til at beskrive antallet af børn i forhold til kriterier som mental retardering, ADHD og indlæringsvanskeligheder.

MR-billeder fra børn med øvre-niveau læsioner ved rygsøjlen viste flere unormalheder i midthjernen, tectum, pons og splenium; men dog ikke i lillehjernen sammenlignet med billeder fra børn med lavere-niveau læsioner. Øvre-niveau læsioner var også forbundet med nedbringelse af hjerne og lillehjerne omfang, lavere scores indenfor intelligens målinger, boglige færdigheder og evne til at tilpasse adfærd til omgivelserne og med en højere frekvens af børn, som mødte kriterier for mental retardering.

Der konkluderes, at et højere niveau m.h.t. rygsøjlelæsion markerer en mere alvorlig unormal hjerne- udvikling, som så igen er forbundet med dårligere funktioner relateret til neurologiske status indenfor en stor variation af områder, der afgør niveauer for selvstændig fungeren for disse børn.

Hyppest forekomne dysfunktioner hos børn med MMC

Det følgende vil omhandle kognitive og neuropsykologiske forhold vedr. de

børn, som har kunnet gennemføre de forskellige studier med testninger indenfor normaludviklingen. Det er dysfunktioner som i forskelligt omfang er/ kan være med til at forsinke barnets udvikling og indlæring.

Visuel perception

Om perception beskriver Dennis (2006), at med hensyn til karakteristiske mønstre af styrker og svagheder har børn med MMC relative styrker indenfor visuo-perceptuelle opgaver, som involverer kategoriske relationer f.eks. ansigts perception, objekt perception (associativ forarbejdning). De har relative vanskeligheder indenfor visuo-perceptuelle opgaver, hvad angår skelnen mellem visuel figur-grund omrids og perception af flertydige figurer, f.eks. overlappende objekter. Børnene har desuden vanskeligheder med handlings baseret visuel perception, hvor der kræves koordination mellem visuel perception af rumlighed og åbenlys handling (samlet forarbejdning).

Hvad angår sidstnævnte, er det en betydelig forringelse, fordi fleksible repræsentationer i forhold til rumlighed styrer adfærd så forskellig som håndskrivning, etablere figurale omrids og kaste en bold til et mål.

Foringet motorik er ikke ansvarlig for nedsat funktion indenfor samordnede perceptions opgaver, fordi børn med MMC ikke kun har vanskeligheder med tegneopgaver, som kræver både visuel perception og motorisk kontrol men også indenfor opgaver med begrænsede motoriske komponenter. Intakt associativ bearbejdning og forringet samlet forarbejdning indenfor visuel perception kan også demonstreres indenfor auditiv perception. Det uddybes ikke her.

Sprog

Børnenes sproglige funktionsniveau bliver oftest set som deres aktiv. Nyere studier har dokumenteret, at sprogfunktionen består af en profil af intakte og forringede færdigheder. Der kan være motoriske tale vanskeligheder f. eks. med hensyn til talehastighed og ataksisk dysartri. For skolebørnene kan sprogfunktionen desuden være utilstrækkelig indenfor områder som diskursiv forståelse og omfatte vanskeligheder med idiom forståelse (Vinck 2009).

Børn med MMC udvikler indholds- og funktions ord og demonstrerer muligheder med grammatik og ordforråd. Men de viser, at de har semantisk-pragmatiske vanskeligheder på diskursniveau. Deres styrke ligger indenfor det formaliserede, de faste grammatiske strukturer og enkelt ord eller ordforbindelser og betydninger, som står som oplagrede associationer. Deres svagheder er i et givent øjeblik at samle mening ud fra et udsagn ved at integrere ord, omverdenskendskab og kontekst (Dennis 2006).

Hukommelse

Der er forskellige opfattelser af, om børn med MMC har forringelser med hensyn til hukommelse. Der er desuden ikke lavet sammenhængende undersøgelser af hukommelses funktioner (Mataró 2001).

Med udgangspunkt i den teoretiske skelen mellem indirekte hukommelse, -indlæring eller formidling af en præstation ved fremvisning uden hensigt med at huske (associativ forarbejdning) og eksplicit hukommelse, -den bevidste bestræbelse på at genkende eller genkalde (samlet forarbejdning) beskriver Yeates (1995) og Dennis (2004), at børn

med MMC. har en relativ intakt implicit hukommelse og i modsætning hertil har forringelser indenfor eksplicite hukommelses tests.

Der er også blevet udført en undersøgelse (Boyer 2006) om arbejdshukommelse og informations forarbejdningshastighed indenfor auditive tests. Gruppen af børn med MMC lavede flere fejl end den almindeligt udviklede kontrolgruppe.

Opmærksomhed

Desuden er der en gruppe børn ifølge Fletcher's undersøgelse (2004) med den typiske kognitive profil – som nævnt ovenfor indenfor normalområdet, og som har vanskeligheder med opmærksomhed. Ifølge Fletcher's viste 34% af denne gruppe børn forhøjede forældre scoringer med hensyn til manglende opmærksomhed og/eller hyperaktivitet – dårlig impuls kontrol. Den største gruppe (26%) repræsenterede børn, der blev vurderet til at høre under den overvejende uopmærksomme gruppe. Der var 2% i den hyperaktive-impulsive gruppe og 6% i den kombinerede gruppe. I forhold til den sidstnævnte gruppe blev der vurderet, at stigninger i scoringerne, hvad angik overdreven eller uorganiseret tale og aktivitet, typisk havde at gøre med børnenes vanskeligheder med at bruge og forstå sproget ved en konkret tekst og i en kommunikativ sammenhæng frem for at handle om forstyrrelser af opmærksomhed og hyperaktivitet.

De fund reflekterer vanskelighederne med opmærksomhed og årvågenhed, som er almindelige hos flere børn med MMC.

Som tidligere nævnt er der bl.a. ifølge Fletcher omkring 20% af børne-

gruppen, som har mental retardering. Denne børnegruppe kan i store træk yderligere deles i en gruppe på 27% med opmærksomhedsproblemer scoret ud fra forældreskemaer. Med hensyn til denne gruppe udgjorde den største undergruppe 14% og blev vurderet til at have problemer med uopmærksomhed.

6% var indenfor gruppen med hyperaktivitet og dårlig impuls kontrol. 8 % havde begge kombinationer.

Ud fra Dennis (2006) kan de primære beskadigelser vedr. centralnervesystemet beskrives med tre kerne vanskeligheder i den neurale fænotype, som griber ind i den kognitive og motoriske udvikling. Den ene er opmærksomhedsorientering.

Den er tydelig indenfor forskellige segmenter i individets levetid, og er specifik i forhold til den væsentlige orienteringsfunktion opmærksomhed.

Visuel opmærksomhed er kontrolleret af to delvist adskilte neurale systemer, -én involveret i at respondere på vigtighed og nødvendiggør automatisk stimulus drevet orientering, -den anden involveret i målrettet respons, som er drevet af kendskab, forventninger og mål.

Spædbørn finder det vigtige i deres visuelle verden, idet de orienterer sig overfor noget nyt. De maksimerer deres udforskning af det nye ved ikke at udforske den samme lokalisering monotomt. Sammenlignet med typisk udviklede jævnaldrende viser småbørn med MMC f.eks. udviklingsmæssige forsinkelser med hensyn til at orientere sig overfor vigtige ansigter. Indtil 24 måneder gamle tager de længere tid end jævnaldrende om at skifte fra en perceptuel betydelig stimulus, -f.eks. et bippende lys, til et andet, -f.eks. et ansigt.

At orientere sig kan medføre enten åbenlyse bevægelser af hovedet, øjne eller kroppen eller skjulte skift af opmærksomhed, hvorved hoved, øjne og krop forbliver stationær. Skjult orientering, som ændrer opmærksomhedsprioriteter, kan enten være automatiske, som når vi orienterer os mod væsentlig information, eller fuld af bestræbelser som f.eks. med viljestyrede opmærksomhedsskift til noget interessant. Skolebørn med MMC orienterer sig mere langsomt overfor og tager længere om at frigøre sig fra hvad, der har fanget deres opmærksomhed; men viser ikke vanskeligheder med at orientere sig overfor kognitivt interessante stimuli, som er under målrettet oppefra og ned kontrol.

Hæmning af tilbagevenden (inhibition of return), -den yderligere tid krævet for at reagere på et mål på et tidligere overværet sted- er en mekanisme for fleksibel visuel søgen og øger chancen for at udforskning vil forekomme med nye objekter på nye steder. Sammenlignet med kontrol børn, så viser børn med MMC svækket hæmning med hensyn til tilbagevenden til det vertikale plan. Børn med MMC og tectal beaking, den karakteristiske midthjerne misdannelse hos flere i gruppen, har vanskeliggjort manglende evne til at orientere sig i deres omgivelser såvel åbenlyst med øjenbevægelser som skjult i måden, hvorpå de skifter opmærksomhed. Disse børn viser vanskeligheder med at orientere sig i forhold til det vigtige og en mere svækket hæmning med hensyn til tilbagevenden til det vertikale plan.

Udforskning af de visuelle omgivelser regulerer muligheder for perceptuel-kognitiv aktivitet; men småbørn og

skolebørn med MMC udforsker rummet ineffektivt.

De to andre kernevanskeligheder i forbindelse med bl.a. opmærksomhed er timing og bevægelse. Vanskelighederne, der netop er beskrevet og nævnt, er ifølge Dennis (2006) med til at forhindre den normale udvikling af kognitiv forarbejdning, som indbefatter evnen til at samle og integrere information (samlet forarbejdning)

Vrinck (2009) beskæftiger sig også med opmærksomhed og beskriver, at børn med MMC har tilbøjelighed til at have vanskeligheder med kodning (evnen til at fastholde information "in mind" med henblik på umiddelbar handling eller manipulation), vedholdende, fokuserende og skiftende opmærksomhed. Ud over dette undersøges også distraktion/impulsivitet.

Der konstateres, at opmærksomhedsvanskeligheder i sig selv er vanskelige at vurdere hos børn med MMC. Det skyldes forvirring af og samspil med motoriske og kognitive krav indenfor de mest traditionelle prøver, som kan vurdere opmærksomhed. (F.eks. at vurdere fokuseret opmærksomhed ved prøver som symboler og kodning i WISC), som ikke udreder effekten af visuomotoriske og sproglige vanskeligheder i den kognitive profil hos børn med MMC.

Præstationer indenfor de traditionelle tests svarer til de tidligere fundne resultater, hvad angår vanskeligheder med opmærksomhed.

Der konkluderes, at opmærksomhed også bør måles ud fra computerbaserede opgaver, som måler reaktionstid, hvor der har været få eller ingen krav til visuomotoriske- eller kognitive funktioner. Her viser børnene med MMC meget begrænsede opmærksomheds vanskelig-

heder, hvad angår vedholdende, fokuserende og skiftende opmærksomhed.

En case

Kenny henvises til undersøgelse i november 2008 med henblik på vurdering af skoleparathed i forhold til start i børnehaveklasse sommeren 2009.

Af faktuelle forhold skal nævnes, at Kenny er født med rygmarvsbrok (lumbal myelomeningocele). Umiddelbart efter fødslen foregik operation af brokket. Men Kenny fik herefter vand i hovedet, og der blev indlagt en ventil.

I dagligdagen kommer han omkring ved hjælp af en el-kørestol og benytter ind imellem ståstativ. Ved start i børnehaven havde han en støttepædagog, som bl.a. hjalp med at tilrettelægge hverdagen således at hans sociale og pædagogiske udvikling mest muligt blev tilgodeset i forhold til de motoriske vanskeligheder. Herefter har der været tilknyttet en praktisk medhjælp. Kenny følges kontinuerligt af fysioterapeut og ergoterapeut. Han kommer jævnligt til kontrol på universitetshospitalet.

Vedrørende beskrivelser af Kenny har både personalet i børnehaven og forældrene oplyst, at han ofte mister opmærksomheden og koncentrationen. Personalet beskriver det på den måde, at han ofte "falder ud". Det sker især, når Kenny er til samling, at han mangler opmærksomhed omkring det, som sker. De synes også, at han arbejder langsomt, når han laver førskole skriveopgaver eller skal farvelægge felter. Selv om Kenny sidder i kørestol eller benytter ståstativ, begrænser det ikke hans lyst til at være sammen med børnene på stuen. Kenny er en social og glad dreng. Personalet oplyser, at det fortsat er nødvendigt at tilskynde de

andre børn og Kenny til at tage initiativ til fælles leg. Når han er optaget af at lege, lægger man ikke mærke til hans vanskeligheder med opmærksomhed. Personalet har forsøgt at afhjælpe Kenny's vanskeligheder i læringssituationer ved verbalt at støtte barnets opmærksomhed og derved gøre ham mere årvågen. Det hjælper et kort øjeblik, hvorefter han har behov for deres støtte igen.

Forældrene og personalet er bekymrede for, at Kenny ikke kan følge med i undervisningen i skolen, uden der er voksne, som ind imellem kan hjælpe ham.

Der blev foretaget en psykologisk undersøgelse med henblik på at afklare skoletilbud. Da Kenny var 5 ½ år gammel, blev der foretaget psykologisk testning i børnehaven. Kenny blev undersøgt med WPPSI-R, der er en kognitiv udviklingstest for småbørn.

Da vi mødtes, viste drengen fra begyndelsen, at han godt kunne lide social kontakt og tog initiativ til at fortælle om det, han lige nu var optaget af i børnehaven. Det var tydeligt, at Kenny befandt sig godt med at være alene med en voksen. Han var en rar og positiv dreng at være sammen med. Kenny viste nysgerrighed overfor det, han skulle i gang med.

Igennem forløbet gjorde Kenny hvad han kunne for at løse de stillede opgaver.

Efter et kvarters tid "faldt han ud" og virkede uoplagt. Jeg indlagde herefter små pauser, hvor han kunne holde fri og bevæge sig rundt i rummet med kørestolen. Desuden var det til gavn for at Kenny kunne holde koncentrationen, at han ikke arbejdede for lang tid ad gangen. Derfor strakte testningen sig over

tre gange for at give ham gode muligheder for, at han kognitivt viste det optimale.

Udviklingstesten er inddelt i en sproglig del med sprogligt betonedede opgaver, som kræver mundtlige svar og en handledel med opgaver, hvor barnet skal svare ved at pege, placere genstande eller bruge et skriveredskab, og hvor det sproglige element er elimineret.

Kenny placerer sig generelt midt i normalområdet. Men der er forskel på hans færdigheder indenfor den sproglige del og i handledelen. Indenfor de sproglige prøver placerer han sig mere spredt med de fleste prøver over middel og middel og i handledelen placerer han sig under middel.

I den verbale del klarede Kenny dårligst prøven meningar, som omhandler auditiv hukommelsesspændevide. Næst dårligt og lige under middel klarede han prøven ordförråd, hvor han ud fra spørgsmål skulle beskrive, hvad ord betyder.

Set samlet klarede Kenney handledelen i den nederste del af normalområdet. Dårligst løste han prøven geometriske mønster, hvor han bl.a. skulle kopiere enkle geometriske figurer ved hjælp af en blyant. Her havde Kenny svært ved visuelt at afbilde dem.

Desuden løste Kenny prøven djurhuset på samme niveau. Han skulle ud fra en kode på et formbræt placere farvede brikker i et hul under billeder af forskellige dyr. Her arbejdede Kenny ikke systematisk, så han fulgte den almindelige rækkefølge. Selv ikke efter opfordring. Kenny tog i stedet de fleste blå brikker og satte dem i. Herefter de hvide. Kenny viste herved, at han har svært ved at skifte fokus.

I forhold til samtlige prøver indenfor handleprøven kunne der være tegn på øjenmotoriske- og finmotoriske vanskeligheder, idet han arbejdede langsomt i sin søgen efter symboler og brikker. Det kunne være med til at sænke niveauet.

Der skal også nævnes, at selv om der var indlagt pauser, havde Kenny perioder, hvor han "faldt ud" eller mistede koncentrationen.

Der kan sammenfattes, at Kenny fremstår som en dreng med et kognitivt udviklingsniveau, der gennemsnitligt ligger midt i normalområdet. Der er forskel på hans færdigheder indenfor den sproglige del og handledelen, idet han generelt placerer sig lidt dårligere non-verbalt. Ud over de visuo-perceptuelle vanskeligheder indenfor handledelen viser Kenny, at han har en del opmærksomhedsvanskeligheder under opgaveløsning, og at der kan være tegn på øjen-motoriske og finmotoriske vanskeligheder.

Med hensyn til skoletilbud frem over peger undersøgelsen på, at undervisning af Kenny kan blive tilgodeset i en almindelig folkeskole. Kenny har flere specifikke udviklingsvanskeligheder, og set samlet vil han have behov for specialpædagogisk bistand. Til en start er der primært behov for at opstille støttesystemer i forhold til hans opmærksomhedsvanskeligheder i klassen. Her kan anbefales, at hans placering i klasseværelset overvejes. Dels specialpædagogisk bistand senere i forhold til den begyndende tal- og bogstavindlæring. Der er fortsat behov for, at han får støtte til at indgå i de sociale fællesskaber med sine skolekammerater.

I skolen og i SFO vil Kenny have behov en praktisk medhjælp.

Refleksion over den psykologiske undersøgelse i casen

Undersøgelsen er medtaget, fordi den viser, at der er tydelige tegn på, at det i Kenny's tilfælde kunne være berettiget at lave en nøjere neuropsykologisk undersøgelse.

Dels med undersøgelse af hans opmærksomhedsproblemer og dels med at sætte hans funktionsniveau ind i en neuropsykologisk sammenhæng med færdigheder og vanskeligheder fælles med gruppen af børn med MMC og de forventede udviklingsmæssige perspektiver.

Afsluttende skal fremhæves, at samlet set fremstår gruppen af børn med MMC med en variation af få eller flere forskellige vanskeligheder – spændende fra diskrete problemer til generel udviklingsforsinkelse.

Nu handler herværende artikel om de kognitive og neuropsykologiske forhold hos børn. Men det skal påpeges at i forhold til det enkelte barn, er der et behov for et samlet tværfagligt- og tværsektionelt samarbejde for at sikre dets trivsel og udvikling.

Referencer

- Becker, T. W. et al. (2005). Prediction of independence and intelligence at birth in myelomeningocele. *Childs Nervous System*. 22.
- Botto, L. D. et al. (1999). Neural tube defects. *New England Journal of Medicine*. 341.
- Boyer, KM et al. (2006). Working memory and information processing speed in children with myelomeningocele and shunted hydrocephalus: analysis of the children's paced auditory serial addition test. *J. Int. Neuropsychology Soc.*
- Center for små handicapgrupper (1999). *Beskrivelse – visning*.
- Center for Ligebehandling af Handicappede/Mette Sommer og Janus Torp (2006). *Sene provokerede aborter. En undersøgelse om udviklingen af sene provokerede aborter på*

- fostre, der er diagnosticeret med alvorlige og legemlige eller sjælelige lidelser.
- Dennis, M. et al. (2006). A model af neurocognitive function in spina bifida over the life span. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Vol. 12. No. 2.
- Fletcher, Jack M. et al. (2004). Spina bifida: Genes, Brain and Development. *International Review of Research in Mental Retardation*. Vol. 29.
- Fletcher, Jack M. et al. (2005). Spinal lesion level in spina bifida: a source of neural and cognitive heterogeneity. *Journal of Neurosurgery*. (Pediatrics 3) 102.
- FødevareRapport (2003). Folat og neuralrørsdefekter Fødevarestyrelsen. Nr. 01.
- Hommet, Caroline et al. (1999). Neuropsychologic and Adaptive Functioning in Adolescents and Young Adults Shunted for Congenital Hydrocephalus. *Journal of Child Neurology*. Vol. 14. Nr. 3.
- Jong, Rob de T. H. (2008). Deliberate termination of life of newborns with spina bifida, a critical reappraisal. *Childs Nervous System*. Jan.
- Mataró, Maria et. al.(2001) Neuropsychological Findings in Congenital and Acquired Childhood Hydrocephalus. *Neuropsychology Review*. Vol. 11. No. 4.
- Oakeshott, Pippa and Hunt, Gillian M.(2003). Long term outcome in open spina fida. *British Journal of General Practice*. August.
- Rigshospitalet (2002). Rapport om myelomeningocele. Norge.
- Vinck, Anja et. al. (2009). Neuropsychological assessment of attention in children with spina bifida. *Cerebrospinal Fluid Research* 6.
- Yeates, KO et al.(2005). Implicit and explicit memory in children with congenital and acquires brain disorder. *Neuropsychology*.

Nonverbale indlæringsvanskeligheder (NLD) – Et kritisk blik på forståelsesramme og klinisk anvendelse



Motivation

Baggrunden for denne artikel er forfatternes erfaring for i bl.a. socialforvaltningens, PPR og børne- og ungdomspsykiatriens regi, at der blandt psykologer og andre fagfolk er en udbredt praksis for at anvende begrebet ”nonverbale indlæringsvanskeligheder (NLD)”, så snart der ved testning af børn med WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children, Tredje udgave) konstateres en – ikke nødvendigvis statistisk signifikant – lavere nonverbal IK end verbal IK (SIK>HIK). Denne kognitive profil benævnes således ofte ”NLD-profil”.

Ligeledes er forfatterne i de samme professionelle kredse stødt på den opfattelse, at de bedst fungerende børn med diagnoser indenfor området gennemgribende udviklingsforstyrrelser (også kaldet autismspektrumsforstyrrelser, herefter GUF) ofte har en kognitiv profil, hvor SIK>HIK, foruden at disse børn synes at have mange adfærdsmæssige træk til fælles med børn med NLD.

Det er således nærliggende i den kliniske praksis at anslå, at der er en sammenhæng mellem både den kognitive profil (SIK>HIK), NLD og GUF og/eller imellem dem parvis.

Af Dorte Bek-Pedersen, Licenciada en psicología, aut. &
Nicoline Hemager, cand.psych, aut
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Bispebjerg

Problemformulering

Formålet med artiklen er at forsøge at afklare, hvorvidt vi anvender betegnelsen ”nonverbale indlæringsvanskeligheder/NLD” korrekt eller bare meningsfuldt i vores kliniske praksis, og om begrebet har en diagnostisk værdi. Vi vil derfor undersøge, hvordan vi på baggrund af den tilgængelige forskning kan forstå begrebet ”nonverbale indlæringsvanskeligheder” (NLD), og hvilken mulig sammenhæng der er mellem NLD og en karakteristisk kognitiv profil ved testning med WISC-III (SIK>HIK).

Endvidere vil vi gøre os nogle differentialediagnostiske overvejelser vedr. sammenfald mellem NLD og GUF både på det adfærdsmæssige, kognitive, neuropsykologiske og neurobiologiske plan.

Artiklens opbygning

For at belyse ovenstående, vil vi tage udgangspunkt i hvert af de tre nævnte hovedområder: NLD, gennemgribende udviklingsforstyrrelser samt den kognitive profil ved testning med WISC-R/WISC-III hos disse to grupper. I den sammenhæng vil der bl.a. blive sat fokus på den såkaldte ”NLD-profil” (SIK>HIK).

I første del af artiklen vil vi gøre rede for, hvordan NLD er beskrevet i litteraturen.

I anden del vil vi sammenligne NLD med de gennemgribende udviklingsforstyrrelser (det forudsættes, at læseren har en basal viden om, hvad man forstår ved gennemgribende udviklings-

forstyrrelse, da der ikke vil blive gjort systematisk rede for dette).

I tredje del vil vi i generelle vendinger gøre rede for teorien bag samt fortolkning af forskellige WISC-profiler, lige som vi mere specifikt vil se på og herefter sammenligne de kognitive profiler hos børn med NLD og gennemgribende udviklingsforstyrrelse, sådan som det er beskrevet i litteraturen.

Fjerde og sidste del af artiklen vil bestå af en konklusion, hvor vi vil forsøge at svare på de i problemformuleringen stillede spørgsmål.

1. Nonverbale indlæringsvanskeligheder (NLD)

Hvad er NLD?

Nonverbal Learning Disabilities eller Nonverbal Learning Disability Syndrome (forkortes NLD eller NVLD og kan oversættes til ”nonverbale indlæringsvanskeligheder”) er et begreb, der – kort sagt – anvendes til at beskrive normalt begavede børn med specifikke nonverbale indlæringsvanskeligheder kombineret med gode verbale ressourcer (se f.eks. Hendriksen *et al.*, 2007).

Historisk

Begrebet er første gang beskrevet i 1967 af Johnson & Myklebust, som skelnede mellem hhv. verbal og nonverbal forarbejdningsmåde, og samtidig definerede en række forskellige typer af specifikke nonverbale indlæringsvanskeligheder, som f.eks. vanskeligheder med at lære klokken, følge en instruktion, spille musik, følge rytmen, kropslig orientering samt social perception (Forrest, 2004). Endvidere beskrev de, at børn med nonverbale indlæringsvanskeligheder ofte havde en forskel mellem ver-

bal IK og nonverbal IK på 20-30 point ved testning med WISC, og at de havde visse lighedspunkter med børn med dyskalkuli. Med henvisning til denne undersøgelse beskrev Badian i 1983, at undergruppen af børn med nonverbale indlæringsvanskeligheder og samtidige vanskeligheder i forhold til social perception ikke nødvendigvis behøvede at have regnevanskeligheder (Forrest, 2004).

Siden 1987 har Byron P. Rourke i samarbejde med forskellige kollegaer stået for hovedparten af den forskning, der er udført vedrørende NLD, herunder udvikling af forslag til klassifikationskriterier (se f.eks. Pelletier *et al.*, 2001; Rourke, 2009), som præsenteres nedenfor på side 205.

Diagnose eller syndrom?

Der hersker fortsat en del uenighed og uklarhed om præcis, hvilke kriterier der definerer tilstanden NLD, men det er Rourkes definitions kriterier for NLD, som anvendes i de fleste undersøgelser (Forrest, 2004; Rourke, 2009). Det skal dog understreges, at NLD ikke er optaget i de internationalt anerkendte diagnosesystemer DSM-IV og ICD-10, og derfor ikke er at betragte som en diagnostisk kategori (American Psychiatric Association, 1994; WHO, 1996). Visse steder i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark er der dog praksis for at anvende ICD-10-diagnosen: F88.9 Andre psykiske udviklingsforstyrrelser (WHO, 1996) til at beskrive en ”NLD-problematik”, som vel at mærke primært defineres på baggrund af en karakteristisk kognitiv profil ved testning med WISC-III (SIK>HIK). Med den udtalte anvendelse af begrebet NLD i såvel forskningslitteraturen som dag-

lig klinisk praksis kan det i stedet give mening at tale om et syndrom – altså en række bestemte symptomer, som til sammen karakteriserer en problematik – NLD.

Klassifikationskriterier

Byron P. Rourkes aktuelle klassifikationskriterier for NLD dækker over en række specifikke kognitive ressourcer og vanskeligheder, som ifølge Rourke altid vil medføre sociale vanskeligheder (Pelletier *et al.*, 2001; Forrest, 2004), foruden motoriske, taktile og specifikke indlæringsmæssige vanskeligheder. Kriterierne for 9-15-årige fremgår – i fortsat urevideret form – på Rourkes hjemmeside (2009) og kan oversættes som følger (procentantallet i parentes angiver andelen af børn med NLD, som opfylder det pågældende kriterium):

1. Mindre end to fejl ved simpel taktil perception og suppression (standsning), mens fingeragnosi (svigtende erkendelse af en tilstand ved beføling trods intakt følesans), fingerdysgrafæstesi (ophævet identificering af et tal eller et bogstav, som skrives på huden) og astereognose (manglende evne til ved beføling at bestemme genstandes form og størrelse) er mere end 1 standardafvigelse under gennemsnittet (90,9%). Dvs. simple taktil-perceptuelle evner overstiger komplekse taktil-perceptuelle evner.
2. WRAT (Wide Range Achievement Test)/WRAT-R standardscore i læsning er mindst 8 points højere end regning (85,7%)
3. To af delprøverne Ordforståelse, Ligheder og Information i WISC/

WISC-R er højest af de verbale delprøver (77,9%)

4. To af delprøverne Blokmønster, Puslespil og Kodning i WISC/WISC-R er lavest af de nonverbale delprøver (76,6%)
5. Target Test ligger mindst én standardafvigelse under gennemsnittet (63,6%)
6. Gribestyrke er inden for én standardafvigelse af eller over gennemsnittet, mens Grooved Pegboard Test er mere end én standardafvigelse under gennemsnittet (63,6%)
7. Tactual Performance Test tidsscore ved såvel højre, venstre som begge hænder er nedsat i forhold til normerne (59,7%)
8. Verbal IK overstiger nonverbal IK med mindst 10 points ved testning med WISC/WISC-R (27,3%)

Rourke og hans kolleger antager, men har endnu ikke dokumenteret, at tilstedeværelsen af en NLD-problematik kan konstateres ud fra følgende principper:

- De første fem kriterier er opfyldt: Sikker NLD
- Syv eller otte kriterier er opfyldt: Sikker NLD
- Fem eller seks kriterier er opfyldt: Formodet NLD
- Tre eller fire kriterier er opfyldt: Tvivlsom NLD
- Et eller to kriterier er opfyldt: Ringe sandsynlighed for NLD

Det er værd at bemærke, at Rourke og hans kolleger selv påpeger, at det 8. kriterium formodentlig helt kan udelades uden at påvirke den diagnostiske præcision (Pelletier *et al.*, 2001). Én mulig forklaring på dette kunne være det simple faktum, at en forskel på 10

point mellem verbal IK og nonverbal IK ikke er en statistisk signifikant afvigelse og derfor lige så vel kan være et tilfældigt udsving (se f.eks. Forrest, 2004). Rourke (2009) understreger desuden, at klassifikationskriterierne udelukkende tjener til at afklare, hvorvidt en mere omfattende neuropsykologisk undersøgelse bør foretages og således ikke kan stå i stedet for en sådan. Rourkes anbefalede testelementer i en sådan neuropsykologisk udredning er beskrevet i "NLD assessment protokol for 9-15-årige" (Rourke, 2009).

Rourke og hans kolleger har også udviklet særlige klassifikationskriterier for 7-8-årige (se Drummond *et al.*, 2005), som vi ikke vil komme nærmere ind på i denne sammenhæng.

Symptomatologi

Rourke har opstillet en række primære ressourcer og vanskeligheder, som han mener at finde hos børn med NLD samt en række afledte faktorer, herunder kompetencer og funktionsvanskeligheder i undervisnings- og social sammenhæng (Beese, 1997). På side 207 følger Rourkes model, som sammenfatter disse i oversigtsform (Rourke, 2009).

Endvidere har Rourke og hans kolleger på baggrund af flere undersøgelser fundet, at børn med NLD udviser en øget tendens til internaliserende psykopatologi (som f.eks. depression, angst, isolation, følelseslabilitet og øget suicidalrisiko) og det i tiltagende grad med alderen (Pelletier *et al.*, 2001) – se også nedenfor side 212. Dette fænomen ses som en følgevirkning af de socioemotionelle vanskeligheder og deraf følgende tendens til social isolation og fremmedgørelse, som NLD antages at medføre (Forrest, 2004).

Ætologi

Årsagen til NLD antages at være en højrehemisfæredysfunktion, som bevirker, at de processer, som primært foregår i højre hjernehalvdel, herunder simultan, visuel og helhedsmæssig forarbejdning, er forstyrret, og derfor medfører en række problemer svarende til NLD (Fleischer & Thomsen, 2005; Beese, 1997; Freltofte, 2003). Rourke har endvidere fremstillet en hypotese om, at der er tale om et deficit specifikt i højre hjernehalvdels såkaldte "hvide substans" (white matter) dvs. nervecellernes lange myeliniserede udløbere, som ved en højrehemisfæredysfunktion antages at være færre i antal og/eller forbindelsesfibre, hvilket medfører problemer med at afvikle processerne i højre hjernehalvdel (Freltofte, 2003; Beese, 1997).

Begrænsninger

Det har ved flere forskellige undersøgelser (herunder også Rourkes egne) vist sig, at anvendelsen af NLD-begrebet er forbundet med en række begrænsninger.

Heterogenitet

Først og fremmest er det i flere undersøgelser påvist, at børn med NLD har vist sig at være en særdeles heterogen gruppe med mange (op til 25) forskellige comorbide tilstande eller underliggende ætiologier (Forrest, 2004; Hendriksen, 2007), der på hver deres måde kan påvirke symptombilledet. Rourke selv beskriver da også NLD som en "adfærdsmæssig fænotype, som dækker over forskellige typer af neurologiske sygdomme, forstyrrelser og dysfunktioner" (Rourke, 2009) og betragter således NLD som en

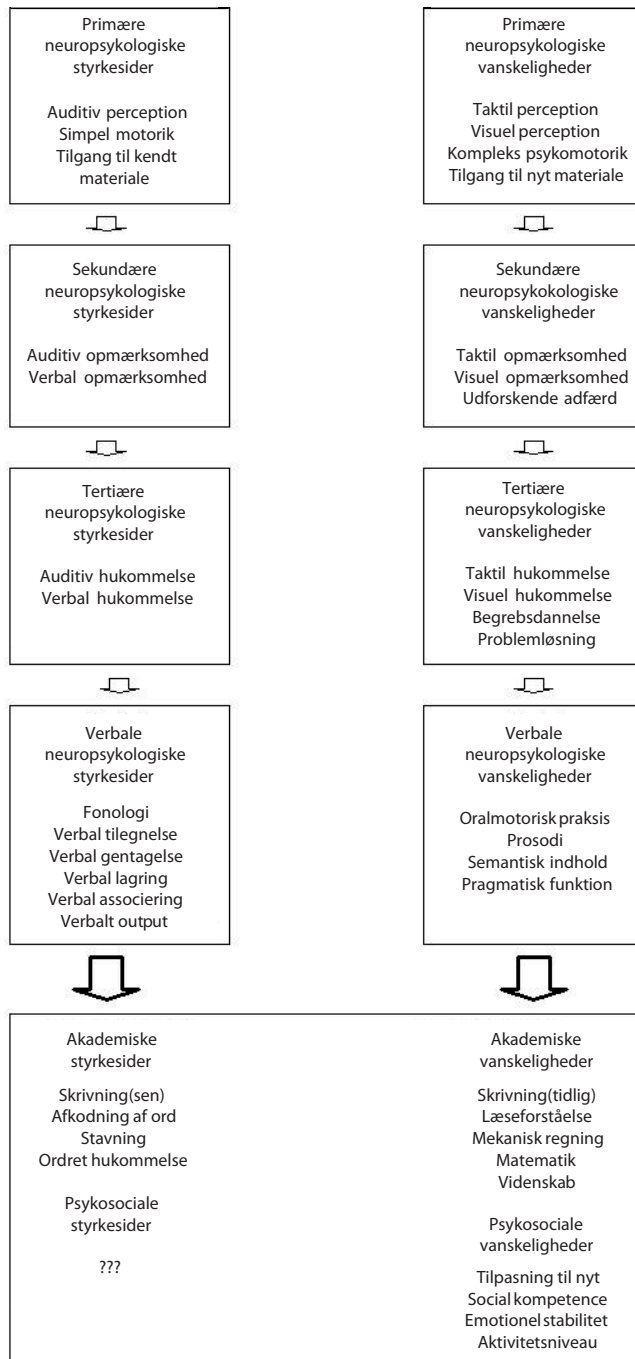


FIGURE 1. Content and dynamics of the NLD syndrome (Rourke, 2009)

del af problematikken ved en række syndromer. Rourke inddeler videre forskellige neurologiske lidelser i et hierarki, hvor det afgørende for placeringen er antallet af sammenfaldende karakteristika mellem den pågældende neurologiske tilstand og de primære ressourcer og vanskeligheder ved NLD (jævnfør ovenstående model). Blandt de 14 neurologiske lidelser på niveau 1, defineret som havende størst muligt sammenfald med NLD, nævnes Aspergers syndrom (Rourke, 2009). Mange andre, både tilhængere og kritikere af NLD-begrebet, fremhæver da også især Aspergers syndrom og højt fungerende autisme som tilstande, der meget vanskeligt lader sig adskille fra NLD (Freltofte, 2003; Forrest, 2004) – se også nedenfor side 209.

Prævalens

Prævalensen i normalbefolkningen er fundet at være 0,1% (Forrest, 2004), mens prævalensen blandt børn med en eller anden form for indlæringsvanskeligheder antages at være omkring 1% (Rourke, 2009). Den forholdsvis lave prævalens kan skyldes, at nogle børn med NLD bliver overset pga. enten manglende viden om syndromet eller mangel på kvalificerede undersøgere, men under alle omstændigheder har det betydet, at det i mange studier har vist sig yderst vanskeligt at skaffe en tilstrækkeligt stor undersøgelsespopulation til at opnå valide og generaliserbare undersøgelsesresultater (Petti *et al.*, 2003).

Specificitet

Endvidere kan det diskuteres, hvorvidt Rourkes klassifikationskriterier for NLD er for uklare eller uafgrænsede, ligesom mange af de foretagne

undersøgelser på området har anvendt forskellige klassifikationskriterier og/eller undersøgelsesmetoder. Der er således mange fortsat ubesvarede spørgsmål vedr. NLD og de med syndromet forbundne vanskeligheder. F.eks. er der som ovenfor nævnt uenighed om, hvorvidt børn med NLD *altid* har regnevanskeligheder og i så fald *hvilken type* regnevanskeligheder (Forrest, 2004). Ligeledes hersker der tvivl om, hvorvidt der blandt børn med NLD reelt er en forøget forekomst af tendens til internaliserende psykopatologi som f.eks. depression, og hvorvidt tidligere anvendte metoder til at måle vanskeligheder med social perception er præcise nok og dermed i stand til at opfange en tilstrækkelig grad af nuancer i børnenes sociale funktionsniveau (Petti *et al.*, 2003; Forrest, 2004). I og med at børn med NLD antages at have særlig svært ved nye ting, kan deres præstation ved visse testmetoder endvidere vise sig at afspejle netop vanskeligheder med nye ting frem for det, testen egentlig forventes at måle som f.eks. evne til social perception (Petti *et al.*, 2003).

Opsamling

NLD er altså en tilstand af temmelig usikker nosologisk validitet, og tilbage står derfor spørgsmålet om, hvorvidt de børn, som ”diagnosticeres” med NLD har tilstrækkeligt mange fælles træk til, at det giver mening at anlægge en fælles forståelsesramme – NLD-begrebet, som samtidig vil kunne implicere bestemte interventionsmetoder og/eller behandlingsformer.

2. NLD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Fælles træk ved NLD og GUF

Der findes en del nyere litteratur, hvori paralleller mellem NLD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser drages og forsøges afdækket. Når NLD og GUF sammenlignes, sker det oftest med udgangspunkt i de bedst fungerende autistiske børn – typisk dem der diagnosticeres med Aspergers syndrom – selv om nogle undersøgelser inkluderer et bredere udsnit af børn med GUF. Parallellerne drages på forskellige niveauer f.eks. i forhold til ætiologi, neurobiologisk struktur, neuropsykologisk funktion og adfærdsbeskrivelser. Ikke sjældent taler man på samme tid om flere forskellige niveauer.

Forståelsesrammen for henholdsvis NLD og GUF

Beskrivelsen af nonverbale indlæringsvanskeligheder og beskrivelsen af de gennemgribende udviklingsforstyrrelser tager oprindeligt hvert deres udgangspunkt i forskellige niveauer eller lag af den menneskelige funktion. Mens udviklingen af teorier og hypoteser omkring NLD primært er opstået omkring psykomטרiske studier og dernæst forsøgt beskrevet neurologisk, så er begrebet GUF opstået på baggrund af observationer af adfærd hos individer og beskrevet i den psykiatriske litteratur (Ryborn, Anderson og Wales, 2009).

I forhold til NLD har man altså bevæget sig fra de neuropsykologiske og neurologiske lag til beskrivelser af adfærd hos individer med NLD, således at man nu i litteraturen kan finde omfattende beskrivelser af stærke og svage funktionsområder i hverdagen, særlige

pædagogiske tilgange osv. i forhold til børn med NLD, ligesom man kan for børn med GUF. Til gengæld forskes der i forhold til GUF i disse år en del med henblik på at afdække det neurobiologiske og neuropsykologiske niveau.

Det giver sig selv, at fund på ét af de før beskrevne niveauer inden for eksempelvis NLD, kan påvirke forståelsen af samme syndrom på andre niveauer. Ligeledes kan forskning i og udarbejdelse af teorier omkring ét syndrom inspirere og påvirke forskning inden for andre områder.

Ætiologi og neurobiologisk struktur

Rourke mener, som tidligere omtalt, at NLD er forårsaget af et deficit specifikt i højre hjernehalvdels såkaldte ”hvide substans” (white matter). Han antager endvidere (Rourke, 2009), at *alle* med Aspergers syndrom, også har ”sikker” eller ”formodet NLD” (jf. Rourkes kriterier ovenfor side 205), mens *ingen* højt fungerende infantile autister opfylder kriterierne, som indikerer sikker eller formodet NLD. Han postulerer, at mens personer med NLD har vanskeligt ved, men interesse for social kontakt og samspil, så karakteriseres (højt fungerende) infantile autister ved ikke at have interesse for samspil med andre.

Med udgangspunkt i Rourkes arbejde beskriver Freltofte i forhold til NLD, at: ”de fleste personer med vanskeligheder i højre hjernehalvdel har en grad af empatiforstyrrelser...(og) ligger således i grænselandet til det autistiske spektrum” (Freltofte, 2003, s. 32). Ligeledes anfører hun, at individer med Aspergers syndrom kan bære mere eller mindre præg af vanskeligheder i højre hjernehalvdel.

I psykiatriske kredse taler man om et autismespektrum, som bl.a. inkluderer både de højt fungerende autister og Aspergers syndrom (i øjeblikket diskuteres indgående hvorvidt diagnosen Aspergers syndrom skal opretholdes, hvilket begrundes i, at der med alderen ikke synes at være megen forskel på det adfærdsmæssige funktionsniveau hos de højt fungerende infantile autister og personer med Aspergers Syndrom), med en fælles ætiologi. I de seneste årtier er fundet evidens for en stærk genetisk betinget komponent i udviklingen af GUF, men man har endnu ikke formået at kortlægge ætiologien eller de neurobiologiske mekanismer bag (Ryburn, Anderson and Wales, 2009).

Der kan konkluderes, at der er en klar diskrepans mellem den aktuelle udvikling i psykiatrien og Rourkes antagelser vedr. personer med Aspergers syndrom og højt fungerende autister.

Neuropsykologisk funktion

Man har gennem årene i flere studier søgt at sammenligne GUF og NLD på det neuropsykologiske niveau, uden at resultaterne har været kongruente (Ryburn, Anderson og Wales, 2009). Ét af de centrale kritikpunkter er, at man ikke tilstrækkelig specifikt har undersøgt de kognitive, taktile og motoriske færdigheder, som findes læderet ved NLD, men i stedet benyttet sig af meget globale mål, som eksempelvis Total IK (TIK), Sproglig IK (SIK) og Handle IK (SIK) (se uddybning omkring kognitive profiler under afsnittet "WISC-III og kognitive profiler").

Visuospatiale, taktile og motoriske færdigheder

Det gav anledning til at Ryburn, Anderson og Wales (2009) gennemførte en undersøgelse af NLD i en gruppe af børn mellem 8 og 14 år, hvoraf nogle var diagnosticeret med Aspergers syndrom og TIK > 80 (n=20), mens andre var normalt fungerende (n=14). I undersøgelsen anvendtes de af Rourke anbefalede tests til screening af samt opstillede kriterier for NLD. Undersøgelsesresultaterne viser, at gruppen med Aspergers syndrom hverken havde relativt sænkede nonverbale eller visuospatiale kognitive færdigheder, endsige vanskeligheder med mere kompleks motorisk og taktil forarbejdning. Dog fandt man, at en del børn med Aspergers syndrom havde vanskeligheder med simpel, finmotorisk koordinering, selv om resultaterne ikke var signifikante set i forhold til gruppen af normalt fungerende børn. Det konkluderes at: "NLD-teorien, som indikerer, at sociale vanskeligheder udvikles som konsekvens af mangelfuld forarbejdning af nonverbal information, ikke synes at være anvendelig i forhold til i hvert fald en betydelig del af børn med Aspergers syndrom" (Ryburn, Anderson og Wales, 2009, s. 119). Endvidere så man, at selv om der i gruppen af børn med Aspergers syndrom fandtes tendens til vanskeligheder med simpel finmotorisk koordinering, så er fundet ikke konsistent med NLD-teorien om, at disse motoriske vanskeligheder også slår igennem i mere komplekse opgaver.

Eksekutive funktioner

De eksekutive funktioner nævnes gentagne gange i litteraturen i forbindelse med såvel GUF som NLD (bl.a. i forbin-

delse med den ovenfor beskrevne undersøgelse). Isager og Fleischer påpeger omkring Aspergers syndrom at: "Hypotesetestning og vurdering af adfærden klares, så længe det foregår inden for strukturerede regelbundne rammer (...). Når kompleksiteten stiger, bl.a. i sociale eller nye situationer, slår deres eksekutive funktioner ikke til. Især er manglen på kognitiv fleksibilitet iøjnefaldende" (Isager & Fleischer, 2007, s. 86). På samme måde beskriver Beese (2003), at individer med NLD er præget af vanskeligheder med begrebsforståelse, problemløsning, strategibrug, hypoteseafprøvning samt udnyttelse af feedback. Forrest (2004) opstiller hypotesen, at individer med såvel NLD som Aspergers syndrom og højt fungerende infantile autister har eksekutive vanskeligheder om end af forskelligt omfang. Indtil videre indgår eksekutive funktionsvanskeligheder dog ikke som et klassifikationskriterium for hverken NLD eller Aspergers syndrom.

Adfærdsbeskrivelser – NLD udsat for diagnosekriterierne for GUF

Kriterierne for en diagnose indenfor spektret GUF koncentrerer om mangelfuld udvikling inden for triaden: 1) Socialt samspil, 2) kommunikationsfærdigheder og 3) adfærds-, interesse- og aktivitetsmønstre. Tilstanden Aspergers syndrom er ifølge ICD-10 endvidere ofte forbundet med 4) motorisk klodsethed (WHO, 1996), lige som en del børn og unge med Aspergers syndrom synes at udvikle 5) internaliserende psykopatologi (se f.eks. Deudney, 2008; Sundquist, 2005). I det følgende vil vi gennemgå kriterierne og forsøge at undersøge lighedspunkter og forskelle i forhold til NLD:

- 1) *Socialt samspil*: Personer med NLD beskrives som havende svært ved at aflæse og forstå nonverbal kommunikation (mimik, gestus, tonefald mv.), hvilket begrundes i deres mangelfulde visuo-spatiale evner. De har således svært ved at indgå hensigtsmæssigt i nuancerede, sociale sammenhænge, og kan derfor have tendens til at isolere sig. Samme beskrivelse vil gøre sig gældende for personer med GUF. Inden for GUF vil de fleste dog ligeledes selv fremstå med afvigende nonverbal kommunikation, hvilket forfatterne ikke er stødt på i litteraturen om NLD.
- 2) *Kommunikationsfærdigheder*: For højt fungerende børn med GUF såvel som for børn med NLD beskrives en relativt god sprogfunktion med et godt ordforråd og korrekt sætningsopbygning, men semantisk-pragmatiske vanskeligheder (Beese, 2003). Personer inden for begge grupper kan bruge sproget meget konkret, virke gammelkloge/tale i klicheer, kan have svært ved at tilpasse egne input i en dialog, taler eksempelvis meget længe ad gangen om – for andre – ligegyldige detaljer osv. (Thompson, 1996; Beese, 2003). Freltofte (2003) beskriver ligeledes, at børn med NLD kan have et mere begrænset legerepertoire end normalt fungerende børn. Forfatterne har ikke i litteraturen omkring NLD fundet beskrivelser af stereotyp eller repetitiv brug af ord eller sætninger, sådan som det indgår i diagnosekriterierne for GUF.
- 3) *Adfærds-, interesse- og aktivitetsmønstre*: For GUF er det karakteristisk, at de har svært ved at indgå i sociale sammenhænge, og kan derfor have tendens til at isolere sig. Samme beskrivelse vil gøre sig gældende for personer med NLD.

teristisk med indsnævrede interesser, tvangspræget fastholden ved ritualer, stereotype bevægelser og/eller optagethed af delelementer eller detaljer uden funktionel betydning. Det er forfatterens erfaring, at i praksis vil man indenfor dette område, i hvert fald i nogle børne- og ungdomspsykiatriske kredse, ligeledes vægte adfærd, som er markant præget af rigiditet og/eller af generelt fokus på detaljer. NLD-adfærd er beskrevet som karakteriseret ved mangelfuld evne til at tilpasse sig nye og komplekse situationer med et overforbrug af mekanisk adfærd samt tendens til ritualisering (Beese, 2003). Thompson (1996) beskriver endvidere, at personer med NLD ofte har fokus på detaljen frem for helheden.

- 4) *Klodsethed*: Er ligeledes beskrevet som karakteristisk for personer med NLD, som synes at have både fin- og grovmotoriske vanskeligheder. Dette begrundes i deres nedsatte balanceevne samt nedsatte evne til perception af visuo-spatiale forhold, hvilket bl.a. gør det vanskeligt for dem at bedømme afstand mellem egen krop og omgivelserne (Thompson, 1996; Forrest, 2004).
- 5) *Internaliserende psykopatologi*: Det er i børne- og ungdomspsykiatrien kendt, at en del af især de højt fungerende børn med GUF med tiden kan udvikle depression og angst. De har i mange sammenhænge vanskeligt ved at forstå, hvad der sker omkring dem, og utrygheden kan føre til angst. De bliver ligeledes med alderen meget bevidste om, at de fungerer anderledes end de fleste andre, og deres vanskelighe-

der i forhold til socialt samvær gør dem yderst sårbare. Der ses således ofte tendens til isolation og/eller depression (se f.eks. Sundquist, 2005; Deudney, 2008). I forhold til NLD beskrives ofte samme dynamik i udviklingen af lignende, internaliserende psykopatologi (jf. side 206). Forrest (2004) omtaler dog flere studier, der i blandt sit eget, hvor man ikke finder sammenhæng mellem visuo-spatiale og/eller højrehemisfære vanskeligheder og depression.

Samlet kan det konkluderes, at man i litteraturen kan finde adfærdsbeskrivelser af NLD, som på mange, men ikke alle, områder er forenelige med de symptomer, der er karakteristiske for særligt de højt fungerende børn med GUF. Det fremgår dog ikke tydeligt i litteraturen, hvor ofte og i hvilken grad disse karakteristika findes hos enkeltindivider med NLD.

3. WISC-III og kognitive profiler

Som nævnt i indledningen danner den kognitive profil ved testning med WISC-III i dag ofte grundlag for hypoteser om NLD, og da der samtidig er mange, der har interesseret sig for og forsket i, om der kan identificeres særlige, karakteristiske profiler hos bl.a. børn med GUF, vil vi nu se lidt nærmere på forskningen på dette område.

WISC-III historisk set

WISC-III er givetvis den kognitive test, som hyppigst benyttes i psykologiske undersøgelser af børn i aldersgruppen 6-16 år i Danmark i dag.

Inddelingen af testens delprøver i de to hovedfaktorer SIK og HIK stammer

tilbage fra den oprindelige udgave af testen og var fra Weschlers side ment som en måde at klassificere delprøverne på. Der lå ikke en (neuro)psykologisk teori til grundlag for inddelingen, som altså ikke nødvendigvis var tænkt som en måde at adskille to forskellige kognitive områder på (Fleischer & Thomsen, 2005). Alligevel er denne opdeling fortsat gældende.

I dag benyttes endvidere flertrins-analysemodellen – introduceret af Kaufmann i 1994 – i bearbejdningen af de opnåede resultater ved testning med WISC-III, hvilket muliggør en mere nuanceret analyse.

Betydningen af forskel mellem SIK og HIK ved testning med WISC-III

Mange har gennem årene udviklet teorier om og forsket i sammenhængen mellem forskellige kognitive profiler og karakteristika så som typer af indlæringsvanskeligheder, adfærd, personlighedstræk, forskellige psykiatriske diagnoser, etnicitet o.a. Særlig fokus har der været på forskellen mellem SIK og HIK og/eller forskellen på TIK og hver af de 2 hovedfaktorer, og der har været en tendens til, at man tillagde selv en relativt lille forskel mellem SIK og HIK meget stor betydning. Eksempelvis mente man tidligere, at en forskel på SIK og HIK på mere end 20 point var bevis for hjerneskade (Fleischer & Thomsen, 2005).

Ifølge Kaufmann og Lichtenberger (2000), har man i forbindelse med standardiseringen af WISC-III fundet, at der skal være 19 points forskel mellem SIK og HIK, før denne er statistisk signifikant, samt at en forskel af minimum denne størrelse findes hos 15% af befolkningen. Det må antages, at en

stor del af disse 15% aldrig bliver psykologisk undersøgt, hvorfor man ikke på nuværende tidspunkt har et samlet overblik over denne gruppes generelle funktionsniveau på forskellige områder.

Ifølge Fleischer & Thomsen (2005), er det forventeligt, at man i større undersøgelsespopulationer i et eller andet omfang kan finde karakteristiske kognitive profiler f.eks. blandt børn med samme diagnose. Man kan dog på ingen måde gå ud fra, at det enkelte barn inden for et givent diagnoseområde udviser denne karakteristiske, kognitive profil. I klinikken bør den kognitive profil derfor være et udgangspunkt for hypoteser, som herefter skal afprøves.

De to hjernehalvdele og WISC-III

Det har blandt professionelle i en del år været opfattelsen, at de sprogligt baserede delprøver i WISC-III hovedsageligt gav et billede af funktionsniveauet i venstre hjernehalvdel, hvor man antog, at de sproglige processer havde deres hovedsæde. De handlebaserede delprøver afspejlede derimod funktionsniveauet i højre hjernehalvdel med funktion som ansvarshavende for bearbejdning af visuo-spatial og anden nonverbal information (Fleischer & Thomsen, 2005).

I dag mener mange forskere, at man ikke kan tale så dikotomisk om indholdet af de opgaver, venstre og højre hjernehalvdel udfører. Nyere forskning, bl.a. af børn med kranietraume i én af de to hjernehalvdele, viser nemlig, at hjernen, især hos børn, er langt mere plastisk end tidligere formodet, og forskellige områder er i stand til at kompensere for hinanden f.eks. i forbindelse med mindre dysfunktioner

eller hjerneskrader. Endvidere er der kommet større vished om, at hjerneprocesserne foregår i meget komplicerede netværk forgrenet til mange områder af hjernen (Fleisher & Thomsen, 2005; Rourke, 1998).

Det synes således ikke umiddelbart muligt at afgrænse så komplekse, kognitive funktioner, som dem der er påkrævet i udførelsen af de enkelte delprøver i WISC-III, til helt specifikke, isolerede områder i hjernen (Fleischer & Thomsen, 2005). Endnu sværere bliver det, hvis man ser samlet på en større gruppe af forskelligartede delprøver, sådan som det er tilfældet med faktorerne SIK og HIK.

Ifølge Kaufmann (1994) giver det langt mere mening at tale om forskellen på hjernehalvdelenes måde at forarbejde på. Det anslås, at mens den venstre hjernehalvdel primært forarbejder analytisk, lineært og sekventielt, forarbejder den højre hjernehalvdel primært holistisk og simultant. I dagligdagen formodes det, at vi på samme tid forarbejder det meste information såvel sekventielt som simultant (Fleischer & Thomsen, 2005). Det er således en stor udfordring at udarbejde testmateriale, som gør det muligt at adskille og studere de enkelte, underliggende kognitive funktioner på en meningsfuld måde.

NLD og kognitiv profil

Forskel mellem SIK og HIK

På trods af, at der gennem tiden er fremkommet mange forskellige klassifikationskriterier for NLD (Forrest, 2004), er det et gennemgående træk, at ét af klassifikationskriterierne antages at være, at SIK skal overstige HIK ved testning med WISC-III. Der er imidlertid stor variation blandt forskellige

undersøgelser, hvor stor en forskel, der opereres med. Som det fremgår af ovenstående afsnit om NLD, angiver Rourke (2009) som ét af sine klassifikationskriterier, at SIK skal overstige HIK med minimum 10 point. Dog nævnes det i én af hans undersøgelser (Pelletier et al., 2001), at dette kriterium helt kan udelukkes uden at reducere den diagnostiske præcision. Petti et al. (2003) opererede i deres undersøgelse med en forskel på 12 IK point, mens man som Forrest (2004) kan stille spørgsmålstegn ved overhovedet at operere med IK forskelle, som end ikke er statistisk signifikante, hvilket ifølge Kaufmann & Lichtenberger (2000) ville kræve en forskel på minimum 19 point. Endelig opererede Johnson & Myklebust med en forskel på 20-30 IK point (Forrest, 2004).

Forskelle mellem enkelte delprøver

Ud over en forskel mellem SIK og HIK opereres der i de fleste undersøgelser endvidere med ét eller flere klassifikationskriterier, hvor enkelte delprøver fra WISC-III skal ligge over eller under visse andre delprøver i WISC-III testen (Pelletier *et al.*, 2001; Forrest, 2004). Rourke (2009) angiver som ovenfor nævnt, at skalapointene i to af delprøverne ordforståelse, ligheder og information skal være højere end de øvrige verbale delprøver, mens skalapointene i to af delprøverne blokmønster, puslespil og kodning skal være lavere end de øvrige nonverbale delprøver. Rourke definerer ikke, hvor meget højere eller lavere ovennævnte delprøver bør være, og det må derfor antages, at selv forskelle, som ikke er statistisk signifikante, regnes for afgørende.

GUF og kognitiv profil

Studier fra perioden 1970-1994

I en række studier af autisters kognitive profil ved brug af WISC gennemført i årene 1970-1994 fandt man, at det mest karakteristiske var en lav score i de sproglige delprøver, særligt i delprøven omtanke, samt relativt højere scores i de nonverbale delprøver, særligt i delprøven terningemønster (altså SIK<HIK). Flere rapporterede endvidere om lave resultater i delprøven puslespil. Konklusionerne fra studier angående børn med Aspergers syndroms kognitive profil fra samme periode er meget modsætningsfyldte. Mens nogle fandt samme kognitive profil som hos autister, mente andre, at børn med Aspergers syndrom primært havde vanskeligheder i forhold til de visuospatiale delprøver (SIK>HIK) (Ehlers *et al.*, 1997). Ehlers *et al.* (1997) mener, at de modstridende fund til dels kan skyldes forskelle i den diagnosticerende praksis.

Studie af Ehlers et al., 1997; anvendelse af Kaufmanns indeksanalyse

I et studie af Ehlers *et al.* (1997) forsøgte man ved hjælp af Kaufmanns indeksanalyse at sammenligne WISC-profiler hos børn i alderen 5;3-15;8 år med henholdsvis Aspergers syndrom (n=40), autisme (n=40) og opmærksomhedsforstyrrelse (n=40). Man finder, at børn med Aspergers syndrom ofte har relativt gode sproglige ressourcer afspejlet i WISC-III-indekset sproglig forståelse. Desuden scorer de ofte lavt i delprøven regning, mens indekset for perceptuel organisation i mange tilfælde ligger relativt sænket. Særligt fremhæves en lav score i delprøven puslespil, hvilket studiets forskere mener, muligvis kan forklares ved børn med Aspergers syn-

droms mangelfulde fornemmelse for helheder. Der ses ligeledes forholdsvis dårlige resultater i delprøven kodning, hvilket forklares med, at børn med Aspergers syndrom ofte har en langsommelig arbejdsstil bl.a. grundet tendens til perfektionisme. I gruppen af autister ses i samme studie en relativt lavere score inden for de sprogligt baserede opgaver, samt en høj score i delprøven terningemønster, som bl.a. sætter fokus på evne til detaljeanalyse. Det konkluderes dog, at der inden for de undersøgte diagnosegrupper findes store individuelle forskelle på de kognitive profiler.

Isager & Fleischer, 2007; sammenfattede om kognitiv profil ved testning med WISC-III

Isager & Fleischer anfører i en oversigtsartikel (2007), at gruppen af børn med Aspergers syndrom ved testning med WISC-III overordnet set (TIK) klarer sig dårligere end gruppen af normalt fungerende børn. De opnår ofte bedre resultater i de handlebaserede end i de sprogligt baserede opgaver (altså SIK<HIK). De opstiller følgende hypotese: "...verbaldelen stiller større krav til abstraktion og dannelse af indre forestillingsbilleder. Handedelen omfatter mere konkret materiale." (Isager & Fleischer, 2007, s. 81). De finder endvidere, at børn med Aspergers syndrom ofte klarer sig relativt godt i delprøverne terningemønster og talspændvidde, mens de har relativt svært ved delprøven omtanke. De mener, en mulig forklaring på dette kan være, at børn med Aspergers syndrom ofte har fokus på detaljer og har langt sværere ved at overskue og skabe en samlet, meningsfuld helhed.

Studie af Joseph et al., 2002; anvendelse af testbatteriet DAS (DEP)

Joseph *et al.* (2002) forsøgte i et studie dels at undersøge de kognitive profiler i en gruppe af børn diagnosticeret med GUF, dels at afdække en eventuel sammenhæng mellem de fundne, kognitive profiler og sværhedsgraden af vanskeligheder med socialt samspil. Undersøgelsen inkluderede børn i alderen 3;8–13;11 år (n=120).

I undersøgelsen blev børnene inddelt i to grupper: Førskolebørn (3;8-6;11år) og skolebørn (7-13;11 år). Tilstedeværelsen og graden af de autistiske træk blev vurderet hos alle børn på baggrund af observation med ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) og ADI-R interview (Autism Diagnostic interview – Revised). Til afdækning af den kognitive profil benyttede man udvalgte verbale og nonverbale delprøver fra det kognitive testbatteri Differential Ability Scale (DAS), som findes i dansk oversættelse: Dansk Evneprøve (DEP). Fravalget af WISC-III begrundes af forskergruppen primært i, at de forskellige delprøver i hovedfaktorerne SIK og særligt HIK er for forskelligartede og derfor ikke afspejler samme underliggende funktioner.

De udvalgte delprøver: To verbale delprøver til testning af sproglig ræsonnering (for skolebørn: *Ordforklaringsprøve* og *lighedsprøve*) og to-tre nonverbale delprøver til testning af nonverbal ræsonnering (for skolebørn: *Matricer* samt *serieprøve*; sidstnævnte består af sekventiel og kvalitativ ræsonnering med figurer og tal). For skolebørn inkluderede man endvidere en tredje visuo-spatial faktor, herefter VSIK (*mønsterkonstruktion* og *hukommelse for figurer*, bestående af kopiering og gen-

kaldelse af visuo-spatiale figurer). Man henholdte sig til kriterierne fra DAS for at afgøre, hvorvidt forskellen mellem den samlede verbale score (herefter for nemheds skyld SIK) og den samlede nonverbale score (herefter HIK) var signifikant eller ej – for førskolegruppen minimum 14 points forskel og for skolebørn minimum 9 points forskel.

Inden for begge aldersgrupper fandt man en forøget tendens til signifikant forskel på SIK og HIK. I normalbefolkningen findes en sådan forskel – ifølge standardiseringen af DAS – hos 30%. I studiet fandt man hos 56% af førskolebørnene en signifikant forskel mellem SIK og HIK. Blandt skolebørnene var det gældende for 62%. Forfatterne påpeger endvidere, at de fundne forskelle ofte var langt større end minimum for at være signifikant.

I førskolegruppen fandt man langt oftest en forskel hvor $SIK < HIK$ og meget sjældent $SIK > HIK$. I skolegruppen fandt man derimod, at der stort set var lige så stor forekomst af $SIK < HIK$ som af $SIK > HIK$. Disse profiler fandtes i samme omfang i hele gruppen uafhængigt af børnenes individuelle samlede score (TIK). Forskerne anfører, at stigningen i antallet af $SIK > HIK$ i den ældste gruppe af børn muligvis kan forklares med indhentning af en sproglig forsinkelse hos en del af gruppen.

Endvidere fandt man i førskolegruppen, at jo lavere TIK jo dårligere social funktion. Blandt skolebørnene sås, at jo større forskel i retning $SIK < HIK$, jo dårligere social funktion. Dette fandt man også hos de børn, hvor SIK isoleret set lå relativt højt. Man fandt ingen sammenhæng mellem den visuo-spatiale faktor (VSIK) og niveauet for social funktion.

Konklusion

I arbejdet med at afdække den kognitive profil ved GUF, er man gået fra i de tidligste studier primært at undersøge forholdsvis globale mål så som SIK og HIK ved testning med WISC-III, til i højere grad at specificere målene. I studier efter 1994 har man således benyttet Kaufmanns metode til at analysere WISC-profiler, men Kaufmanns underindekser har fortsat en noget sammensat karakter, f.eks. hvis man kigger på delprøverne i perceptuel organisation eller sproglig forståelse.

Samlet kan det konkluderes, at der blandt forskere synes at være størst enighed om, at infantile autister ofte har SIK<HIK, samt tendens til at opnå en relativt god score i delprøven terningemønster. Ligeledes synes der enighed om, at der findes store individuelle variationer i den kognitive profil blandt børn inden for samme diagnosegruppe. Mest broget synes landskabet, når det handler om kognitive profiler hos børn med Aspergers syndrom, hvor der fremkommer mange modstridende resultater i forskellige studier. I den sammenhæng påpeger Ehlers *et al.* (1997), at usikkerheden omkring samt forskellige kulturer i forhold til diagnosticering af syndromet som udgangspunkt kan vanskeliggøre opgaven betydeligt, da der ikke er tale om en meget velafgrænset gruppe.

Joseph *et al.* (2002) har i deres studie ikke skelnet mellem de forskellige diagnoser indenfor GUF, men har i en bred undersøgelsespopulation inden for autismespektret undersøgt alle børn i forhold til social funktion. Der er således en høj grad af heterogenitet indenfor den undersøgte gruppe, men til gengæld fjernes de mere subjektive skel

mellem de enkelte diagnoser indenfor GUF. Med et udvalg af delprøver fra DAS har de forsøgt at finde et mere snævert eller "rent" mål for henholdsvis verbal og nonverbal ræsonnering samt visuospatial analyse og konstruktion end det opnås med WISC-III. Det er interessant, at de blandt børn med GUF i skolealderen (hvor en eventuel sproglig forsinkelse er indhentet) finder forøget tendens til signifikant forskel på evnen til henholdsvis verbal og nonverbal ræsonnering med (næsten) lige stor andel af SIK>HIK og SIK<HIK. Ikke mindre interessant synes det, at den sociale funktion tydeligst varierer i takt med størrelsen af SIK<HIK og ikke med niveauet for SIK>HIK; ej heller med SIK, HIK eller den visuo-spatiale faktor (VSIK) isoleret set.

Fælles træk ved kognitive profiler hos børn med hhv. NLD og GUF

Som det fremgår af de ovenstående afsnit om kognitive profiler hos børn med NLD og GUF, viser de hidtil foretagne undersøgelser i bedste fald kun tendenser til sammenfald mellem disse. Således peger Rourkes klassifikationskriterier og de fundne resultater i studiet ved Ehlers *et al.* på, at såvel børn med NLD som børn med Aspergers syndrom udviser tendens til samme kognitive profil – nemlig SIK>HIK – ved testning med WISC/WISC-III, ligesom der også synes at være en vis overensstemmelse mellem, hvilke enkelte delprøver der skiller sig ud i form af tendens til relativt lavere score i delprøverne puslespil, kodning og regning (Pelletier *et al.*, 2001; Ehlers *et al.*, 1997).

I værste fald ses dog samtidig indbyrdes modstridende og inkonklusive resultater. F.eks. finder Joseph *et al.* (2002),

at jo større forskel mellem SIK<HIK (testning med delprøver fra DAS), jo dårligere social funktion. Dette er i overensstemmelse med de fund, Forrest har gjort i sin undersøgelse, hvor børn med sproglige indlæringsvanskeligheder og en kognitiv profil med minimum 12 points forskel mellem SIK<HIK viste tegn på sociale vanskeligheder i form af tilbagetrækning (Forrest, 2004). Samtidig er det i modstrid med Rourkes antagelse om sociale vanskeligheder hos børn med NLD (SIK>HIK). Endvidere har Joseph *et al.* (2002) fundet, at der blandt skolebørn med GUF er forøget tendens til signifikant forskel mellem SIK og HIK, som er ligeligt fordelt mellem SIK<HIK og SIK>HIK (testning med delprøver fra DAS), mens Ryburn, Anderson og Wales (2009) i deres studie påviste, at gruppen med Aspergers syndrom hverken havde relativt sænkede nonverbale eller visuo-spatiale kognitive færdigheder (testning med WISC-III). Endelig anfører Isager og Fleisher (2007), at børn med Aspergers syndrom har en kognitiv profil ved testning med WISC-III, hvor SIK<HIK, herunder forhøjet terningemønster (og desuden forhøjet talspændvidde). Samtlige disse fund og antagelser står i modsætning til Rourkes NLD-kriterier og antagelser om comorbiditet i forhold til Aspergers syndrom.

Heraf følger derfor, at der ikke kan udpeges nogen former for sikre fælles træk i de ”typiske” kognitive profiler hos børn med hhv. NLD og GUF. Det kan således med sikkerhed fastslås, at bestemte kognitive profiler kun kan være hypotesegenererende og aldrig diagnosticerende i sig selv (Fleischer & Thomsen, 2005).

4. Konklusion – hvad ved vi nu?

Udgangspunktet for denne artikel var et ønske om at opnå større viden om begrebet ”nonverbale indlæringsvanskeligheder” – NLD.

Nonverbale indlæringsvanskeligheder

Selvom NLD allerede er beskrevet tilbage i 1967, så er det siden midten af 80’erne primært Byron P. Rourke, der i samarbejde med forskellige kollegaer har forsket og udviklet teorier omkring emnet. Rourke har opstillet en række klassifikationskriterier for NLD, som består af såvel specifikke visuelle, taktile, motoriske og kognitive vanskeligheder. Han vurderer, at ét af de opstillede kriterier for NLD – nemlig det, der omhandler, at verbal IK skal overstige nonverbal IK med minimum 10 point ved testning med WISC – er det mindst vigtige og muligvis helt overflødig, i forhold til at identificere en mulig NLD-problematik. Opfylder en given person alle eller de fleste af Rourkes kriterier, vil vedkommende ifølge Rourke også altid have sociale vanskeligheder og forskellige specifikke indlæringsvanskeligheder, ligesom han bl.a. forudsiger en større sandsynlighed for at udvikle internaliserende psykopatologi. Rourke antager, men har ikke påvist, at årsagen til NLD skal findes i en dysfunktion i højre hjernehemisfære; nærmere bestemt mener han, der er tale om et deficit specifikt i den ”hvide substans”. Dysfunktionen menes at påvirke højre hjernehalvdels simultane, visuelle og helhedsmæssige forarbejdning af stimuli.

NLD beskrives af Rourke som en særlig ”fænotype”, som findes hos personer med en række neurologiske lidelser (op

mod 25), bl.a. Aspergers syndrom. Ud over NLD-trækkene mener han, at den enkelte neurologiske lidelse har sine egne, specifikke karakteristiske træk og ætiologi, som kan påvirke symptom-billedet.

Man har fundet en prævalens af NLD på kun 0,1% i normalbefolkningen. Dette skyldes muligvis, at mange ikke er opmærksomme på NLD-vanskelighederne. På den anden side er det lave antal svært at forstå, hvis det ses i sammenhæng med Rourkes postulat om, at NLD udgør en del af en lang række forskellige neurologiske vanskeligheder. Under alle omstændigheder har den lave prævalens gjort det vanskeligt at finde personer nok til at gennemføre valid og generaliserbar forskning på området.

Samlet set synes NLD at være en tilstand af noget usikker nosologisk validitet, med uklare og uafgrænsede klassifikationskriterier.

NLD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser

NLD sættes ofte i forbindelse med især de bedst fungerende indenfor diagnosegruppen gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Sammenligner man NLD med gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUF), kan det være vigtigt at holde sig for øje, at de to begreber er udsprunget af forskellige forståelsesrammer. NLD er oprindeligt primært beskrevet neuropsykologisk, lige som Rourkes kriterier for NLD er opstillet på dette niveau, mens de gennemgribende udviklingsforstyrrelser primært er beskrevet og diagnosticeres på baggrund af observationer af adfærd.

Ætiologisk set ved man forholdsvis lidt om både NLD og GUF, men begge antages at være biologisk betingede.

Der er gennemført en del studier, som har forsøgt at sammenligne NLD og GUF ud fra en *neuropsykologisk vinkel*. De fleste af disse studier har dog benyttet meget globale mål, og har ikke forholdt sig specifikt til de kognitive, taktile og motoriske kriterier, som er opstillet for NLD. I et enkelt studie fra 2009 har man benyttet Rourkes anbefalede tests i undersøgelsen af børn med Aspergers syndrom. Stort set ingen af børnene i studiet opfyldte kriterierne for NLD. Trods studiets relativt lave deltagerantal viser det altså, modsat Rourkes antagelse, at slet ikke alle børn med Aspergers syndrom har NLD.

Endvidere skal det nævnes, at i litteraturen angående såvel NLD som GUF omtales ofte vanskeligheder indenfor området eksekutive funktioner. Der mangler dog stadig forskning på dette område.

Sammenlignes *adfærdsbeskrivelser* af NLD og GUF, ses der rigtig mange overlap indenfor alle tre kerneområder af GUF. For begge er desuden beskrevet motoriske vanskeligheder samt tendens til udvikling af internaliserende psykopatologi, selv om der ikke entydigt er fundet belæg for sidstnævnte ift. NLD. I litteraturen er det svært at finde studier, der belyser, i hvilket omfang de pågældende adfærdsmæssige karakteristika findes hos enkelte individer med NLD. Muligvis fordi det primære fokus ikke er/har været på disse karakteristika i forskning og udarbejdelse af teori, ligesom de jo ikke nødvendigvis indgår i/er afgørende for en afdækning af en eventuel NLD-problematik (kriterierne for NLD er, som tidligere anført,

baseret på forskellige funktionsneurologiske resultater). En række karakteristiske adfærdstræk for GUF er ikke fundet beskrevet for NLD.

WISC-III og kognitive profiler

For at belyse en mulig sammenhæng mellem NLD, GUF og en eventuel karakteristisk kognitiv profil, har det været nødvendigt at studere litteraturen omkring WISC-testen. WISC-testen er udarbejdet og videreudviklet af Wechsler, som allerede i sin oprindelige udgave af testen fra 1949 klassificerede delprøverne i de to hovedfaktorer SIK og HIK. Der lå fra hans side ikke nogen (neuro)psykologisk teori til baggrund for denne inddeling. Trods dette har megen forskning og spekulation gennem årenes løb primært omhandlet tolkningen af pointforskelle mellem de to faktorer. I Kaufmans flertrinsanalysemodel fra 1994, bibeholdes faktorerne SIK og HIK, men analysemodellen bidrager til en mere nuanceret analyse af testresultaterne.

Med standardiseringen af WISC-III har man fundet, at der skal være 19 points forskel mellem SIK og HIK, før den er statistisk signifikant, samt at en forskel af minimum denne størrelse findes hos 15 % af befolkningen. Der skal imidlertid en kvalitativ analyse til for at afgøre, om en forskel også er klinisk signifikant. Når Rourke taler om 10 points forskel mellem SIK og HIK i ét af sine kriterier, er dette altså langt fra signifikant, hvilket yderligere kan bidrage til Rourkes argumentation for helt at lade dette kriterium udgå. To af Rourkes NLD-kriterier omhandler endvidere forskellige delprøver fra WISC, som skal ligge under eller over andre. I denne forbindelse anfører han

ikke, hvor mange points afvigelse, der er nødvendig. Man må altså antage, at der ikke nødvendigvis kræves en signifikant afvigelse, hvilket gør kriterierne meget upræcise og diskutabile.

I litteraturen omkring WISC-III beskrives det, at hvor man tidligere antog, at de sproglige delprøver afspejlede funktionsniveauet i venstre hjernehalvdel og de handle-mæssige delprøver afspejlede funktionsniveauet i højre hjernehalvdel, så ved man nu, at hjerneprocesserne foregår i langt mere komplicerede netværk. Det er således meget svært at afgrænse resultater fra delprøver, eller indekser bestående af forskellige delprøver, til specifikke områder i hjernen. Det giver således eksempelvis ikke mening at tale om specifikke hemisfærededeficit ud fra simple pointforskelle mellem SIK og HIK.

Endvidere anføres det, at selv om man indenfor forskellige diagnoseområder muligvis kan finde karakteristiske, kognitive profiler, så kan man på ingen måde gå ud fra, at det enkelte barn udviser denne profil.

Inden for diagnoseområdet GUF er der foretaget en del studier i forsøget på at afdække en karakteristisk kognitiv profil. Resultaterne er dog langt fra kongruente, særligt når det handler om Aspergers syndrom. Én af årsagerne kan være, at diagnosegrupperne ikke er klart afgrænsede, og at der derfor diagnosticeres forskelligt i forskellige studier. En anden årsag kan være, at de benyttede tests ikke er specifikke nok i deres mål.

Sammenligner man Rourkes kognitive kriterier for NLD og litteraturen omkring kognitive profiler hos GUF ses det, at nogle undersøgelser finder samme tendens hos begge til SIK >HIK

samt relativt lavere scores i en del af de samme, udvalgte delprøver. Andre studier viser direkte modstridende resultater. Vi må konkludere, at der ikke på nuværende tidspunkt er afdækket en karakteristisk eller typisk kognitiv profil for hverken NLD eller GUF. Således afkræftes bl.a. antagelsen om, at selv en statistisk signifikant forskel mellem SIK og HIK ved kognitiv testing skulle være indikativ for NLD og/eller sociale vanskeligheder.

Afsluttende overvejelser

I problemformuleringen spurgte vi os selv, om NLD har diagnostisk værdi, og om vi bruger NLD korrekt eller meningsfuldt i klinisk praksis. På baggrund af ovenstående må vi svare benægtende på begge spørgsmål.

Selv om man i litteraturen kan finde mange omfattende beskrivelser af NLD både neuropsykologisk, neurologisk og adfærdsmæssigt, så synes den teoretiske konstruktion omkring NLD noget usammenhængende, og det er endnu ikke lykkedes at underbygge de fleste af hypoteserne forskningsmæssigt. Vi mener således ikke, at man bør bruge NLD diagnostisk.

Hvis man alligevel accepterer begrebet NLD, kan den i klinisk praksis benyttede NLD-profil (forstået som en kognitiv WISC-profil hvor SIK>HIK) ikke sige noget prædiktivt om en mulig NLD-problematik og/eller sociale vanskeligheder.

Det er fortsat uafklaret, hvilken sammenhæng der er mellem sociale vanskeligheder og kognitiv/neuropsykologisk funktion. I disse år forskes der indenfor GUF en del i begreber som central coherence, theory of mind og frontal-eksekutive dysfunktioner (Ryburn *et*

al., 2009), hvilket muligvis viser sig at være en mere farbar vej mod en øget forståelse af de socialkognitive vanskeligheder end begrebet NLD.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM IV (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beese, I. (2003). Non-verbale indlæringsvanskeligheder – NLD. In Trillingsgaard, A., Dalby, M.A. & Østergaard, J.R. (Eds.), *Børn der er anderledes*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Deudney, C. (2008). *Mental health and Asperger syndrome*. <http://www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=128&a=3346>
- Drummond, C.R., Ahmad, S.A. & Rourke, B.P. (2005). Rules for the Classification of Younger Children with Nonverbal Learning Disabilities and Phonological Processing Disabilities. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 171-182.
- Ehlers, S., Nydén A., Gilberg, C., Dahlgren Sandberg, A., Dahlgren Sven-Olof, Hjelmquist, E. og Odén, A. (1997). Asperger Syndrome, Autism and Attention Disorders: A Comparative Study of The Cognitive Profiles of 120 Children. *J. Child Psychol. and Psychiat.* Vol. 38, No. 2, 207-217.
- Fleischer, A.V. & Thomsen, H. (Eds.) (2005). *Håndbog i WISC-III tolkning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Forrest, B.J. (2004). The Utility of Math Difficulties, Internalized Psychology, and Visual-Spatial Deficits to Identify Children With the Nonverbal Learning Disability Syndrome: Evidence for a Visualspatial Disability. *Child Neuropsychology*, 10 (2), 129-146.
- Freltofte, S. (2003). *Svag funktion i højre hjernehalvdel. NLD: Nonverbal Learning Disabilities*. Kalundborg: Bakkedal Aps.
- Hendriksen, J.G.M., Keulers, E.H.H., Feron, F.J.M., Wassenberg, R., Jolles, J. & Vles, J.S.H. (2007). Subtypes of Learning Disabilities: Neuropsychological and Behavioural Functioning of 495 Children referred for Multidisciplinary Assessment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (8), 517-524.
- Isager, T. og Fleischer, A. V.(2000). Aspergers syndrom og ADHD/Hyperkinetisk Forstyrrelse.

- se. In Haracopos, D., Jørgensen, O.S. Callesen C. & Pedersen, L. (Eds.), *Aspergers syndrom. Fra diagnose til behandling*. Virum: Videnscenter for autisme.
- Joseph, R. M., Tager-Flusberg, H., Lord, C. (2002). Cognitive profiles and social-Communicative functioning in children with autism spectrum disorder. *J. of Child Psychol. And Psychiat.* 43:6, 807-821.
- Kaufman, A. S. (1994). Interpreting verbal-nonverbal discrepancies. In Kaufmann, A. S., *Intelligent testing with the WISC-III*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kaufman A. S. og Lichtenberger, E. O. (2000). *Essentials of WISC-III and WPPSI-R Assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Pelletier, P.M., Ahmad, S.A. & Rourke, B.P. (2001). Classification Rules for Basic honological Processing Disabilities and Nonverbal Learning Disabilities: Formulation and External Validity. *Child Neuropsychology*, 7 (2), 84-98.
- Petti, V.L., Voelker, S.L., Shore D.L. & Hayman-Abello, S.E. (2003). Perception of Nonverbal Emotion Cues by Children with Nonverbal Learning Disabilities. *J. Developmental and Physical Disabilities*, 15 (1), 23-36.
- Rourke, B. P. (1998). Significance of verbal-performance discrepancies for subtypes of Children with learning disabilities: Opportunities for WISC-III. In Prifitera, A., Saklofske, D. H. (Eds.), *WISC-III clinical use and interpretation*. London: Academic Press.
- Rourke, B. (2009). <http://www.nldbprourke.ca/>
- Content and dynamics of the syndrome of NLD. http://www.nldbprourke.ca/Content_Dynamics.html
 - Are there any rules for the classification of children who exhibit NLD? <http://www.nldbprourke.ca/BPRA10.html>
 - What are the relationships among NLD, Asperger's Syndrome (AS), and High Functioning Autism (HFA)? <http://www.nldbprourke.ca/BPRA41.html>
 - An Approach to the Characterization of Neurological Disorders. <http://www.nldbprourke.ca/NLDAndNeurologicalDisease.html>
 - Does a Wechsler Verbal IQ>Performance IQ deviation of significant proportions signal the presence of NLD and/or right cerebral hemisphere dysfunction? <http://www.nldbprourke.ca/BPRA11.html>
 - Is NLD is being "over-diagnosed"? <http://www.nldbprourke.ca/BPRA17.html>
 - NLD and Neurological Disease. <http://www.nldbprourke.ca/NLDAndNeurologicalDisease.html>
- Ryburn, B., Anderson, V. & Wales. R. (2009). Asperger Syndrome: How Does it Relate to Nonverbal learning Disability? *J. Neuropsychology*, 3, 107-123.
- Stein, M., Klein. A. & Miller, K. (2004). When Asperger's Syndrome and Nonverbal Learning Disability Look Alike. *Pediatrics*, 114, 1458-1463.
- Sundquist, I.(2005). Depression hos mennesker med autisme eller Aspergers syndrom. *Autismebladet*, 4, 1-3.
- Thompson, S. (1996). *Nonverbal Learning Disorders*. www.nldline.com
- Wechsler, D. (1992). *WISC-III. Wechsler Intelligence Scale for Children – Third edition UK*. London: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, Publishers.
- WHO (1996). WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikationer og kriterier (5. rev. udg.). København: Munksgaard.

Psykoanalytisk børnerterapi



Psykoanalytisk børnerterapi har i sin snart 100-årige eksistens udviklet sig til en veletableret behandlingsmetode, der er velegnet til behandling af både lettere og mere omfattende psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Behandlingen bygger især på terapeutens forståelse af barnets indre liv og formidling af denne forståelse til barnet. I artiklen understreges betydningen af en grundig undersøgelsesfase, inden behandlingen påbegyndes, og af inddragelse af forældrene i arbejdet. Til slut beskrives nogle resultater fra forskningen i psykoanalytisk børnerterapi og en dansk uddannelse i metoden. Det konkluderes, at en øget anvendelse af psykoterapi til børn også samfundsmæssigt økonomisk ville kunne betale sig.

*Af Karen Vibeke Mortensen, cand.psych., dr.pæd.,
adj. professor ved Aalborg Universitet*

Det er nok almindelig kendt, at den psykoanalytiske børnerterapi blev grundlagt i begyndelsen af forrige århundrede af Anna Freud og Melanie Klein. Derimod er det måske knap så velkendt, hvor meget denne form for behandling af børn har udviklet sig siden, og hvor veletableret den er i en række lande i dag. Oprindeligt var der mest tale om langvarige forløb med, hvad man dengang betegnede som neurotiske børn, hvor hovedvægten lå på selve det børnerapeutiske arbejde. I takt med ændringerne i samfundet og det stærkt udvidede behov for behandling af børn har teorier og metoder imidlertid ændret og udviklet sig, så psykoanalytisk børnerterapi i dag dækker et helt spektrum af behandlingsformer, der rækker fra korttidsbehandling af børn med lettere forstyrrelser til årelange, intensive terapiforløb med fx "autistic, borderline, deprived and abused children", som undertitlen lyder på en bog af Alvarez (1992). Netop nogle af de børn, som har de allerstørste psykiske problemer, fx

svære tilknytningsproblemer eller psykotiske lidelser, kan efter min mening allerbedst – og måske overhovedet kun – hjælpes gennem sådan en form for behandling. Et godt eksempel er Cleves beskrivelse af sin terapi med et meget alvorligt tilknytningsforstyrret adoptivbarn med ADHD (2000).

Men det, at psykoanalytisk børnerterapi er velegnet til børn med sværere forstyrrelser, gør den ikke mindre velegnet til børn, der har lettere problemer. Der er en lang række børn med fx angst, depression, psykosomatiske symptomer eller lettere adfærdsførstyrrelser, som vil have god hjælp af korttidsforløb af en karakter, som det forhåbentlig skulle være muligt at arbejde med i PPR-regi. Principperne for behandlingen er overordnet set de samme, uanset behandlingens længde.

Samtidig med, at behandlingen således er blevet målrettet nye grupper, er også arbejdet med børnenes forældre og det øvrige netværk gradvist blevet højere prioriteret, så det nu fremstår som

en lige så nødvendig og vigtig del af arbejdet som selve børneterapien. Der kan ofte være tale om en ganske kompleks organisation, når terapien foruden barnet og familien også omfatter samarbejde med skole og/eller daginstitution og evt. andre instanser som plejehjemsfor- eninger og sociale myndigheder.

Det, der forener de forskellige be- handlinger inden for det psyko- analytiske spektrum, er naturligvis først og fremmest den bagvedliggende teori, som i den form, jeg er mest fortrolig med, er den nyere objektrelations- teori, suppleret med tilknytningsteori. Der er tale om nogle grundlæggende antagelser og holdninger, som er iden- tiske, selv om metoderne kan variere, afhængig af problemets art og omfang og hele sagens karakter. Vigtige fæl- les nøglebegreber er fx det ubevidste, overføring og modoverføring, angst og forsvar. Metodemæssigt kan man frem- hæve begreber som holding og contain- ment foruden klarifikation og tolkning.

En af de helt grundlæggende antage- lser er vigtigheden af at prøve at forstå, hvad problemet eller problemerne er. Som psykoanalytikeren John Vitger engang udtrykte det i en forelæsning, drejer det sig i psykoanalytisk psykote- rapi grundlæggende om ”at lytte og for- stå”. Det gælder for børn såvel som for voksne. Hovedprincipperne i børneana- lytisk arbejde adskiller sig ikke grund- læggende fra principperne for arbejdet med voksne klienter, men barnets af- hængighed af sine omgivelser og dets anderledes udviklingsniveau gør dog visse modifikationer nødvendige.

For at kunne forstå, må man imid- lertid – i fællesskab med barnet og fami- lien – først undersøge og udforske. Derfor er en grundig visitation helt nødvendig,

før man kan iværksætte en psykoanaly- tisk børneterapi.

Visitation

Kortlægningen af et barns symptomer, som den finder sted ved en diagnosti- cering efter ICD-10, kan være et første skridt på vejen, men er i sig selv util- strækkelig som grundlag for psykote- rapi, da man her igennem hverken får viden om barnets personlighed eller om dets miljø. Man ved derfor heller ikke, hvad problemet eller problemerne er. Man kan på det grundlag ikke vide, om barnets symptomer primært er udtryk for en reaktion på et uhensigtsmæssigt miljø, eller om der primært er tale om intrapsyriske problemer i barnet selv, som fx tilknytningsforstyrrelser. Ofte kan der naturligvis være tale om en kom- bination. Man ved heller ikke noget om barnets personlighed, fx om det domine- rende forsvarsmønster, arten af tilknyt- ning eller graden af personlighedsmæs- sig integration. Et symptom som angst kan forekomme hos et ellers velfunge- rende barn som et isoleret symptom, udløst af en aktuel begivenhed, det kan være en reaktion på en kronisk familie- konflikt, udtryk for en tilknytningsfor- styrrelse, eller være en psykotisk angst hos et svært desintegreret barn, for blot at nævne nogle muligheder.

Der har da også længe været en er- kendelse af de nugældende officielle diagnostiske systemers utilstrækkelig- hed, når det drejer sig om børn; og jo yngre barnet er, jo mere mangelfulde er de. Allerede i 1994 udkom DC:0-3 (ZERO TO THREE, 1994), et supple- rende diagnostisk system for småbørn i alderen op til 4 år. Der finder man dels en række supplerende diagnostiske kategorier, som fx reguleringsvanske-

ligheder hos barnet, og dels lægges der stor vægt på undersøgelsen af miljøet, bl.a. er der mulighed for kortlægning af relationen mellem barnet og dets omsorgsgiver. Først når barnets samlede funktion, familiens funktion og samspillet mellem dem er undersøgt, kan man på grundlag heraf danne sig hypoteser om det relative bidrag til problemerne af familierelationerne, samspilsmønstrene, konstitutionelle og modenhedsmæssige faktorer hos barnet, stress etc. På grundlag af en sådan overordnet vurdering kan man så stille forslag om en behandlings- eller forebyggelsesplan. Det lyder måske omfattende; men det betaler sig umådeligt godt at give sig god tid til sine indledende undersøgelser. Når man først har et solidt grundlag for sin forståelse, kan man undgå at iværksætte forhastede eller utilstrækkelige foranstaltninger, og i en grundig undersøgelse kan der i sig selv ligge et betydeligt terapeutisk potentiale.

I heldigste fald kan de indledende omhyggelige drøftelser med familien i sig selv løse problemerne og få barnet symptomer til at forsvinde. Jeg kan nævne et eksempel med en familie, hvor faderen var blevet alvorligt handicappet ved en ulykke, og hvor sønnen efterfølgende havde udviklet encoprese. Familien forsøgte tappert at fortsætte deres tilværelse, som om intet var sket, og der var en høj grad af benægtelse af ulykkens konsekvenser for alle dens medlemmer. Efter en grundig drøftelse af dette forsvandt drengens symptomer. I et andet tilfælde henvendte en familie sig med et barn, der havde udviklet alvorlige tvangssymptomer. Efter nogle få indgående familiesamtaler, hvoraf det fremgik, at familien tidligere havde lidt et alvorligt tab ved at miste et nyfødt

barn, gik også dette barns symptomer væk. Det er næppe tilfældigt, at det i begge disse tilfælde drejede sig om familier, der havde været udsat for uforarbejdede tab og traumer, og man kan naturligvis ikke forvente, at problemerne lader sig løse så hurtigt i ret mange tilfælde. Men det siger noget om, hvor vigtigt det er at undersøge familiens forhold grundigt, inden man giver sig i kast med individualterapi med barnet.

Forståelsen af omfanget af barnets problemer og bagvedliggende personlighedsstruktur bliver ekstra vigtig, hvis man kun har begrænset behandlingstid til rådighed. Det er ikke heldigt at påbegynde et korttidsforløb med et barn for så efter nogen tid at opdage, at barnets problemer er alvorligere, end man i første omgang antog, eller at problemet i virkeligheden mest ligger i familien.

Det er vigtigt at understrege, at det langt fra er alle de børn, der henvises til individuel psykoterapi, der er bedst tjent med den løsning. Hvis der er tale om aktuelle, alvorlige omsorgssvigt, må barnet først sikres omsorg, før man kan tage stilling til, om det også vil have gavn af psykoterapi. I de mange tilfælde, hvor problemerne primært består i uhensigtsmæssige familiesamspil eller forældreholdninger, ydes den bedste hjælp som regel i form af familieterapi eller støtte til forældrene. Også i mange af de tilfælde, hvor et barn er henvist til psykologisk behandling efter at have været udsat for et tab eller traume, vil den bedste hjælp ofte bestå i at bistå forældrene med selv at hjælpe deres barn. Kun hvis et barn har så store intrapsyriske vanskeligheder, at det ikke vil være muligt at hjælpe det gennem hjælp til familien, vil en individuel børneterapi være det bedste og nødvendige valg.

Hvad er psykoanalytisk børnetterapi?

Bag børnenes symptomer ligger der som regel en række (ubevidste) fantasier og antagelser, som er beheftet med følelser af skam og skyld. Børnene kan føle sig forkerte, ikke dygtige nok eller uelskede, eller de kan føle, at det er deres skyld, at far drikker, at forældrene er blevet skilt, eller hvad der ellers er indtruffet af ulykkelige hændelser i familien. De bærer ofte rundt på byrder af sorg, angst og vrede, som de ikke har kunnet dele med nogen, hvad der kan medføre en stor følelse af ensomhed.

Det er denne indre verden hos børnene, der er i centrum for terapeutens interesse. Før puberteten har børn imidlertid en ret begrænset evne til at beskrive deres indre tilstande i ord, de reagerer i stedet på indre følelsesmæssigt pres ved at lege eller handle. For mindre børns vedkommende er leg derfor ofte den centrale form for kommunikation fra barnet til terapeuten; med stigende alder spiller samtale og/eller evt. tegning en gradvist større rolle.

Ifølge Grünbaum (1999) er det karakteristisk for den psykoanalytiske metode, at man fokuserer på interaktionen mellem terapeut og klient, og at det især sker inden for rammen af et overførings- modoverførings-forhold. I det aktualiseres centrale del af barnets ubevidste verden som følelser og adfærd i her-og-nu relationen. Relationen mellem barnet og terapeuten er altså det vigtigste medium for den terapeutiske proces, terapien virker især gennem kontaktforholdet.

En sikker og stabil ramme er vigtig, både i fysisk og psykisk forstand. Når det drejer sig om mindre børn, foregår terapien bedst i et rum, der er indret-

tet på barnets betingelser, dvs. forsynet med børnemøbler og gerne med adgang til vand og sandkasse. Når der arbejdes efter objektrelationsteoretiske principper er det almindelig praksis, at hvert barn får sit eget legetøj i en kasse, som kun dette barn har adgang til. Det består hovedsagelig af materiale, der egner sig til symbolsk udtryk, som fx papir, farver, modellervoks og mindre dukker og dyr, mens fx spil ikke er egnede til at fremme en terapeutisk proces. Denne ordning er mere hensigtsmæssig, end at mange børn er fælles om legetøjet i et legerum; et stort udvalg af legetøj overvælder mange børn, og legetøjet kan under sådanne forhold let blive mere eller mindre defekt. Kassen og dens indhold udvikler sig ofte til at blive et billede på barnets eget selv. Et almindeligt kontor kan også indrettes til børnetterapi, og her vil netop arrangementet med den personlige kasse være hensigtsmæssig.

Nogle af de mest skadede børn evner ikke at lege, og for dem kan en (gen) etablering af denne evne være et vigtigt mål for behandlingen. Dette sker ikke ved pædagogisk træning i at lege, eller ved at terapeuten leger med barnet, men ved at hun undervejs i terapien hjælper barnet til at overvinde de hindringer og blokeringer, der ødelægger dets evne til leg.

Den terapeutiske intervention kan forstås som den måde, hvorpå terapeuten i et givet øjeblik omsætter sin forståelse af barnets bevidste og ubevidste kommunikation til en intervention i den psykoanalytiske proces. Somme tider sætter terapeuten ord på de følelser, barnet viser i sin adfærd, andre gange identificerer hun måske et tema, der ofte gentages i legen. Tolkninger kan

også forekomme, men ikke nødvendigvis, og de skal ofte forberedes gennem lang tid, inden de omsættes til ord. Terapeuten forsøger at hjælpe barnet til selv at tænke over og forstå sine egne følelser og motiver. Det væsentlige er, at terapeuten finder en vej til at formidle sin forståelse af barnets indre virkelighed på en sådan måde, at det er forståeligt for barnet. Som Houzel (1999) har udtrykt det: Ting, der kan kommunikeres om, mister deres magt til at desorganisere psyken og skabe lidelse.

Det, der måske især kendetegner terapeuten arbejde, er, som Lanyado & Horne (1999) udtrykker det, hendes "følelsesmæssige modtagelighed og evne til at opretholde et rum, hvor hun kan tænke over, hvad det er, barnet kommunikerer, og hvad der opleves i sessionen" (s. 57). Det kan være sværere, end det lyder, at opretholde evnen til at tænke i det følelsesmæssige kaos, børn ofte kan udsætte deres terapeut for. Evnen til at kunne rumme og udholde barnets følelser er en vigtig del af arbejdet.

Grünbaum (1999) diskuterer, hvad det er, der er virksomt i psykoanalytisk børneterapi. Hun anser det for vigtigt, at barnet føler sig forstået, hvad der ofte sker ved terapeuten tolkning af barnets symbolleg og overføringen. Men også terapeuten hjælp til barnet til at kunne kende og udholde sine egne følelser er vigtig. Og som tidligere nævnt er udviklingen af barnets evne til at lege vigtig. Der synes både at være tale om en indlæringsproces af basale færdigheder (som fx at kende og kunne administrere sine følelser) og om en internalisering af den terapeutiske relation (fx i

form af at overtage terapeuten evne til containment).

Korttidsterapi med børn

Også inden for psykoanalytisk psykoterapi er det som nævnt muligt at arbejde med fokuseret korttidsterapi med et på forhånd fastsat antal gange. I sådanne tilfælde er det vigtigt at fastholde det fokus, der er valgt, hvad der ikke betyder, at det ikke kan have sidegrene i andre retninger. Fx kan arbejdet med følgerne af et traume i form af langvarige og smertefulde hospitalsophold udover sorg og angst rumme følelser som vrede med deraf følgende skyldfølelser over for forældrene, som opleves, som om de har svigtet, og jalousi over for de søskende, som har været hos forældrene hele tiden. Sådanne følelser kan dels fremgå direkte af, hvad barnet taler om, men vil også kunne give sig til kende fx ved vrede over for terapeuten "svigt", når hun holder juleferie eller sender afbud, og ved jalousi over for de andre børn, der kommer hos psykologen. Hvis terapeuten fanger sådanne signaler og kan forstå dem som udtryk for overføring, kan det give anledning til en bredere bearbejdning af problemerne, og barnet vil føle sig godt forstået.

Nogle unge har svært ved at forpligte sig til langvarige terapiforløb, og for dem kan en form for åbne og kortvarige konsultative forløb være velegnede. Der kan være tale om forløb, der aftales fra gang til gang, men stadig baseret på de samme principper. Sådan et arbejde gør det ligeledes muligt at skelne mellem de unge, som har brug for og kan forpligte sig til et længevarende terapiforløb, og dem, som ikke kan.

Samarbejde med forældre og det øvrige netværk

Samarbejdet med børnenes forældre er som allerede nævnt en meget vigtig del af en psykoanalytisk børneterapi. Betydningen af det var tidligere undervurderet, men det er ikke mere tilfældet, og der er efterhånden også kommet en del litteratur om den del af arbejdet (fx Chethik, 1989; Tsiantis et al., 2000; Mortensen, 2001). Et godt resultat af en børneterapi afhænger ofte lige så meget af det arbejde, der gøres med forældrene, som af selve terapien med barnet. Som Chethik (1989) udtrykker det, kan ingen børneterapi lykkes uden forældrenes accept; det er forældrenes støtte til behandlingen, der tillader barnet at bruge den. Der er forskningsresultater, der tyder på, at en individuel behandling af et barn uden inddragelse af familien endog kan føre til forringet funktion for den samlede familie (Szapocznik et al., 1989). Det er ikke overraskende i lys af den viden, vi har om familiesystemers funktion.

Mens man med voksne klienter indgår en arbejdsalliance med klienten selv, er det i børneterapi barnets forældre, man skal indgå alliancen med. Det gælder jo mere, jo yngre barnet er. Drejer det sig om større børn eller unge, må de også selv være motiverede for terapi. Som Carr (2009) skriver, er den terapeutiske alliance den vigtigste fællesfaktor i psykoterapi, og betydningen af den bliver ikke mindre, fordi den skal indgås med forældrene. Hvis etablering af en god arbejdsalliance før starten ikke er gjort, risikerer man, at terapien afbrydes i utide. Og en afbrudt terapi opleves af barnet som (endnu) et svigt. Det er derfor vigtigt at give forældrene en grundig tilbagemelding om under-

søgelsen af barnet og en forståelse for, hvad der vil kunne opnås med terapien. Man kan forklare forældrene, at opgaven som terapeut består i at hjælpe barnet med at fjerne de hindringer, der er, for at det kan vokse og udvikle sig. Det drejer sig ikke så meget om at finde årsagen til barnets problemer som om at forstå meningen med dem.

Forældrearbejde er, som andetsteds beskrevet, (Mortensen, 2001) en særlig form for samarbejde, som ligger på et kontinuum mellem et partnerskab og terapi. Vægten kan ligge forskellige steder på dette kontinuum og kan også variere i de enkelte forløb. Det kan nærme sig et partnerskab, hvis det fx drejer sig om forældre til små børn, pleje- eller adoptivforældre, eller forældre, der ikke selv har væsentlige psykiske vanskeligheder. Omvendt kan man nærme sig et terapeutisk forhold, hvis forældrene selv har psykiske vanskeligheder, som er af betydning for barnets problemer. Grænsen til egenterapi bør dog ikke overskrides; arbejdet er startet på grundlag af barnets vanskeligheder, og det er det, der er fokus for hele arbejdet. Ikke desto mindre kan forældresamtalerne have overordentlig mange terapeutiske kvaliteter.

Samtalerne består kun i meget begrænset omfang af direkte rådgivning; det handler snarere om at hjælpe forældrene til en bedre forståelse af, hvad der sker både i barnet og i samspillet mellem barnet og dem selv. Når de fx forstår, at deres barns adfærd hænger sammen med angst og ikke skyldes trods eller uvilje, kan de ofte selv finde ud af at handle anderledes.

Forældrearbejde kan antage lidt forskellig form afhængig af forældrenes egne problemer og familiens samlede

situation (se fx Chethik (1989) eller Mortensen (2001)). Nogle former ligger nærmere ved rådgivning og udveksling af information, i andre spiller forældre-terapeutens empati og containment over for forældre, der selv har det svært, en stor rolle. Ikke sjældent fungerer forældre-terapeuten som en slags rollemodel for, hvordan man kan være en omsorgsfuld og empatisk forældrefigur.

Psykoanalytisk børneterapi er som nævnt ikke mindst velegnet til behandling af de sværest skadede børn, som jo ofte er børn, der bor i en plejefamilie eller på en institution. I så fald foregår samarbejdet med dem. Og hvis det er de offentlige myndigheder, der betaler for terapien, hvad der ikke er ualmindeligt i sådanne sager, er det også nødvendigt, at sagsbehandleren forstår vigtigheden af at terapien ikke afbrydes brat og i utide. Man må som regel søge om forlængelse af terapien med mellemrum, fx hvert halve år, ligesom man må deltage i netværksmøder med sagsbehandler, plejefamilie, familieplejekonsulent mv. Når dertil kommer, at skole og daginstitution også ofte er inddraget i et samarbejde, kan der være et stort netværk at holde sammen på.

I sådanne komplicerede sager er det ofte uoverkommeligt for én terapeut at skulle påtage sig så mange funktioner, ligesom det kan være svært at holde balancen mellem alle de forskellige og ofte stærke forventninger og overføringer, man udsættes for. Det er derfor tit hensigtsmæssigt, at der er to, der samarbejder om opgaven. Den ene er så terapeut for barnet, mens den anden varetager samtaler med forældre og samarbejdet med hele netværket i øvrigt. Det er naturligvis vigtigt, at de to samarbejdspartnere er enige om

behandlingslinjen. Fælles supervision kan derfor være en rigtig god ide.

Hvis der er tale om korttids-terapi eller terapeutisk konsultationsarbejde, kan arbejdet med både børn og forældre derimod med fordel varetages af samme terapeut. Her kan terapeuten i højere grad, end når det drejer sig om længelevende terapiforløb, skifte mellem at se barnet/den unge alene og at mødes med forældrene, alt efter hvad der føles hensigtsmæssigt.

Lanyado (1999) nævner også rene konsultative modeller, hvor man fx mødes med en familie i op til 5 gange. Det væsentlige ved et sådant konsultativt arbejde på psykoanalytisk grundlag er imidlertid, at der hovedsagelig anvendes de samme metoder som ovenfor nævnt, dvs. fælles udforskning, empatisk forståelse og containment. Vægten lægges også her – i modsætning til, når det drejer sig om familierapi – på forståelsen af barnets indre liv.

Forskning

Forskning i psykoanalytisk psykoterapi er af mange grunde kompliceret. Det skyldes bl.a., at forældrene er inddraget, og at resultaterne ikke blot handler om symptomreduktion, men også om ændring af personlighedsvariable, fx relationsevne, affektforvaltning, forsvarsmekanismer eller symboliserings-evne, som kan være vanskeligere at operationaliserer og måle. Det vil føre for vidt at beskrive alle disse komplikationer her, for en nærmere beskrivelse kan henvises til fx Boëtius & Berggren (2000).

Randomiserede, kontrollerede forsøg anses som regel for at være den bedste metode til evidensbaseret psykoterapi, men den kræver grupper med

”rene” diagnoser, uden comorbiditet. Da der imidlertid er tale om comorbiditet hos op til 75 % af børnene i en almindelig klinikpopulation (Fonagy, 2009), er metodens anvendelighed begrænset på børneområdet. Hvis psykoanalytisk børneterapi – og andre former for børnebehandling, der ikke alene stiler mod symptomreduktion – skal evidensbaseres, kræver det et bredere forskningsgrundlag, som også omfatter metoder til beskrivelse af processer, kvalitative metoder etc. Det er der dog også efterhånden forståelse for, bl.a. har den amerikanske psykologforening vedtaget en principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis, der åbner for et bredere spektrum af metoder som grundlag for at kalde en behandlingsmetode evidensbaseret (APA, 2006).

Til trods for disse vanskeligheder, er der dog efterhånden opnået en betydelig viden om virkningen af børneterapi. Boëtius & Berggren kunne allerede i 2000 fastslå, at det er påvist, at psykodynamisk/psykoanalytisk psykoterapi virker, og at det er muligt at måle resultaterne og henføre dem til den psykoterapeutiske proces. Længden af behandlingen var en af de faktorer, som viste tydeligst sammenhæng med et positivt resultat, og behandling med høj frekvens (flere gange ugentligt) var markant mere virksom over for børn med sværere psykiske problemer og over for yngre børn end behandling med lavere frekvens.

Børn med emotionelle problemer som angst og depression viste den største fremgang, sammenlignet med de adfærdsforstyrrede (et resultat, som synes at gælde uanset behandlingsform); men også den sidstnævnte gruppe kan gøre fremskridt; det kræver blot læn-

gere tid og hyppigere frekvens. Med en tilstrækkelig omfattende indsats kan det påvises, at ikke bare barnets adfærd forbedres, men dets indre objektrelationer bliver mere godartede, evnen til at udholde psykisk smerte bedres, og selvbilledet bliver mere positivt. Et vigtigt forskningsresultat var også, at sideløbende behandling af forældrene var relateret til et godt resultat.

Et par nyere artikler giver en systematisk oversigt over evidensgrundlaget for børneterapi i dag (Kennedy, 2004, Kennedy & Midgley, 2007). Langt de fleste af de omtalte undersøgelser er foretaget på klinikpopulationer med blandede forstyrrelser, som man almindeligvis møder dem i praksis. Forfatterne fremhæver som en særlig styrkeside ved mange af dem, at der er langvarige opfølgninger, og at de viser, at de påviste bedringer er holdbare og endda øges yderligere efter længere tids forløb. De konkluderer, at der er evidens for virkningen af psykoanalytisk psykoterapi hos børn og unge overfor en række specielle forstyrrelser, som angstlidelser, depression i barnealderen, adfærdsforstyrrelser, specifikke indlæringsvanskeligheder, gennemgribende udviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og følger af traumer.

Uddannelse i psykoanalytisk børneterapi

I 1991 oprettedes der i London en sammenslutning af psykoanalytiske uddannelsesinstitutter i de 18 lande, der dengang udgjorde EF. Den blev kaldt EFPP, the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Service. Hovedformålet var at arbejde for etablering af fælleseuropæiske stan-

darder for uddannelser i psykoterapi af tilstrækkelig kvalitet.

EFPP havde fra starten 3 sektioner, en for gruppeanalyse, en for individuel (voksen) psykoterapi og en for børneterapi. Senere er der også oprettet en sektion for Par- og Familierapi. Der er inden for hver af sektionerne udarbejdet minimumsstandarder for uddannelse, som løbende tages op til revision. EFPP er gradvist vokset og har nu 25 medlemslande. Den arrangerer desuden konferencer og udgiver bøger, der er permanente arbejdsgrupper tilknyttet, som fx arbejder med forskning og med behandling af tortur- og voldsofre, ligesom der iværksættes forskningsprojekter. I maj 2007 blev der afholdt en stor europæisk konference i København for alle tre sektioner, og der er en bog under udgivelse (Mortensen & Grünbaum, under udgivelse) med nogle af de bedste bidrag fra konferencen, herunder flere gode beskrivelser af terapiforløb med børn.

EFPP har haft stor betydning for uddannelsen til psykoanalytisk børneterapeut her i landet. Som deltager i mødet i 1991 fik man et tydeligt indtryk af, at mange andre lande var langt mere udviklede, end vi er, med hensyn til uddannelser i psykoterapi, både på voksen- og børneområdet, og der var mange her i landet, der følte behov for at gøre noget ved denne situation.

Som en direkte følge af mødet i London blev der derfor i 1992 oprettet et Dansk Selskab for Psykoanalytisk Psykoterapi med Børn og Unge (DSPBU) med det formål at arbejde for etablering af en uddannelse i psykoanalytisk psykoterapi.

En sådan uddannelse startede i 1997 og lever som den eneste uddannelse i

børneterapi i Danmark op til de standarder, der er vedtaget i EFPP. Desværre findes den indtil videre kun i København. Uddannelsen indledes med et års spædbarnsobservation (Bick, 1964), en metode, der er hentet fra Tavistock i London, og som i England er et almindeligt anerkendt led i psykoanalytiske uddannelser. Uddannelsen i spædbarnsobservation kan tages som en selvstændig uddannelse.

Selve den børneterapeutiske uddannelse er ret omfattende, hvad der hænger sammen med, at det er terapeutens følsomhed og kunnen, der er afgørende for kvaliteten af hendes terapeutiske arbejde. På www.fpap.dk kan man læse nærmere om foreningen og uddannelsen.

Aalborg Universitet har gennem de sidste par år haft en lille børneklínik med 4 studerende ved psykologistudiet. Den arbejder i tilslutning til den voksenklínik, som under ledelse af Claus Haugaard Jacobsen har eksisteret i over 10 år med ca. 16 deltagere pr. år. Begge klínikker fungerer efter psykoanalytiske principper. Børnene til klínikken findes i et samarbejde med Aalborg kommune. De studerende har hver et barn i behandling i et år og et tilsvarende arbejde med forældrene til et af de andre børn. Psykoterapien superviseres via Skype af Liselotte Grünbaum. De studerende er meget glade for ordningen, som ser ud til at give gode resultater, og der er klart et behov for udvidelse, da behovet for uddannede børneterapeuter langt overgår antallet af dem.

Afslutning

Det er efterhånden overbevisende dokumenteret (fx Carr, 2009), at alle de

terapeutiske hovedretninger (psyko-dynamisk, humanistisk, kognitiv-adfærdsterapeutisk og systemisk) er effektive over for mange forskellige psykiske lidelser.

Forskningen har yderligere overbevisende dokumenteret, at længden af den terapeutiske indsats har væsentlig betydning for udfaldet af terapien. Uanset arten af terapi, er det for 50-75% af klienterne nødvendigt med 20-45 sessioners terapi, hvis de skal kunne komme sig. Carr fremhæver endvidere, at det også er grundigt påvist, at det samfundsøkonomisk betaler sig med en psykoterapeutisk indsats. De omkostninger, den medfører, mere end opvejes af de besparelser, man får i sundhedssystemet og det sociale system.

Individuel psykoanalytisk børneterapi er – i modsætning til, hvad man måske kunne tro – ikke en dyr form for behandling. Man kan for samme beløb få enten to års individuel psykoterapi med to ugentlige sessioner og tilhørende forældresamtaler og netværksmøder eller en måneds indlæggelse på en børnepsykiatrisk afdeling. Set i det lys vil en børneterapi ikke bare være en effektiv behandlingsform, men også en god økonomisk investering.

Det er der da også større forståelse for i mange andre lande end i Danmark. Alene i England er der 6 institutter, der tilbyder uddannelse i børneterapi, og i Sverige kan man nævne Ericastiftelsen, der er grundlagt allerede i 1934. Agger (2009) nævner, at der til børn i Tyskland kan bevilges lange analytiske terapiforløb på op til 150 timer, og til unge på op til 180 timer. Der kan ligeledes bevilges korttidsterapeutiske forløb på 25 timer, som, hvis det skønnes nødvendigt, kan ændres til langtidsterapi.

Man kan derfor diskutere, om vi bruger vores resurser hensigtsmæssigt, når vi undlader at behandle. Mange af de børn, der igen og igen henvises til psykolog gennem hele deres skoleforløb, kunne med anvendelse af det samme timetal til behandling, som nu anvendes til gentagne undersøgelser, hjælpes langt bedre og mere tilfredsstillende for alle parter. Og uanset nytten af supervision til lærere og pædagoger i øvrigt, vil virkningen heraf aldrig kunne måle sig med virkningen af en målrettet terapeutisk indsats, der retter sig mod kernen af problemerne.

Referencer

- Agger, N.P. (2009). Positiv varm luft. *Psykolognyt*, 21, 31-32.
- Alvarez, A. (1992). *Live Company*. London: Routledge
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology. (2006) *American Psychologist*, 61 (4), 271-285.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 558-566.
- Boëthius, S.B. & Berggren, G. (2000). *Forskning om Barn- och Ungdomspsykoterapi*. Stockholm: Ericastiftelsen.
- Carr, A. (2009). *What Works with Children, Adolescents, and Adults?* London and New York: Routledge.
- Chethik, M. (1989). *Techniques of Child Therapy*. New York: Guilford Press.
- Cleve, E. (2000). *Från kaos till sammanhang*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Fonagy, P. (2009). *Research in Child Psychotherapy: Progress, Problems and Possibilities? I: Midgley, N. Anderson, J., Grainger, E., Nestic-Vuckovic, T. & Urwin, C. Child Psychotherapy and Research*. London: Routledge.
- Grünbaum, L. (1999). Psykoanalytisk børneterapi – hvordan virker hvad? *Matrix*, 16, 245-268.
- Houzel, D. (2000). Working with parents of autistic children. I: Tsiantis, J., Boëthius, S.B., Hallerfors, B., Horne, A. & Tischler, L. (eds.), *Work with Parents*. Psychoanalytic Psycho-

- therapy with Children and Adolescents. EFPP: Karnac Books.
- Kennedy, E. (2004). *Child and Adolescent Psychotherapy: A Systematic Review of Psychoanalytic Approaches*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kennedy, E. & Midgley, N. (2007). *Process and Outcome Research in Child, Adolescent and Parent-Infant Psychotherapy: a Thematic Review*. London: NHS London.
- Lanyado, M. (1999). Brief psychotherapy and therapeutic consultations: how much therapy is "good-enough"? I: Lanyado, M. & Horne, A. *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy*. London: Routledge.
- Lanyado, M. & Horne, A. (1999). The therapeutic relationship and process. I: Lanyado, M. & Horne, A. *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy*. London: Routledge.
- Mortensen, K.V. (2001). Forældrearbejde i børneterapi – partnerskab eller terapi? *Matrix*, 18, 57-72.
- Mortensen, K.V. & Grünbaum, L. (red.). (under udgivelse). *Play and Power*, London: Karnac Books.
- Szapocznik, J., Murray, E. Scopetta, M. Hervis, O., Rio, A., Cohen, R., Rivas-Vazquez, A., Posada, V. & Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 571-578.
- Tsiantis, J. (red.) (2000). *Work with Parents*. London: Karnac Books.
- ZERO TO THREE (1994). DC:0-3. Washington DC: ZERO TO THREE.

Børnesamtalen – en svær ret, men ikke nødvendigvis en ubehagelig pligt...



Den 1. oktober 2007 trådte den nye forældreansvarslov i kraft med fokus på, at barnets perspektiv skulle være det styrende for udfaldet af samværs, bopæls og forældremyndighedssager. Det har medført en stor ændring i måden at arbejde og tænke på i store dele af Statsforvaltningen, ikke mindst for de psykologer og socialrådgivere, der er ansat som børnesagkyndige og som afholder tværfaglige møder, rådgivninger og børnesamtaler for at sikre, at barnets perspektiv kommer frem.

Nærværende artikel præsenterer enkelte af de dilemmaer, der er forbundet med børnesamtalen efter §34. Dilemmaer der kobler sig på selve arbejdsfeltet – børn i skilsmissefamilier – men som tillige er koblet til et arbejdsfelt som psykolog i en juridisk ramme.

*Af Lone Aggernæs Thornberg,
tidligere psykologfaglig leder i Statsforvaltningen*

Stine på 9 år møder til børnesamtale i Statsforvaltningen. Mor har hele morgenen talt med hende om, at det er rigtig vigtigt, at hun nu får fortalt ”det hele”. Om hvor slemt det er hjemme hos far, at hun har ondt i maven og at far er ligeglad med hende, når hun kommer. Stine synes, at det er svært, for far skal jo også høre, hvad hun har sagt bagefter, og måske er det ikke altid hele sandheden, som hun får fortalt mor. Hun har ondt i maven, når hun kommer hjem og mor spørger, hvordan det er gået. Ikke kun fordi det er hårdt at være hos far, men hun kan mærke, at mor bliver lettet, når hun fortæller, at det er gået dårligt – også selvom det måske ikke er hele sandheden. Så Stine vælger måske ubevidst at fortælle mor, om det dårlige fra weekenderne og udelader de episoder, hvor hun hygger sig med far. Men i dag er det anderledes, for far skal jo også høre hvad hun fortæller – så hvordan kan hun komme til at sige til dem, at det egentlig er meget godt, som det er

– men svært, at far og mor ikke kan tale sammen, så Stine får en fornemmelse af, at de helst vil høre noget dårligt om den anden?

Ole på 12 år møder til børnesamtale. Han har lige været på weekend hos far og de har talt meget om, at Ole nu er klar til en deleordning. Ole kan godt lide at være hos far og har derfor talt meget med far om, at han gerne vil komme der lidt mere. Han er samtidig lidt bekymret for, hvad det vil betyde for hans forhold til vennerne fra fodbold, da far bor for langt væk til, at de lige kan besøge hinanden. Det har også ind i mellem været lidt svært at få lov at komme til at spille kamp, fordi far ikke har nogen bil, men det har far lovet at ændre på. Mor har sagt til Ole, at han bare skal sige til far som det er, men det er lettere sagt end gjort... Gad vide, om de kan hjælpe ham i Statsforvaltningen, han vil jo helst ikke gøre far ked af det.

Barnets situation

Stine og Ole er fiktive eksempler, men de repræsenterer et bredt udsnit af de dilemmaer, som vi møder i Statsforvaltningen. Børnene er ofte klemte i forældrenes konflikt med den konsekvens, at de ikke får lov til at have den relation til forældrene, som ville være mulig, hvis der ikke var en konflikt mellem forældrene. De bliver kastebold i mellem to stridende parter og deres følelsesliv er splittet i mellem de to mest betydningsfulde mennesker i deres liv. I nogle tilfælde ender det med, at spændingsfeltet bliver så svært at leve med, at barnet må vælge den ene af forældrene fra. I de allerfleste sager lykkes det heldigvis at skabe en forståelse hos forældrene af, hvad det er for et dilemma de sætter deres barn i – og en forståelse for, at de via deres indbyrdes konflikt fratager barnet retten til at have to forældre – den ret, som er grundstenen i den nye forældreansvarslov.

Den nye lov og fokus på Barnets Perspektiv

Den nye forældreansvarslov, som trådte i kraft pr. 1. oktober 2007 udvidede i markant grad mulighederne for at høre børn i forbindelse med sager vedrørende børns samvær, bopæl og forældremyndighed. I den gamle lov talte man primært med børn fra de var 12 år. I den nye lov åbnes der for samtaler med børn allerede fra 7 års-alderen afhængigt af modenhed – i nogle tilfælde med yngre børn. Hensigten med loven er at sikre barnet retten til at give sin mening til kende. Det er ikke hensigten, at barnet skal bestemme, men barnets perspektiv skal belyses og én af metoderne til at belyse dette perspektiv i Statsforvaltningerne er børnesamtalen.

Andre metoder kan være ved børnesagkyndig deltagelse i sagsbehandlingen, erklæringer fra daginstitutioner eller andre professionelle med kendskab til barnet eller ved en børnesagkyndig undersøgelse.

I Statsforvaltningen Hovedstaden er det altid en børnesagkyndig, der afholder samtalen med barnet. De børnesagkyndige er uddannet enten psykologer eller socialrådgivere med lang erfaring og efteruddannelse på børne-familieområdet.

Argumentationen for at ændre lovgivningen er formentlig blandt andet inspireret af FN's børnekonvention á 20. november 1989, som: "(...) er udtryk for, at voksne er blevet enige om, at børn skal respekteres som individer og selvstændige personer. Børn er nemlig også mennesker med politiske, økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder." (2). Haldor Øvreeide skriver også om behovet for at inddrage børnene mere direkte i sin bog: At tale med børn:

"Efter mange års behandlingsarbejde i forbindelse med børne- og familiesager, samt arbejde som sagkyndig og som konsulent i sådanne sager, har jeg dannet mig den bestemte opfattelse, at der foregår alt for få samtaler med børnene om, hvad de har oplevet, hvad de oplever, hvad der skal ske osv. I det omfang, der føres samtaler med børnene, er der ofte mangel på kontinuitet eller opfølgen med nye samtaler, som kan uddybe barnets forståelse af sin situation." (3, p. 11)

Han uddyber videre dette med en diskussion om, på hvilken måde, der skal tales med børnene, at det er væsentligt, at flere samtaler med samme barn, bør

foretages af den samme voksne, så der skabes en relation og en fortrolighed mellem den voksne og barnet.

Det er dog vigtigt at påpege, at de samtaler, der afholdes i Statsforvaltningen nok overvejende er at betragte som det Haldor Øvreeide kalder ”af-dækkende samtaler”, hvor det er retlige og voksen-orienterede processer, der bliver styrende for samtaleforløbet (ibid, p. 14)

Den direkte inddragelse af skilsmissebarnet er godt beskrevet i bogen ”Se det er mig i stormvejr” (4). De 4 forfattere beskriver blandt andet de dilemmaer, der er forbundet med barnets medbestemmelse:

”Vor forståelse af barnet er, at det er ekspert i forhold til sit eget liv, og vi betragter barnet som aktør i sin egen livsproces.

Men hvorfor så ikke lade barnet selv bestemme, når vi påstår, at det er ekspert i sit eget liv?

For både de store og små børn gør der sig mange komplicerede og indviklede forhold gældende i relation til den forældre-konflikt, som de befinder sig midt i. Det kan derfor være svært at finde ud af, hvad der er barnets egne behov, og hvad der i barnets reaktioner, er bestemt af forældrenes behov.” (ibid, p. 106)

At sikre barnet en god oplevelse – trods de spidsfindige vilkår

Den største opgave: At passe på barnet

De fleste børn, der kommer til samtale i statsforvaltningen, er således klemte i mellem forældrene. Vi har enkelte ”nemme” samtaler, hvor et barn er helt afklaret med, at det ikke ønsker at se fx en alkoholiseret mor eller en voldelig

far – men det er de færreste. I de allerfleste sager er der tale om børn, der har svært ved at mærke, hvad de mener, fordi de skiftevis påvirkes i den ene eller den anden retning og forsøger at balancere mellem et forældrepar, der kæmper i mod hinanden. Den børnesagkyndige har 2 store opgaver i den sammenhæng:

1. Dels at sikre, at barnets stemme kommer frem – på trods af den kompleksitet, den stemme repræsenterer.
2. Dels at yde barnet uvildig rådgivning og vise forståelse overfor barnets situation.

Ad 1)

Mange børn, der kommer ind til os, har et enormt behov for at få luft for en masse tilbageholdte følelser. De har ofte ikke nogen i deres netværk, som de er trygge nok ved, til at de kan få luft for deres splittede følelser og de ender derfor tit med at sidde alene med det. I de tilfælde kan samtalen med barnet blive meget langvarig op til 1½ time. Andre samtaler kan være overstået på 10 minutter, fordi børnene er helt afklarede med, hvad de vil sige, eller med at de ikke ønsker at udtale sig – og da samtalen er frivillig står det dem frit for.

Vi har i den børnesagkyndige gruppe haft mange drøftelser om, hvordan vi bedst sikrer, at børnene kommer til orde. Der er ikke ét svar på dette spørgsmål, men lige så mange svar, som der er børn, der kommer til samtale.

Vi er imidlertid nået frem til at følgende overordnede retningslinier bør være gældende:

- Barnet skal indledningsvis orienteres om, at det er frivilligt at deltage i samtalen. Hvis det er tydeligt for barnet, at det har mulighed for at forlade samtalen eller lade være med at svare på de spørgsmål, det bliver spurgt om, bliver situationen automatisk mindre faretruende.
- Barnet skal orienteres om, at vi ønsker at høre til holdninger og ønsker for samværet, men tillige gøre det klart, at *det ikke er barnet som sådan, der bestemmer*, hvad der skal ske i den sidste ende. Det er de voksne, der skal tage den endelige beslutning – enten far og mor, hvis de kan blive enige, eller Statsforvaltningen. Det er altafgørende for barnets oplevelse af ansvaret i situationen, at det ikke er barnets holdning, der afgør spørgsmålet om samvær, bopæl eller forældremyndighed. Vi oplever tilbagevendende børn, der kommer til samtalen med en oplevelse af, at nu gælder det – hos enkelte kan man lige frem få en fornemmelse af, at de er blevet sendt i byen med den opgave at stoppe eller udvide et samvær. I de tilfælde er det en af vores helt store opgaver at forsøge at tage dette åg af børnenes skuldre. I den sammenhæng kan vi fx hjælpe barnet ved at fortælle barnet, at samtalen er ét af elementer, der indgår i afgørelsen, sammen med fars og mors udtalelser.

Notatpligt

Det sværeste ved børnesamtalen er, at vi opererer i en juridisk ramme. Vi kunne have et stort ønske om, udelukkende at bruge samtalen til at støtte børnene og vise dem forståelse for deres situation – og det kan vi også godt gøre

til en vis grad – men vi har samtidig notatpligt ved mødet, fordi formålet (fx) er at afdække barnets ønsker for samvær. Det er med til at skabe en særlig ramme om samtalen ved blandt andet at have den betydning, at vi ikke kvit og frit kan sige til barnet, at det selv frit kan bestemme, hvad der bliver refereret og ikke refereret fra samtalen. Den del af samtalen med barnet, der belyser barnets ønsker for samvær, bopæl eller forældremyndighed kan ikke udelades fra notatet. I helt særlige tilfælde, kan man udelade det fra forældrenes aktindsigt, men i praksis vil ethvert udsagn fra samtalen, der kan have afgørende betydning for afgørelsen af sagen ikke reelt udelades fra forældrenes vidende, fordi det alligevel vil være gennemskueligt i afgørelsen, at det er noget barnet har sagt, der ligger til grund. Og det er vi nødt til at gøre børnene klart – hvis ikke vi skal lokke dem ind i samtalen under falske forudsætninger.

Ad 2)

Den anden opgave – at yde barnet uvildig rådgivning – må nødvendigvis adskilles fra den juridiske del af samtalen – for at man kan sikre barnet en fortrolighed ved denne del af samtalen. Der skal ifølge loven være ”vandtætte skotter mellem den børnesagkyndige rådgivning og sagen” og for at det kan lade sig gøre, må den børnesagkyndige rådgivning adskilles fra den notatpligtige del af samtalen. Det kræver, at den børnesagkyndige holder tungen lige i munden og gør forskellen meget klar, så barnet ved, hvornår under samtalen, der er notatpligt, og hvornår der ikke er. I praksis kan dette være svært, fordi børnene jo ikke har den bevidsthed og ind i mellem kommer til at blande tin-

gene sammen. Her skal vi igen passe på barnet ved at hjælpe det med at sortere efterfølgende eller minde barnet om notatpligten, hvis det skal til at fortælle om noget, der bør noteres om – og som vi vurderer forbundet med en risiko for at være kompromitterende. Det er selvfølgelig til hver en tid barnet selv, der afgør, hvad det ønsker at fortælle, men det er vores ansvar overfor barnet at klargøre de mulige konsekvenser.

Dilemmaer

Der er flere dilemmaer forbundet med børnesamtalen. Den er tænkt som en mulighed for at sikre børns ret til at give deres mening til kende. Problemet er, at samtalen let kommer til også at (skulle) opfylde andre formål: Dels hjælpe til at træffe en afgørelse i sagen (ved hjælp af belysning af ”barnets perspektiv”) – og dels ved at overlade ansvaret for det svære valg til børnene. Det sidste er der formentlig ingen, der ønsker, hvis man spørger direkte. Der er dog en automatik forbundet med det at udtale sig ved en samtale og derved blive styrende for udfaldet, som det kan være svært at forhindre. Lektor Karen Asta Bo er en af de fagpersoner i Danmark, der har beskæftiget sig mest med samtaler med børn. Hun skriver i et inspirationshæfte om børnesamtalen (5), ” (...) at sagsbehandleren ikke må stille barnet i en situation, der er alt for dilemmafyldt. For eksempel ved at spørge, så barnet skal udtale sig negativt om forældrene. For det kan betyde en alvorlig loyalitetskonflikt.” (p. 15).

Man kan sige, at det ansvar vi ønsker at fastholde på voksne hænder, meget let tabes i det øjeblik, vi lader børnene få en stemme. En pædagogisk sammenligning kan være, forældre, der spørger

deres børn, *om de kommer* og spiser, skønt de reelt mener, at der er mad, og børnene *skal* komme. Her giver du dem et valg, som ikke er et reelt valg i et misforstået hensyn. Det er den voksnes ansvar, at barnet får mad – og det er i følge den nye lov forældrenes ansvar at sikre, at barnet fortsat har to forældre efter en skilsmisse. Det er her, den børnesagkyndiges rolle bliver så væsentlig, fordi det er vores opgave at forhindre denne automatik i at indfinde sig. Om det altid kan lade sig gøre er en anden sag.

Senere i samme artikel udvider Karen Asta Bo vedrørende ansvaret i sagen: ”Man må ikke foregøgle barnet en indflydelse, som det ikke har. Et eksempel kan være det barn, der gerne vil blive boende hos far og mor, men alligevel skal flytte til en plejefamilie” (ibid, p. 15). Og det er parallelt til et andet dilemma forbundet med børnesamtalen i forbindelse med skilsmissesager. Hvorfor spørge børnene, hvis vi alligevel ikke gør, som de siger? Hvis vi spørger børnene, bør vi vel også følge deres anvisninger? I ovennævnte hæfte er der i en anden artikel reference til Søren, der følte sig svigtet efter en børnesamtale. Han havde været til møde med sin mors sagsbehandler og udtaler: ”*Jeg troede, vi havde en god samtale. Vi sad og snakkede, og det var som om, at hun forstod mig, og at hun var helt på min side. Men da vi så skulle ind til mødet, sagde hun bare: Så må vi jo se, hvad din mor siger. Så var det glemt – eller lige meget – alt det, vi havde siddet og snakket om.*” (5, p. 13) Han oplevede sig svigtet, fordi samtalen ikke fik de konsekvenser, som han gik efter. Det oplever vi også ind i mellem i Statsforvaltningen. Tilbagevendende kan der være flere forskellige

årsager til, at sagerne ikke ender med den løsning, som børnene har udtalt at de ønsker – eller lige så smertefuldt; der bliver truffet en afgørelse på baggrund af barnets udtalelser og så fortryder barnet – eller siger efterfølgende, at det føler sig misforstået, fordi det har ændret mening efter at have talt med den ene forælder.

Det er ikke blevet lettere efter, at der er blevet åbnet for, at vi taler med de mindre børn, der er så afhængige af de nære voksnes omsorg og accept og som ofte taler ud fra den umiddelbare konkrete situation, fordi de ikke kan overskue perspektiverne på lang sigt. Et godt eksempel på dette er en samtale med et yngre barn, der bliver hørt vedrørende ønsker for julesamvær. Drengen siger, at han synes, at det skal deles retfærdigt mellem far og mor, men næste år, vil han nu også gerne holde julen sammen med far, ligesom i år. På spørgsmålet om, hvorfor han ønsker det, fortæller han, at der fik han nogle rigtig gode gaver i år...

Som i alt andet psykologarbejde er der sjældent to streger under konklusionen på en børnesamtale. Vi kan i nogle tilfælde sidde med børn, der synes tydeligt er præget af den forælder de bor sammen med, som måske ikke vurderes til at være den "mest egnede" af de to forældre. Disse børn taler ofte for ikke at få udvidet samvær eller endog få det indskrænket. Måske kan børnene mærke, at det er bopælsforældrens ønske, måske føler barnet et ansvar for at passe på en skrøbelig forælder. Skønt det for os i sådanne tilfælde udfra en faglig vurdering kan være tydeligt, at dette barn vil have gavn af også at blive påvirket – og måske endda styrket – af samværsforælderen, er det ikke sikkert,

at vi kan hjælpe barnet – og det er heller ikke sikkert, at vi ville hjælpe barnet ved at tvinge udvidet samvær igennem. Erfaringerne fra mange af sagerne viser nemlig, at der er så stærke kræfter på spil, at det risikerer at komme barnet til skade, hvis man gennemtvinger et udvidet samvær, blandt andet på grund af de konsekvenser det får for konfliktniveauet mellem parterne. Det kan desuden være svært rent juridisk at gå imod det ønske, som barnet har udtrykt i børnesamtalen. Selvom vi fagligt i enkelte sager kan argumentere for, at barnet udtrykker sig på baggrund af en uheldig påvirkning, skal der meget supplerende dokumentation til. I sådanne sager har vi heldigvis den mulighed at sende sagen til en børnesagkyndig undersøgelse, hvor mulighederne for at dokumentere forholdene for barnet er anderledes udvidede.

Der er flere ydre faktorer, der påvirker vores arbejde. Som børnesagkyndig vil du ofte være under pres fra en juridisk kollega, der ønsker at samtalen skal føre til nogle svar – og den juridiske kollega er igen under pres fra Familienstyrelsen, som stiller (et fornuftigt) krav om, at sagen er ordentligt belyst – ikke mindst i relation til "barnets perspektiv". Vi drøfter ofte, også børnesagkyndige og jurister imellem, de forskellige måder, hvorpå vi kan belyse barnets perspektiv, og der er helt sikkert alternative muligheder, der i mange tilfælde vil være bedre end børnesamtalen.

Der er desuden presset om at afholde børnesamtale fra forældrene. Mange forældre mener, at vi finder svaret på samværsspørgsmålet ved at spørge børnene. Vi arbejder i et felt, hvor den sunde fornuft og de nuancerede følelser ofte er blevet erstattet af den styring,

som følger af kriseramt sorg og vrede og oplevelse af uretfærdighed. Børnene bliver en brik i en kamp mellem forældrene og vi ser desværre ofte, helt i øvrigt velfungerende, forældre reagere med irrationelle handlinger og udtalelser i denne kamp om børnene, som er det sidste link mellem forældrene.

Afsluttende bemærkninger og oplæg til debat

Da jeg i sin tid begyndte mit arbejde i Statsforvaltningen, kom jeg med en baggrund, der blandt andet talte 6 år som klinisk psykolog i Børne- og Ungerådgivningen i en kommune. Jeg var således skolet indenfor den kliniske psykologi og de principper, der er gældende der. Ikke mindst i forhold til, hvordan man forholder sig i forbindelse med en børnesamtale. Jeg undrede mig over, at vi i Statsforvaltningen i nogle tilfælde kunne afholde en børnesamtale og efterfølgende sende notatet fra samtalen hjem til forældrene – uden at holde møde med dem, hvor vi gennemgik, hvad barnet havde sagt og hvordan vi opfattede det, barnet havde givet udtryk for. Jeg finder fortsat, at det ville være optimalt, hvis der var mulighed for, at man kunne følge den procedure hver gang – men vi arbejder, som alle andre, i en virkelighed, hvor det optimale og det mulige må kombineres rent ressourcemæssigt. Desuden vil det i mange af vores sager blive en skæv prioritering, fordi det i nogle sager, grundet i erfaringen, viser sig nytteløst at afholde forligsmøde, hvor man reelt ikke ser et forligspotentiale. Desuden er samtalen ofte et led i oplysningen af sagen med henblik på en juridisk afgørelse. Hermed selvfølgelig ikke sagt, at vi på grund af den juridiske ramme

ikke skal gøre alt, hvad vi kan for at sikre barnet den bedst mulige ramme at udtale sig i og det gør vi naturligvis også ved samtalerne.

Er det da min holdning, at vi skal afholde os helt fra at holde samtaler med børnene, fordi det er så svært? Det vil jo være fristende, fordi der er tale om en svær opgave, men trods alt har de allerfleste børn stor glæde af at få lov at udtrykke deres holdning i situationen – selvom det er svært – og selvom det der bliver sagt måske ikke repræsenterer hele sandheden. Men bare det at blive lyttet til af en uvildig person kan være befriende. Min pointe er, at børnesamtalen ALDRIG må stå alene og altid skal kobles til andre måder at belyse barnets perspektiv. Desuden, at formålet med samtalen og de konsekvenser samtalen kan få – eller ikke nødvendigvis får – skal klargøres helt for børnene. Børnene skal vide, hvad det er for en samtale, de er inviteret til at deltage i. En dårlig børnesamtale er værre end ingen samtale, fordi hele barnets tillid til de professionelle voksne er på spil!

Vi er i Statsforvaltningen altid bundet op på at behandle en sag mellem to parter – en far og en mor – og vi skal derfor til hver en tid belyse sagen fra begge sider – skønt barnets perspektiv er og bliver det vigtigste. Det sætter nogle særlige begrænsninger på handlemulighederne. Vi kan for eksempel ikke have fortrolige dialoger med parterne hver især, da alle oplysninger, der tilgår sagen skal deles med den anden part. Det gælder naturligvis ikke for den børnesagkyndige rådgivning, der som tidligere nævnt skal være adskilt fra sagsbehandlingen – men netop derfor kan eventuelle oplysninger, der

kommer frem her, heller ikke bruges til behandling af sagen!

Vi har derfor i sagsbehandlingen meget stor hjælp af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, der heldigvis løbende bliver mere og mere af. Vi ser altid meget gerne input fra børnenes omgivelser. I rigtig mange sager kan udtalelser fra kommuner være afgørende, når der skal tages stilling til, hvordan vi kommer videre i en fastlåst sag. Vi bestræber os tillige selv på at udvide antallet af underretninger til kommunerne – ikke for at udvide antallet, men for at sikre, at alle relevante underretninger bliver sendt af sted, så vi hjælper børnene bedst muligt til den relevante hjælp. Samtidig er vi selvfølgelig i mange tilfælde godt klar over, at også kommunernes handlemuligheder

kan være begrænsede. Men jo hurtigere, vi (alle) kan handle for at sikre børnene de bedste vilkår – jo billigere og bedre plejer det faktisk også at blive...

Reference:

- Familiestyrelsens vejledning om samvær: Vejledning nr. 9860 af 06/09/2007
FNs Konvention om Barnets Rettigheder:
<http://www.unicef.dk/script/site/page.asp?artid=64>
Haldor Øvreide: *At tale med børn – Samtalen som redskab i børnesager*. Hans Reitzels forlag, 1995
Karen Asta Bo, Lars Koberg Christiansen, Ingrid Gehl og Karl Johan Rump: *Se – det er mig i stormvejr – Skilsmissebørn og samværskonflikter*. Nyt juridisk forlag, 2000
Man skal nok lige lære os at kende først – Et inspirationshæfte om børnesamtalen. Udgivet af Red Barnet, Familieplejen Danmark, Dansk Socialrådgiverforening og HK kommunal (1. udgave, 2004)

Individuelle opplæringsplaner som utviding af opplærings kontekst

Om subjektivitet og objektivitet ved vurdering av spesialundervisning i Norge



De individuelle behov vi her har i tankene oppfattes altså som trekk ved eleven, eller de oppstår i møte mellom eleven og skolesystemet. På samme måte vil behov for individuelle opplæringsplaner kunne oppfattes som en følge av egenskaper ved personen, eller behov som oppstår i møte mellom elevene i en skole og et samfunn som stiller for høye funksjonskrav.

*Af Jarle Sjøvoll, PhD,
professor ved Høgskolen i Bodø*

Denne artikkelen viser til erfaringer med å utvikle, implementere og evaluere bruk av individuelle opplæringsplaner i grunnskole og i videregående skole. Erfaringsgrunnlaget skriver seg derfor kun fra utviklingen av individuelle opplæringsplaner innenfor grunnopplæringa. Individuelle opplæringsplaner ble i utgangspunktet innført som en dokumentasjon på skoleeiers forpliktelser til å realisere retten elever, som ikke kan følge skolens ordinære planer, har til spesialundervisning ifølge lovverket.

Jeg belyser i denne artikkelen hvordan individorienterte kontra samfunnsorienterte oppfatninger kom til uttrykk i forbindelse med tilrettelegging av nye rutiner for innarbeidingen av individuelle opplæringsplaner i grunnopplæringa og hvordan lærere begrunner at elever har behov for spesialundervisning. Først viser jeg til bakgrunnen for at individuelle opplæringsplaner ble innført som en del av skoleverkets plansystem. Dette temaet har fått ny aktualitet i forbindelse med at retten til læring er utredet og presentert i en ny utredning presentert nylig (NOU 2009: 18). Utredningen initierer også en ny

debatt om bruken av begrepet spesialundervisning i lovverket. Det er en viss bekymring for at retten til læring tas bort for de svakeste elevene.¹

Introduksjon

I denne artikkelen er det erfaringer med innføringen av individuelle opplæringsplaner og utviklingen av spesialundervisningen i godt og vel en tiårs periode det fokuseres på. I NOU 1995: 18 Ny lovgivning om opplæring, ble en rekke prinsipielle spørsmål om fremtidig ordning av spesialundervisning i Norge utredet. Et av spørsmålene som ble drøftet i utredningen var forholdet mellom vanlig undervisning, tilpasset opplæring og spesialundervisning. Et hovedprinsipp i utredningen var at alle elever har rett til tilpasset opplæring, men de har ikke rett til "et individuelt opplæringstilbud" (s.103). Dette gjaldt undervisning som gis både i grunnskolen og i videregående skole. I NOU 1995:18 sies det slik: "Det må derfor legges til grunn at elevtilpasset opp-

¹ Se Christine Moe Hovind kommentar s. 81 i Utdanning nr 18 / 9. oktober 2009.

læring som et mål for all undervisning også gjelder videregående opplæring". (s.106) Tilpasset opplæring hører til de generelle differensieringstiltak skolene skal gjennomføre for alle elever innenfor rammene som er gitt for vanlig klasseundervisning. Defineringen av skillet mellom tilpasset opplæring og spesialundervisning er komplisert dersom vi skal støtte oss til NOU 1995:18.

Her sies følgende:

Siden retten til spesialundervisning må ses på bakgrunn av elevens mulighet for utbytte av ordinære opplærings-tilbud, vil en elev som har rett til spesialundervisning i en skole, ikke ha rett til spesialundervisning i en annen skole dersom denne skolen i større grad makter å tilpasse det ordinære opplærings-tilbudet og på den måten imøtekomme de ulike elevers behov. (s. 103)

Det er viktig at spesialundervisning knyttes opp til vurdering av forutsetninger i skolemiljøet. Ulike skoler vil ha forskjellige muligheter basert på total ressursvurdering. Spesialundervisning blir dermed et begrep som tar utgangspunkt i elevens behov. Men bare det er ikke tilstrekkelig.

Det må ut ifra den forutsetning som er lagt i NOU 1995: 18 også baseres på vurderinger av den aktuelle skoles spesielle forutsetninger. En vurdering av skolens samlede spesialpedagogiske ressurser må derfor ligge til grunn for å avgjøre om behovet for spesialundervisning er tilstede. Men behovet for spesialundervisning kan ikke avgjøres ved kun å ta stilling til elevenes spesielle behov basert på individuell kartlegging. Det må også foretas en vurdering av skolens forutsetninger til å gi spesialundervisning basert på helhetlig vurdering av skolens samlede kompetanse.

Behovet for spesialundervisning må dermed også bygge på at det gjennomføres en organisasjonsanalyse av skolen. Det er elevens utbytte av ordinær undervisning som er avgjørende for om eleven har rett til spesialundervisning. En naturlig konsekvens av dette vil derfor være at den ordinære undervisningen både må analyseres og vurderes før det tas stilling til om vilkårene for utløsning av retten til spesialundervisning foreligger.

Hovedprinsippene som ble utredet i NOU 1995:18 ble videreført i Ot.prp. 46 (1997-98) og er bygd inn i lovteksten i den nye opplæringsloven som ble vedtatt 9. juni 1998.

Prinsipper innenfor særskilt tilpasset opplæring

I dette hovedpunktet trekker jeg fram noen grunnleggende prinsipper særskilt tilpasset opplæring skal bygge på, og der spesialundervisningen skal dokumenteres ved den individuelle opplæringsplanen.

Elevens rettigheter – likeverdighet

Et annet sentralt poeng ved reformvirksomheten etter lovrevisjonene i 1976 for grunnskolen og videregående skole, er påpekingen av elevens rett til likeverdige skoletilbud. Likeverdigheten er uavhengig av sted og skolevalg.

Tanken om likeverdighet framtvinger vurderinger av hva som vil være det beste skoletilbud for den enkelte elev. Det er de faglige vurderingene som fokuseres når begrepet likeverdighet lanseres. I praksis betyr dette at skolemyndighetene har ansvaret for å se til at de kunnskaper man har om spesialpedagogiske tiltak tas i bruk når hjelpetiltak for den enkelte elev etableres.

Begrunnelsen for at et likeverdig tilbud er iverksatt må kunne forsvares faglig.

Tilpasset elevenes behov

I praksis betyr dette også at elevens individuelle behov forutsettes å være retningsgivende for utvikling av et spesialpedagogisk opplegg. Grunnlaget for å avklare enkeltelevens behov er faglige vurderinger. Dersom en elev etter slike vurderinger ikke kan følge et ordinært skoletilbud må det kunne utvikles egne læreplaner for eleven. Det må være mulig å tilføre den nødvendige spesialpedagogiske kompetanse rundt den enkelte elev slik at et likeverdig opplæringstilbud kan gjennomføres der eleven har tilhørighet. Mot slutten av 1980-årene nedfeller denne tanken seg i forventninger om at det for elever med særskilte behov skal utformes individuelle læreplaner, senere kalt individuelle opplæringsplaner. På denne måten må de ansvarlig for opplæringen synliggjøre hva et individuelt tilpasset opplæringsprogram vil bestå i. Mulighetene for innsyn utenfra økes dermed betydelig. Behovet for individuelle opplæringsplaner skal ifølge forskrifter og utredninger klargjøres ved "sakkyndig vurdering".

Sakkyndighet

Det spesialpedagogiske systemet som har vokst fram i etterkrigstida er basert på at man har tilgang til et sterkt desentralisert profesjonelt støtteapparat. Utredninger av elevenes behov, utvikling av individuelle opplæringsplaner og vurderinger av om et opplæringstilbud er likeverdig med et annet, stiller store krav til faglig kompetanse. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten er som sakkyndig instans pålagt dette

ansvaret og skal vurdere de forhold som her er nevnt. Den sakkyndige virksomheten består i at tjenesten selv må foreta faglige utredninger, men også at tjenesten koordinerer og samordner utredninger eventuelle sakkyndige spesialtjenester utfører.

Individorientering

Spesialpedagogisk praksis kritiseres mange steder for å være for individrettet. "Dei individuelle vanskaner er utgangspunkt for den ekstra hjelp og støtte som blir sett i verk". Og: "Det er individet som har problemet og er problemet" (Emanuelsson 1983, Haug 1995: 14 og.16).

Ein rapport frå Hovedkomiteen for norsk forskning (1976, s. 166f) etterlyser det kontekstuelle perspektivet. Dei etterlyser ei forskning av lærevanskar som i større grad rettar søkelyset mot det substansielle grunnlaget for dei ulike typene lærevanskar, det vil seie mot innhaldet og forma på lærestoffet, læremidla, metodane og organiseringa i det daglege arbeidet i skulen. Dei same momenta har vore etterlyste i meldingar til Stortinget om spesialundervisninga (St.meld. 35 (1990-91), St.meld. nr.98 (1976-77), St.meld.nr.61 (1984-85). (Haug 1995: 235, NFR)

Det er slike kontekstuelle forhold som fokuseres når studiet av individuelle opplæringsplaner settes på dagsorden. Både innhenting av lærestoff, læremidler, metoder og organisering får en sentral plass i arbeidet.

Metode

Med bakgrunn i de ovenfor omtalte forholdene fant jeg det betimelig å stille spørsmålet: Fremmer ordningene med individuelle opplæringsplaner ensidig

en individualiserende måte å tenke og handle på i skole og samfunn?

Temaet som jeg tar opp dreier seg om å systematisere kunnskap om en liten del av opplæringen som sosial virkelighet.² Særskilt tilpasset opplæring ble studert i en doktoravhandling med fokus på å kartlegge læreres oppfatninger av behov for, årsaker til og aktuelle tiltak ved særskilt tilpasset opplæring. Og med begrepene individ, organisasjon, system og miljø som mulige analytiske kategorier for utvikling av innsikt.³ I det samlede materialet som her blir diskutert er det spesielt to forhold som gjøres til gjenstand for nærmere analyse og drøfting. Dette gjelder forholdet mellom individuelle og kontekstuelle begrunnelser for læreres oppfatning av behov, årsaker og tiltak. Undersøkelsen ble gjennomført med bruk av åpne spørsmål og tekstanalytisk metode ble benyttet for kategorisering av svar. Detaljene er omtalt i en doktoravhandling (Sjøvoll 1999). Funnene betraktes som relevant også i dag etter som "Rett til læring" er satt på dagsorden (NOU 2009: 18).

Både i Norge og i Sverige kobles behovet for spesialundervisning til en dokumentasjon av at eleven har særskilte behov som betinger slik opplæring.

Om termen særskilte behov sier Pirjo Lahdenperä (1997, s. 155): "Termen "barn med særskilda behov" er en grov kategorisering med föga informationsvärde för skolans personal. Den kan t.o.m. ge opphov til negativa föreställ-

- 2 Jeg har gjennomført en delundersøkelse i forbindelse med mitt doktorarbeid på dette feltet. Se Sjøvoll, J. (1999): Rom for alle – syn for hver enkelt, Luleå.
- 3 Metodeutviklingen er beskrevet i avhandlingen nevnt under note nr. 2.

ningar om eleven och dessutom vara diskriminerande då den även används om elever med annan etnicitet och kultur än den svenska."

Begrepet knyttes i den sistnevnte sammenhengen til forhold som ligger utenfor spesialpedagogikkens tradisjonelle område. I denne artikkelen tas noen hovedtrekk relatert til følgende forskningsspørsmål opp:

- Hva er det lærere oppfatter som behov for særskilt tilpasset opplæring?⁴
- Hva er årsakene til elevenes behov for særskilt tilpasset opplæring?
- Hva slags tiltak bør etableres for å imøtekomme behovet for særskilt tilpasset opplæring?

Disse forskningsspørsmålene ble stilt til 103 lærere tilsatt i grunnskole og videregående skole som del av et doktorarbeid. Svarene ble analysert og kategorisert som: 1. Individforhold: Egenskaper ved eleven og forhold ved elevens utvikling 2: Kontekstuelle forhold: Organisasjonsforankrede forhold, systemforhold og miljøforhold (Sjøvoll 1999).

Resultater

Resultatene som formidles og diskuteres her relateres til de 3 forskningsspørsmålene som er formulert ovenfor.

Særskilte behov

Når jeg spør lærere om hva de oppfatter som behov, må det antas at svarene er av subjektiv karakter. Når de sakkyn-dige utreder og redegjør for særskilte

- 4 Ingrid Fyllings artikkel "Yte etter evner, få etter behov? Klasseperspektiv på spesialpedagogisk innsats», i Haug, P. (1995) Spesialpedagogiske utfordringer, Universitetsforlaget.

*Tabell 1
sammenfattet diskuranalyse*

	Individforhold	Kontekstuelle forhold			
	<i>Individ</i>	<i>Organisasjon</i>	<i>System</i>	<i>Miljø</i>	<i>Sum</i>
Behov	65,8%	6,2%	18,8%	9,1%	100%
Årsaker	39%	21,8%	14,1%	25,1%	100%
Tiltak	15,7%	52%	18,7%	13,6%	100%

behov forventes det en større objektivitetsgrad. Ingrid Fylling (1995) skiller mellom behov forstått som trekk ved eleven og behov forstått som trekk ved samhandlingen mellom elev og skole. Se Tabell 1: Sammenfattet diskursanalyse under.

I mitt materiale er to tredjedeler (65,8%) av oppfatningene omkring behov for særskilt tilrettelagt opplæring beskrevet som egenskaper eller trekk ved eleven. Dette støttes i Ingrid Fylling sine funn:

Noen behov for spesialpedagogiske ressurser kan forstås ut fra trekk ved elevene selv. Elever møter skolen med ulike problemer, og utfordringen for skolens fagpersonale blir å definere og klassifisere problemet, for deretter å sette inn tiltak som på best mulig måte kan redusere eventuelle negative konsekvenser av elevens problem for de mål som skolen setter. (s. 198)

Men behov kan også forstås som trekk ved samhandling mellom elev og skole, eller som en konsekvens av relasjonen som eksisterer mellom elev og skole. Å forstå behov som ensidig tar utgangspunkt i de forutsetninger elever møter skolen med kan fjerne oppmerksomheten fra konteksten og dermed fra selve skolesituasjonen eller fra å fokusere på

møtet mellom elevens forutsetninger og skolens krav. Dette kan bety at forståelsen av hva som registreres, og ikke minst kategoriseres som problemer, står i fare for å bli for ensidig.

Dette vil gjelde inndelingen av mennesker i egenskapskategorier: "har funksjonshemming", med "lærevaner", "er sent utviklet", "er evneveik", "har ADHD", etc.

Vi vet også gjennom forskning at det er en tendens til: "minimalisering eller neglisjering av sosiale faktorer i diskusjoner som omhandler identifisering og behandling av handikappede barn" (Fylling s. 199). Dette bekreftes gjennom min undersøkelse ved det faktum at egenskapsoppfatninger forklares som behov dobbelt så hyppig som kontekstuelle oppfatninger.

Sosiale faktorer er her inkludert i de kontekstuelle oppfatningene. Spesialpedagogiske behov kan også forstås som en funksjon av selve samspillet mellom eleven og skolen som system, og oppfattes dermed ikke som behov for tiltak før eleven møter skolen. Behov som kan utløse tiltak utløses som følge av den etablerte relasjonen mellom elev og skole ved at behovene betraktes som et uttrykk for en dysfunksjonell relasjon mellom eleven og skolen. Dette betyr at

behov ikke kan betraktes som en selvstendig størrelse. "Begrepet gir i prinsippet bare mening i relasjon til løsninger eller tiltak, enten potensielle eller aktuelle: En har behov for noe, og dette "noe" defineres nettopp av dem som fordeler." (Fylling s. 204). Min oppsummering i tabell 1 bekrefter dette. Det er ut ifra dette vesentlig å være oppmerksom på at behov også kan oppfattes som en konsekvens av tilgjengelige tiltak. Å foreslå tiltak kan være å etablere ordninger som kan imøtekomme aktuelle behov, men tiltakene kan også implementere framvekst av nye behov.

De behov vi her har i tankene oppfattes altså som trekk ved – eller egenskaper ved – eleven, eller de oppstår i møte mellom eleven og skolen som system. På samme måte vil behov for individuelle planer kunne oppfattes som en følge av egenskaper ved personen, eller behov som oppstår i møte mellom personene og en skole i et samfunn som stiller for høye funksjonskrav. Dette forutsetter at behov er noe som er definerbart og kan dokumenteres, eller som lar seg definere med en viss grad av objektivitet. Da kan tiltak etableres og kontakten utvikles. Men behov er også å oppfatte som subjektive, individuelt opplevde eller sosialt definerte fenomen.

Konstruerte behov

Man kan også betrakte behov for rehabilitering som en konsekvens av kontekstuelle eller samfunnsmessige forhold. Behov kan være noe som oppstår "her og nå" fordi rehabiliterings tiltak eller tilbud skapes. Slike tiltak eller tilbud kan være tilrettelagt for å fjerne et problem eller løse vansker som har oppstått. Tiltakene kan også gå ut på å hindre at vansker oppstår.

Det vil i så tilfelle være mulig å tenke forebyggende. Det er også slik at elever vil møte skolen med ulike typer problemer. Det kan være hensiktsmessig å skille mellom problem og behov dersom vi ønsker å oppnå en dypere innsikt i problematikken omkring behov. Her er det mange og sammensatte årsaksforhold. "Slike problemer kan av skolens personale og rådgivende faginstanser defineres og kartlegges mer eller mindre presist, alt etter kompleksitet og årsakssammenheng. Hvordan man i skolesystemet tar sikte på å møte slike problemer, henger sammen med både faglige, organisatoriske og praktiske forhold. Behov defineres med andre ord gjennom de ordninger som er tilgjengelige." (Fylling s. 204). Fjernes tiltakene faller behovene bort. Det er en reell fare for at ordningen med individuelle planer kan forsterke den individorienterte tenkningen omkring behov, og fjerne fokus fra funksjonshemmende forhold i konteksten personen lever, lærer og arbeider i. Noen ganger kan det være rimelig å spørre om hvem det er som "eier" behovene, og hvem definerer dem. Lærere er ifølge hovedtendensene i resultatene fra min undersøkelse tilbøyelige til å betrakte spesialpedagogiske behov som individforankret, selv om behov også oppfattes som organisasjons-, system- og miljøforankret.

"Att eleverna behandlas som bärare av problem och svårigheter i skolan kan bero på det faktum att det inte er legitimt för en lärare att i text kritisera sina kollegor eller sin ledare." (Lahdenperä s.145). Henvisningen av en elev for undersøkelser kan dermed dekke over kollegiale motsetninger og relasjonsproblemer. Men oppmerksomheten kan også flyttes fra elevens problemer til de

mekanismer skolen kan benytte seg av for å definere, konkretisere og møte behov. ”Fagpersonalet ved de enkelte skoler og ved ulike rådgivende instanser (som pedagogisk psykologisk tjeneste, spesialpedagogiske kompetansesentre o.l.) vil i fellesskap arbeide med å kartlegge problemer og drøfte og iverksette tiltak overfor den enkelte elev.” (Fylling s.204). Oppfatningene som disse instansene arbeider etter vil dermed få konsekvenser både for defineringen av behov og for utformingen av tiltak. Dette finner jeg også støtte for hos Lådenperä.

Dersom behov skal kunne omdefineres fra å gjelde individ til å gjelde skolen som organisasjon må vi forutsette at det finnes tilgjengelig metoder for å konkretisere og definere organisasjonsforankrede behov. Når det gjelder individuelle opplæringsplaner har det i liten grad vært arbeidet for å utvikle mekanismer som fanger opp slike forhold ved skolen. Vekten på systemrettede tiltak blir dermed minimal. Når det søkes om ressurser til spesialundervisning er rutine vanligvis slik at eleven og skolen allerede på det tidspunktet må vise til hvilke egenskaper ved eleven som er grunnen til at det er behov for spesialundervisning. Egenskapsforståelsen er dermed innebygget i systemet som er etablert helt ifra starten av skolegangen.

Utgangspunktet for å starte arbeidet med å utvikle individuelle opplæringsplaner var ifølge de utdanningspolitiske utredningene, og opplæringsloven fra 1998, at en elev har fått akseptert retten til spesialundervisning. Dette er formalisert ved at det er fattet ”enkeltvedtak”. På elevens vegne har skolen søkt om og fått innvilget opplæringsstilbud som innholdsmessig representerer

et unntak fra å følge skolens vanlige opplæringsstilbud for klassen eller årstrinnet eleven ellers tilhører (Opplæringsloven § 5-5). Før dette enkeltvedtaket blir fattet skal elevens individuelle behov og opplæringsssituasjon være analysert og vurdert.

Det legges meget stor vekt på analyser og vurderinger av elevens spesielle behov. Her skal skolens sakkyndige instans, den pedagogisk-psykologiske tjenesten gi sin uttalelse. Behovsutredningen er altså hovedelementet i den sakkyndige vurderingen. Utredningen representerer objektiviteten. Lærerens henvisning den subjektive oppfatningen. Vi ser at elevens individuelle rettigheter i juridisk forstand står meget sterkt i lovverket som gjelder.

Konsekvensene av gjeldende lov at elevens særskilte behov utredes og dokumenteres. Utviklingspsykologisk, differensialpsykologisk og læringspsykologisk innsikt har tradisjonelt vært den faglig basis for den sakkyndige utredningen. Sakkyndig vurdering av behov kan også bestå i medisinske, sosiale og pedagogiske betraktninger, men det er den pedagogisk-psykologiske tjenesten som koordinerer og sammenfatter den sakkyndige uttalelsen.

Oppsummert kan det hevdes at den sakkyndige utredningen – ved den praksis som ble gjeldende – hadde en sterk posisjon juridisk. Den bidro til å sikre elevens rett til tilrettelagt opplæring basert på elevens egne behov. Men den sakkyndige utredningen bygger også på en individualiserende primærpraksis som plasserer vanskene hos individet. Man dokumenterer at individet har vansker som er av en slik art at retten utløses i tråd med opplæringslovens forutsetninger (§§5-1, 5-2 og 5-7).

Den behovsklargjørende prosessen er i hovedsak av individuell diagnostisk karakter. Prosedyrene ved sakkyndig behovsutredning sementerer dermed det individualiserende tanke settet om elevens behov.

Når jeg har interessert meg for lærernes oppfatning av behov er utgangspunktet noe annerledes enn det som angår de sakkyndiges vurdering av behov. Sakkyndige vurderinger forutsettes å være basert på at objektive metoder og strategier er anvendt på en profesjonell måte. Her kan systematiske kartleggingsmetoder og diagnostiske tester anvendes.

Arbeidsmetodene har en vitenskapelig basis og utredning er forskningsbasert.

Skolens arbeidsoppgaver sett i forhold til det å delta i individuelt planarbeid starter altså med utgangspunkt i at elevens behov er grundig utredning. Lærerne er vanligvis kjent med den sakkyndige behovsutredningen når de tar til med læreplanutviklingen. Men i de fleste tilfellene er det også slik at skolen og dermed lærerne har tatt stilling til elevens behov allerede før den sakkyndige utredningen ble initiert. De har gjerne medvirket selv ved å henvise eleven til den pedagogisk-psykologiske tjenesten for sakkyndig utredning. Skolen har på forhånd registrert et behov som har ført til en henvisning til den pedagogisk-psykologiske tjenesten. I min undersøkelse har jeg ikke primært vært opptatt av de sakkyndiges objektive oppfatning av behov, men lærernes subjektive oppfatninger. Dette forholdet kunne imidlertid undersøkes ved å analysere sakkyndige utredninger. Jeg har undersøkt hvilke kvaliteter ved "behov" lærerne som er med i under-

søkelsen mener er avgjørende når de begrunner hvorfor noen elever behøver individuelle opplæringsplaner.

Det er elevenes vansker i form av funksjonshemninger, lærevansker, fagvansker og individuell utvikling som assosieres med særskilte behov. Slike forhold er nevnt i 65,8% av de oppfatningene jeg har identifisert. Særskilte behov begrunnes med forhold knyttet til konteksten i om lag tredjeparten (34,2%) av de oppfatningene jeg har forholdt meg til. Dette kan avspeile en mangel på kunnskap om – eller forståelse for – hvordan elevenes vansker henger sammen med forhold knyttet til læringssituasjonen, forhold lærerne selv kan bidra med å endre på. I alle fall benytter lærerne slik organisasjonsinnsikt i begrenset grad når de svarer konkret på spørsmålet. I om lag to tredjedeler av tilfellene synes de å tilskrive individet vanskene. Det er eleven "som har" eller som oppfattes "å eie" behovene for særskilt tilrettelagt opplæring. Dette må bety at forestillingen om at man arbeider med "special needs children" bidrar til at lærerne ikke setter fokus på skolens behov for å utvikle organisasjonen. I en skole som forutsettes å gi et skoletilbud til alle skulle man tro at skolens behov for å utvikle seg i hensiktsmessig retning var viktig i vurderingen av behov. Dersom oppfatningen kobles til forestillingen om at slike behov betyr at et læringsmiljø ikke er godt nok differensiert, ville trolig kontekstuelle variabler være framhevet på en annerledes måte. Med bakgrunn i data fra min undersøkelse synes det å være en viss støtte for å hevde at lærernes behovsoppfatning reflekterer en individualiserende tankegang i og med at 65,8% av behovsoppfatningene tilskrives individu-

elle behov. At lærere synes å oppfatte "skolsvårigheter" som et individuelt anliggende gis det også støtte for i Lahdenperäs undersøkelse (1997).

Årsaker

Mitt andre forskningsspørsmål søkte å klargjøre lærernes oppfatning av årsaker til at elever har behov for særskilt tilpasset opplæring. Min hypotese var at lærernes oppfatning av årsaker til vansker ville peke i samme retning. Når lærerne ble spurt direkte om å angi årsaker til at elevene har behov for særskilt tilrettelagt opplæring, var det imidlertid ikke overvekt i årsaksoppfatninger som kan støtte at de oppfatter vanskene på en tilsvarende individualiserende måte. Når det likevel er slik at 39% av årsaksoppfatningene kan kobles til individuelle forhold kan man si at oppfatningen om "at eleven har" vanskene eller "eier" behovene uansett står sterkt. Lærerne synes imidlertid å ha kunnskaper om at både mangler i skolen som organisasjon, og oppvekstmiljøet i videste forstand, kan være utløsende faktorer når spesialundervisning etableres. Årsaksoppfatninger av kontekstuell art ble oppfattet som mer variert enn årsaker knyttet til individuelle forhold. Samlet utgjør kontekstuelle årsaksoppfatninger 61% i mitt materiale. Når konteksten endres skulle det i seg selv minske behovet for spesialundervisning.

Jeg har nevnt at lærere ofte gir inntrykk av å ha større innsikt i de forhold vi her drøfter, enn det de selv tar i bruk når eleven beskrives.

Dette bekreftes gjennom dataene jeg har samlet inn. Årsaker til at det oppstår behov for særskilt tilrettelagt opplæring oppfattes i større grad å henge

sammen med kontekstuelle forhold enn med individforhold. Å bli stilt spørsmål om årsaker, synes å stille krav om dypere og mer analytisk tenkning hos lærerne enn å redegjøre bare for behov. Å redegjøre for behov når man har erfaringer er en deskriptiv oppgave, å redegjøre for årsaker stiller krav om at kunnskapene kan nyttes til å analysere situasjonen. Slik innsikt har også lærere i stor grad. At denne innsikten formidles først når de får direkte spørsmål om å redegjøre for årsaksoppfatning kan vi blant annet forstå med referanse til det dynamiske perspektiv som bygges inn i måten å spørre på. Spesialundervisning har også til hensikt å fjerne årsaker til vanskene, eller forhindre at aktuelle årsaksfaktorer inntreffer. Et slikt arbeidssett må vi anta ville være å forebygge vansker.

Å være opptatt av årsaker angående enkeltindividets psykologiske og sosiale utviklingshistorie bryter med en systemisk måte å oppfatte elevens problemer på. En systemisk synsvinkel er samtidfokusert, man beskriver vansken ut ifra kontekstuelle forhold. Å belyse årsaker til vansker er som nevnt å forstå utviklingshistorien. Årsaksforståelsen kan bidra til å skape mening, og kan gi kunnskaper som kan anvendes i et forebyggende perspektiv. Det "å ha" en vanske innebærer ut ifra en systemisk tankegang at det er den som opplever og beskriver situasjonen som selv "eier" vanskene. En lærer som beskriver vanskene i opplæringa av en eller flere elever, opplever og eier dermed primært selv vanskene. Dette vil få betydning for videreutvikling av problemforståelsen og for tiltaksutviklingen slik denne blant annet nedfelles i den individuelle planen. Å anvende et team som består

av sentrale personer med relasjon til særskilt tilrettelagt opplæring kan gi muligheter til å arbeide med problemløsning og forandringsarbeid som kan spres i hele organisasjonen. Et behov som ved henvisningen ble tilskrevet et individ kan omdefineres slik at det blir oppfattet som et systemproblem og angår dermed helheten eleven går inn i. En kontekstuell oppfatning av vanskene supplerer dermed den ensidig individorienterte problemoppfatningen.

Tiltak

Når tiltak planlegges synes fokus å være satt på kontekst mer en på individ.

Det er tiltakene som etableres rundt eleven lærerne planlegger når de utvikler den individuelle planen. Dette arbeidet starter etter at eleven via kartlegging og diagnostisering er beskrevet. Det er andre fase i arbeidet med å etablere særskilt tilrettelagt opplæring som tar til når planutviklingen initieres. Lærerne og skolen møter andre utfordringer. Når den individuelle opplæringsplanen utarbeides blir derfor skolen som organisasjon, systemets rammevilkår og miljøforhold av større betydning.

Hele 84,3% av tilpasningskvalitetene som er nevnt i det innsamlede materialet omtaler konteksten opplæringen foregår innenfor. I det materialet jeg forholder meg til finnes det ikke grunnlag for å hevde at arbeidet med å utarbeide den individuelle opplæringsplanen isolert fremmer eller forsterker individualiserende tanke- og handlemåter i spesialpedagogikken.

Det er snarere grunnlag for å hevde at slikt planarbeid bidrar til å øke bevisstheten om hva som kan tilretteleg-

ges i skolen og hvordan skolens organisasjon kan tilpasses for å møte individets behov. Innføringen av individuelle opplæringsplaner som dokumentasjon av særskilt tilpassete tiltak for eleven bidrar til at konteksten eleven befinner seg i fokuseres mer systematisk. Men dette forutsetter at planutviklerne har kompetanse til å oppfatte, analysere og forandre læringssituasjonen eleven skal være i.

Dette gjelder også underliggende oppfatning, tanke- og fortolkningsmåter eller meningssystemet – som er konstruert omkring eleven.⁵

Når elevene har fått innvilget rett til spesialundervisning, starter arbeidet med å realisere det særskilt tilrettelagte opplæringstiltaket.

Skolens tiltak dokumenteres ved at det utarbeides en individuell opplæringsplan. Etter som lærerne synes å oppfatte elevenes behov som svært individrelaterte er det rimelig å forvente at tiltakene som nevnes i læreplanene også har en slik karakter. Med referanse til momentene som er presentert ovenfor er det imidlertid overraskende få utsagn å finne i de individuelle opplæringsplanene som direkte refererer til eleven. Den individuelle opplæringsplanen beskriver i meget sterk grad læringskonteksten eleven plasseres i.

5 Pirjo Lahdenperä hevder at dette arbeidet er av systemisk karakter og omfatter: Utforskning av nettverket eleven befinner seg i, viktige relasjoner, interaksjons- og handlingsmønstre, holdninger, vurderinger, underliggende tenkning etc. I praksis betyr dette: Etnografiske studier i klassen, skolens organisering og arbeidsmåter, arbeidsklima, kunnskapsnivå, undervisningsformer, lærer/lærer – relasjoner, lærer/elev -relasjoner, elev/elev – relasjoner, samarbeid med heimen etc.

Oppfatningen (formuleringene) som nyttes i opplæringsplanene viser i mer enn halvparten av tilfellene til organisatoriske sider ved opplæringen. Men de samme rammevilkårene skolen arbeider innenfor er det også i mange tilfeller (18,7%) nødvendig å gjøre noe med dette. Slike tilpasninger blir også gjennomført når individuelle opplæringstiltak iverksettes. Opplæring som skal lede til yrkesutdanning og deltakelse i samfunnslivet forøvrig må også være relatert til miljøet rundt skolen. Vi ser også at miljørettede tiltak er nevnt som sentrale i 13,6% av tilfellene. Man kan si at miljøtiltak er relativt svakt fokusert.

Innholdet i en individuell opplæringsplan blir styrt gjennom malen som anvendes (Nasjonalt Læremiddelsenter 1995). Når individforhold er såvidt sjeldent nevnt i planene jeg har studert, må det henge sammen med at skolene har styrt unna slike utgreiinger ved å anføre bare formelle opplysninger om eleven i planen, og en hovedbeskrivelse av hva som er bakgrunnen for at den aktuelle planen er utarbeidet, eksempelvis "fagvansker" eller "sterkt svaksynt" eller "generelle lærevansker". Gjennom den analysen jeg har gjennomført ser jeg klart at de føringer som gis i malen skolen nytter kan være meget sterke. Malens betydning er derfor svært viktig. Betydningen av utformingen av mal for det individuelle planarbeidet må derfor ikke undervurderes. At en skole vektlegger denne siden ved planarbeidet vil også være å bidra til systemutviklingen ved skolen. Inntil det forelå sentrale føringer gjennom regelverk om hvordan slike planer skal være, var det en viktig oppgave for skolen selv å finne

fram til gode maler.⁶ I det studerte materialet har intensjonene vært å styre unna at individforhold skal nevnes i planen. Dette henger sammen med at planen har offentlig karakter mens individuelle opplysninger er konfidensielle. Dette forholdet ble også omtalt i Nasjonalt Læremiddelsenters metodiske rettleiing hvor det sies følgende (1995 s. 19): "Kartlegging og metodevalg er viktige hjelpemiddel når ein skal utarbeida IOP, men treng ikkje vera ein del av sjølve planen".

Plandokumentet må anses å ha mer offentlig karakter etter som dette

dokumentet er elevens, foreldrenes, lærernes, skolens og samarbeidspartnernes dokument. Det sier seg da selv at følsomme individkarakteristika ikke kan nevnes i plandokumentet.

Diskusjon

Utgangspunktet her tas i individ- og kontekstforhold som perspektiv på behov, årsaker og tiltak. Det hevdes at det kan være vanskelig å trekke et skille mellom vanlig undervisning og spesialundervisning bare ut fra faglige kriterier. Praktiske rammer rundt undervisningen har imidlertid hatt en tendens til å skape skille. Ogden (1995) sier at det spesialpedagogiske fagfeltet tidligere ble holdt sammen gjennom en organisatorisk struktur:

6 Departementet gav slike føringer gjennom de metodiske veiledningene som er utarbeidet i forbindelse med etablering av særskilt tilrettelagt opplæring i videregående skoler og i bedrift. Nasjonalt læremiddelsenter (1995): Metodisk rettleiing. Særskilt tilrettelagt opplæring, Gran Grafiske as. Nasjonalt læremiddelsenter (1996): Veiledning. Særskilt tilrettelagt opplæring i bedrift, Gran Grafiske as.

Fast organiserte grupper, klasser og skoler. Både spesialklasser og skoler var vanlige i mange norske kommuner, og spesialskolene var det mest synlige uttrykk for denne. Siden midt på 1970-tallet har man gradvis utviklet denne organisatoriske strukturen og satset på desentralisering og utvikling av lokale tiltak. Det som erstatter den organisatoriske strukturen er ifølge Ogden en læreplanstruktur der individuelle opplæringsplaner beskriver hvordan tilbudet til den enkelte er satt sammen og organisert.

I den nye læreplanen for grunnskolen og den videregående skolen omtales planlegging og gjennomføring av tiltak for elever med særskilte behov, under individuelle læreplaner. Dette dokumenterer hva skolen har tilbudt den enkelte elev, og fungerer som et pedagogisk planleggingsinstrument. Arbeidet med den enkelte elev blir på denne måten mer planmessig og avstemt, både i forhold til den generelle læreplanen og i forhold til elevens individuelle egenart og behov. Dette er med andre ord et viktig hjelpemiddel i spesialpedagogisk arbeid, selv om ordet ikke er nevnt. (Ogden 1995 s. 65)

Ogden tar også opp det problematiske ved begrepsbruken som er valgt. Både individuelle læreplaner og individuelle opplæringsplaner gir assosiasjoner som sterkt peker i en retning som fører tanken inn på individualiserende tiltak som ofte er preget av sterkt behandlingsinspirerte arbeidsmodeller. Med inkludering som overordnet prinsipp kan dette føre tanken bort fra at det er elevens læringskontekst som bør endres. Ogden (1995) påpeker at det kan være uheldig å kalle planleggingsdokumentet "individuell læreplan". Han sier at dette

signaliserer en bestemt og ensidig vinkling av arbeidet med funksjonshemmede elever, nemlig den didaktiske, med læreren som hovedaktør. Ogden ser her skolens tiltak i sammenheng med elevenes utvidete behov og samarbeidende etaters områder. Men det finnes også krefter som ønsker særbehandling av elevene. Tradisjonene fra spesialskolesystemet, kompetansesentra og muligens også faggrupperinger innenfor den pedagogisk-psykologiske tjenesten kan være eksponenter for slike oppfatninger. Emanuelsson (1995:103) sier: "Det er ikkje kampen for eit vedtak om plassering det er tale om, men det er ein stendig kamp mot krefter og interesser som ofte er sterke, og som arbeider for den "nødvendige særbehandlinga".” Når enkeltelevens spesielle behov skal dokumenteres kan den faglige argumentasjonen og dokumentasjonen ha preg av særbehandling. Men det er også slik at lærere, spesialpedagoger og personalet forøvrig må ta seg av elevene og kjempe for deres interesser. I dette arbeidet er innsikt i behov, årsaker og tiltak nødvendig.

Det er utviklingen av fellesskapets innsikt som her påpekes. Bedring av utviklingsmulighetene for elevene forutsetter at nødvendige endringer skjer på alle plan i læringssituasjonen. Det samme gjelder livssituasjonen for ethvert individ som gjennomfører et rehabiliteringsopplegg.

Politiske og ideologiske funderinger om hvordan man tenker seg at særskilt tilrettelagt opplæring skal fungere er å finne i lovverket. Ser vi på formuleringene i lovverket viser det seg at man tenker seg slike rutiner for arbeidet med sakkyndig vurdering (§5-3):

Den sakkyndige vurderinga skal blant annet greie ut og ta standpunkt til

- eleven sitt utbytte av ordinær undervisning

- lærevansker hos eleven og andre særlige forhold som er viktige for opplæringa

- realistiske opplæringsmål for eleven

- om en kan hjelpe på de vanskene eleven har innenfor det ordinære opplæringstilbudet

- hva slags opplæring som gir et forsvarlig opplæringstilbud

Dette betyr at analyser og vurderinger må dreies fra tradisjonelt å belyse individuelt betingede behov til i større grad å vurdere kvaliteter som angår konteksten opplæringa foregår innenfor. Organisering må i dette arbeidet få spesiell oppmerksomhet. Individrettet kartlegging og diagnostisering må suppleres med organisasjonsanalyser og forslag til utvikling av realistiske opplæringstiltak i eksisterende organisasjon.

Det store spørsmålet blir da om det foreligger en faglig konflikt mellom oppfatningene som er nedfelt i lovverket og yrkesprofesjonene som i dag er meningskonstituerende i praksis. Tenkingen som er representert ved de sakkyndige vurderingene nedfeller seg i de skriftlige dokumentene.

Spesialpedagogisk videreutdanning representerer også meningsdannelsen i fagfeltet. Fag- og studieplaner kan til dels anvendes som grunnlag for å få kjennskap til hva slags oppfatning denne utdanningen representerer.

Oppsummering

Spørsmålet innledningsvis var om ordningene med individuelle opplæ-

ringsplaner ensidig fremmer en individualiserende måte å tenke på innenfor spesialundervisningen og om en slik tankegang er tilstrekkelig?

Både behovs- og årsaksforståelse er sterkt relatert til individuelle elevforhold. Men når den individuelle opplæringsplanen utarbeides er det tiltakene som er i fokus, altså de kontekstuelle endringer.

Dersom vi oppfatter individuelt planarbeid så vidt at dette arbeidet også omfatter å avklare individets helhetlige behov for å få sikret sin livskvalitet – så kan vi imidlertid med referanse til de erfaringene skoleverket har opparbeidet seg hevde at individuelt planarbeid bidrar til å opprettholde en individualiserende tankegang. Likevel er det noe usikkerhet hvor sterkt den sakkyndige utredningen – som først og fremst dokumenterer elevens behov – påvirker de som utarbeider de individuelle opplæringsplanene. Men da er det viktig å være oppmerksom på at planarbeid har svært ulik karakter i ulike faser. Når tiltakene utarbeides synes prosessene å vendes mer mot konteksten enn mot individet. Det er mennesker med faglig-, didaktisk- og praktisk-organisatorisk kunnskap som utvikler selve opplæringsplanen. Blant disse faggruppene er ikke den individsentrerte oppfatningen så sentral som hos den sakkyndige PP-tjenesten. Det er med andre ord viktig hvem som utarbeider det konkrete innholdet i planene.

I de utdanningspolitiske dokumentene er det stilt krav om at elevens særskilte behov skal dokumenteres. Individuelt læreplanarbeid representerer som nevnt svært forskjellig type arbeid i ulike faser. Første fase i dette arbeidet går ut på å besvare spørsmålet: Har

eleven spesielle behov og rettigheter i henhold til lovverket? Behovsutredningen og den sakkyndig uttalelsen skal bidra til å sikre elevens rett til særskilt tilpasset opplæring, eller klargjøre om elevens behov utløser en slik rett. Når enkeltvedtaket er fattet, starter arbeidet med å utvikle planen. Denne virksomheten er innovativ og av entreprenøriell karakter. Som det fremgår av de vurderinger som er gjort angående kontekst, er individuelt planarbeid også karakterisert ved at arbeidet i sterk grad dreier seg om organisasjonsutvikling i praksis. Jeg har her bare beskrevet kvaliteter som kjennetegner noen sider ved individuelt planarbeid. Disse kvalitative trekkene har jeg kategorisert innenfor rammene av diskursene individforhold, organisasjons-, system- og miljøforhold. Utviklingen av individuelle opplæringsplaner er i mitt materiale i hovedsak å betrakte som virksomhet forbundet med utvikling av konteksten læringen foregår innenfor.

Referanser

- Emanuelsson, I. (1983): Verksamhet bland elever med svårigheter eller arbete med elevers svårigheter? Skolöverstyrelsen, Stockholm: Nordstedts Tryckeri.
- Emanuelsson, I. (1995): Integrering og konsekvensar av integreringsideologien. I Haug, P.(1995): Spesialpedagogiske utfordringar, Oslo: Universitetsforlaget.
- Fylling, I. (1995): Yte etter evne, få etter behov? Klasseperspektivet på spesialpedagogisk innsats. I Haug, P. (1995): Spesialpedagogiske utfordringar, Oslo: Universitetsforlaget.
- Fylling, I. (2008). Meget er forskjellig men noe blir problem. En sosiologisk studie av spesialundervisningens institusjonelle praksis. Avhandling for dr.politgraden. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Grøgaard, J. B., Hatlevik, I og Markussen, E. (2004) Eleven i fokus? En brukerundersøkelse av norsk spesialundervisning etter

- enkeltvedtak. Rapport 9/2004. Oslo: NIFU STEP
- Haug, P.(1995): Spesialpedagogiske utfordringar. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haug, P.(1997): Status for spesialpedagogisk forskning i Norge. Spesialpedagogikk Nr. 1.
- Kirke , utdannings og forskningsdepartementet (1987): Mønsterplan for grunnskolen. (M87.) Oslo: Aschehoug.
- Kirke , utdannings og forskningsdepartementet (1993): Læreplanverket for grunnskole, videregående skole og voksenopplæring. Generell del. Oslo: Akademika.
- Kirke , utdannings og forskningsdepartementet (1996): Læreplanverket for den 10 årige grunnskolen. (L97.) Oslo: Nasjonalt læremiddelsenter.
- Kunnskapsdepartementet (2009) Rett til læring. NOU 2009:18. Oslo. Departementets servicesenter.
- Lahdenperä, Pirjo (1997): Invandrarbakgrund eller skolsvårigheter. Stokholm. HLS Förlag
- Nasjonalt læremiddelsenter (1995): Metodisk rettleiing. Særskilt tilrettelagd opplæring, Gran Grafiske as.
- Nasjonalt læremiddelsenter (1996): Veiledning. Særskilt tilrettelagt opplæring i bedrift, Gran Grafiske as.
- NOU 1995: 18 Ny lovgivning om opplæring. Oslo: Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet.
- Nordahl, T. og Overland, T. (1992): Individuelt læreplanarbeid. En innføring i planlegging og gjennomføring av opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nordahl, T. og Sunnevåg A-K (2008). Spesialundervisning i grunnskolen stor avstand mellom idealer og realiteter. Rapport nr. 2 -2008. Hamar: Høgskolen i Hedmark.
- Ogden, T. (1995): Spesialpedagogikk i transitt eller exit? I Haug, P. (1995): Spesialpedagogiske utfordringar, Oslo: Universitetsforlaget.
- Ot.prp. nr. 36 (1996 97) Om lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova).
- Sjøvoll, J. (red) (1993): Individuell læreplanutvikling. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Sjøvoll, J. (1999): Rom for alle – syn for hver enkelt. Luleå. Luleå Tekniska Universitet.
- St.meld. nr. 54 (1989 90) Om opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov.

St. meld. nr. 35 (1990 91): Tillegg til St.meld.
nr. 54 (1989 90) Om opplæring av barn, unge
og voksne med særskilte behov.

St.meld. nr. 29 (1994 95) Om prinsipper og ret-
ningslinjer for 10 årig grunnskole ny lære-
plan.

Jarle Sjøvoll
Profesjonshøgskolen Høgskolen i Bodø
8049 Bodø
Tlf. 75 51 77 66
E.post: jarle.sjoevoll@hibo.no

13. Esbjørn; Barbara, Hoff et al. (The University of Copenhagen). **Cognitive Behavioral Therapy with Children Suffering from Anxiety Problems.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43,3,183 – 190.* – The authors are part of The Copenhagen Child Anxiety Project which is a research and treatment project for children btw. 7 – 12 suffering from different types of anxiety. Short term therapy has been proven generally effective in these cases, especially with separation anxiety and/or specific problems. It is suggested that school psychologists should adopt this kind of treatment because they cover all municipalities and because these types of problems tend to be overlooked. – *Bjørn Glæsel.*

14. Rolighed, Birthe (Educational psychologist). **Children with Myelomeningocele.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43, 3, 191 – 202.* – MNC is a congenital deformity of the spine that may affect many motor functions (trunk, hips, knees etc.). MNC is at the same time a multifaceted neuropsychological condition with complex neurological consequences in the mental, perceptual, memory, and attention areas. Because of the many individual differences, it is recommended always to engage in cross-sectional cooperation. – *Bjørn Glæsel.*

15. Bek-Pedersen, Dorte & Hemager, Noline (Psychologists). **Nonverbal Learning Difficulties – A Critical View of the Concept and Its Clinical Uses.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43, 3, 203 – 222.* – Since the Johnson & Myklebust article from 1967, NLD has been studied and presented as a valuable new diagnostic category. In this article the authors have performed an extensive analysis and evaluation of many studies of NLD as such and its hypothesized connections with other diagnoses. Their conclusions are that the validity of NLD is weak and inconsistent, that it has little prognostic value, and that very few of the hypotheses have been founded by research. – *Bjørn Glæsel.*

16. Mortensen; Karen, Vibeke (Professor at the University of Aalborg). **Psychoanalytic Child Therapy.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43, 3, 223 – 233.* – During its 100 years of existence, PCT has become a well established method, suited to psychical disturbances of many degrees of severity of children and youngsters. Its main component is the insight of the therapist in the clients' inner life and the impart of this to the child. As documented by Carr a.o. all major therapeutic methods have been found effective. PCT is inexpensive, and the author finds it strange and deplorable that it is shown little interest in Denmark, while it is much more used in Sweden, Germany, and England. It should be discussed whether Danish resources are being spent optimally. – *Bjørn Glæsel.*

17. Thornberg; Lone, Aggernæs (Psychologist). **The Child Interview – A Demanding Right but not Necessarily an Unpleasant Duty.** *Pædagogisk Psykolo-*

gisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43, 3, 234 – 241. – A new Danish law dealing with parent responsibility was instituted in 2007. A major aspect is that the perspective of the child is to be weighted heavily in all cases of child custody, contact with parents in cases of divorce etc. Several dilemmas are discussed, and it is recommended that not only should these interviews be conducted with the utmost care; they should always also be supplemented by other means of gaining insight in the perspective of the child. – *Bjørn Glæsel.*

18. Sjøvoll, Jarle (Professor at Høgskolen in Bodø, Norway). **Children who Challenge the Context of Teaching.** *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift, 2010, Vol. 43, 3, 242 – 256.* – Based on his own doctoral dissertation, the author discusses whether individual needs of the pupils – requiring individualized teaching – are seen as individual, personal characteristics, or whether they are seen as arising from the meeting of the pupil with surroundings demanding too much. 103 teachers were asked about their understanding of individual needs, their views of the underlying reasons for individual needs, and their opinions about what kind of remediation should be used. Table 1 (p. 245) shows the distribution with its heavy emphasis (65,8 %) on individual factors and much less on contextual factors. There is, however, a marked difference when the measures to be taken are studied – only 15,7 % is directed solely at the pupil. – *Bjørn Glæsel.*

Fokus på relationer: psykiatri i praksis

Susanne Broeng (red): *Fokus på relationer: psykiatri i praksis*, Hans Reitzels forlag 2009

Det er en fin bog om mødet mellem psykiatrisk patient og behandler, som har set dagens lys. Bogen beskæftiger sig med den relationelle psykiatri, hvis mål er at støtte og opbygge den psykiske struktur i det syge sind gennem relationen mellem patient og behandler og der er varme, menneskelighed og professionelt ansvar i bogens budskab. I bogen belyses den relationelle psykiatri fra mange vinkler- menneskesyn, historie, teoretisk grundlag for såvel som praksis i relationsarbejde, ligesom de organisatoriske aspekter berøres. Endvidere inddrages børn med psykisk syge forældre og familien som en altid tilstedeværende relation medtænkes i forståelsen af den psykisk syge, og på den måde anvendes stress-sårbarhedsmodellen som referenceramme for psykisk forstyrrelse i praksis. Endelig er der små afsnit med bidrag fra patienter hvor deres oplevelse af sig selv og hvad der har hjulpet dem trækkes frem- en fin understregning af dialogen i det relationelle psykiatriske behandlingsarbejde. Det er ikke alene behandlerens forståelse, men også patientens oplevelse og forståelse, der spiller en rolle for om en lidelse lindres.

Bogens 1. kapitel er skrevet af Susanne Broeng og hendes tema er det ligeværdige møde, der kan opstå i et autoritetsforhold mellem behandler og patient; hendes synspunkt er, at kvaliteten i behandlingen knytter sig til relationen mellem behandler og patient og at behandleren har ansvaret for relationens kvalitet. Nogle af de vigtige forudsætninger for at kunne arbejde med relationen er ikke blot behandlerens evne til indlevelse og deltagelse, men også til selvafgrænsning og refleksivitet, og ikke mindst sidstnævnte evner udfordres i samspillet med psykisk syge, hvor deres oplevelse anerkendes og respekteres som et centralt element i en dialog, der kan indebære et ligeværdigt møde i en uegal relation. Endvidere giver kapitlet et historisk rids over opfattelsen af psykisk sygdom.

I bogens 2 og 3 kapitel fokuserer Jacobsen og Kjølbye på den relationelle psykiatri – teoretisk og behandlingsmæssigt. Relationel psykiatri defineres ved en måde at tænke på, hvor ikke blot patienten men også behandleren og relationen mellem dem inkluderes, og den åbner for mange behandlingsformer også medikamentelle, hvor en central pointe er, at denne iværksættes ud fra en dynamisk forståelse af hvordan denne behandling indgår i den samlede forståelse af patientens behov. Den teoretiske gennemgang tager afsæt i den klassiske psykoanalyse med en noget grundigere fokusering på objektrelati-

onsteoriens begreber om selv – affekt –objekt som grundlæggende psykiske enheder. I forlængelse heraf gennemgås begreberne om splitting og projektiv identifikation og man fornemmer i fremstillingen, hvordan disse lidt komplicerede størrelser manifesterer sig i den kliniske praksis. Endvidere inddrages tilknytningsteoriens vægtning af tilknytningsrelationens betydning for udvikling af selvfølelse, affektregulering og mentalisering, og kapitlet sluttes af med en lidt længere redegørelse for Sterns teori om selvudvikling. Det er en vigtig og spændende tilgang at anvende udviklingsforståelse i en psykiatrisk behandlingstænkning, selvom netop Stern ikke siger så forfærdelig meget om fejludvikling, er hans tænkning om selvfølelse, affekt og affektiv afstemning anvendelige i den relationelle psykiatri. Endvidere fremhæver de, at supplerende diagnostiske instrumenter f.eks. Kernbergs strukturelle diagnostik er nødvendige som supplement til den kategoriale diagnostik som anvendes i f.eks. ICD10, for at kunne iværksætte en relationel psykiatrisk behandling.

Bogens 4 og 5 kapitel er skrevet af Niels Elkjær Krog, der beskæftiger sig med relationsarbejde i praksis; i beskrivelsen heraf anvendes især Sterns begreber om afstemning, fælles opmærksomhed og fælles intention ved konkretisering af det der foregår mellem behandler og patient. Der er en fin præcisering af anerkendelse som gyldiggørelse af den andens følelse, men ikke ros eller væren enig med. Beskrivelsen af det praktiske relationsarbejde følges op med at indkredse vigtige sider ved den organisatoriske ramme for behandlingsarbejde, hvor afdelingens kultur kan understøtte behandlerens mulig-

hed for at skærpe sig selv som medmenneske og derved øge den behandlingsmæssige kompetence.

I kapitel 6 fortæller Janne Theil Doctor og Susanne Broeng om familierelationens betydning, både som den indre arbejdsmodel vi har udviklet i samspil med ophavsfamilien og bærer med os i mødet med andre, og som den måde, hvorpå pårørende har betydning for patienten og for behandlingsarbejdet. Forfatterne understreger behovet for at inddrage pårørende i behandlingen og skelner mellem familierelationer, der kan være *helbredende, vedligeholdende eller symptomskabende*; indsatsen i behandlingen må også rette sig mod disse meget stærke kræfter.

Karen Glistrup beskriver i kapitel 7 den særlige situation hvor barnet er pårørende og tegner et billede af børn, forældre og professionelle som aktører i den familierettede indsats, der oftest er behov for og som har mange forskellige udformninger, hvis barnets selvfølelse, oplevelse af eget værd og evne til psykisk at adskille sig skal styrkes. Det er et af bogens længste kapitler og det giver et nuanceret billede af de mange aspekter, der indgår i dette arbejde, herunder problemstillinger og vanskeligheder, der knytter sig til sektoropdelingen i arbejdet med børn og unge.

Bogen afsluttes i kapitel 8, hvor Susanne Broeng trækker forbindelse mellem ledelse og relationsarbejde; relationsbehandling kan udfolde sig i en organisation, der understøtter selvværd og personligt ansvar, og som kan håndtere ubevidste processer.

Bogen er læseværdig og kan anbefales til alle der beskæftiger sig med psykisk sygdom; den er på samme tid meget konkret og abstrakt, i og med at den

henter sin teoretiske forståelse i modeller om udvikling og anvender den i en behandlingsmæssig praksis, der virker meningsfuld men også går nye veje bl.a. ved at inddrage udviklingspsykologisk viden i forståelsen af det, der foregår mellem patient og behandler.

Rikke Schwartz

ADHD – Et liv uden bremser

Martin Kutscher: *ADHD – Et liv uden bremser*. Dansk psykologisk forlag, 200 sider, 328 kr

Martin Kutscher gentager med denne bog succes'en fra sin sidste bog: Børn med blandingsdiagnoser, ved at skrive nærværende, realistisk og kompetent om en af de mest aktuelle diagnoser : ADHD.

Undersøgelser viser, at 6% af samtlige børn lider af dette syndrom. D.v.s. hvert 6. barn! Anskuer man en familie bestående af 4 personer, vil det betyde, at hver 4. familie er berørt af denne tilstand. (Barkley 2000)

Forfatteren tager i sit introduktionsafsnit udgangspunkt i sine oplevelser med frustrerede forældre i sin dagligdag og vil på den baggrund skrive en bog, der på realistisk og optimistisk vis, samler og videregiver den aktuelle viden. Intentionen er at tage udgangspunkt i de aktuelle problemer, beskrive det fulde spektrum af ADHD og de symptomer, der forekommer sammen med denne tilstand. Desuden vil de syndromblandinger, der ofte følger med – det være sig indlæringsvanskeligheder, tics angst, Aspergers syndrom m.m. – blive behandlet. Derefter vil han beskæftige

sig med løsninger, medicineringens rolle og slutte med en sammenfatning, der kan læses separat og således udleveres til relevante personer.

Når han så den målsætning???

Ja, i høj grad!

Indholdsfortegnelsen, som er meget illustrativ og omfattende, giver et overskueligt overblik, som giver læseren mulighed for at dykke ned i lige netop det, der p.t. er mest relevant. Indholdsfortegnelsen "taler" til læseren. Hvert kapitel/afsnit har en overskrift, der pirrer nysgerrighed og refleksioner og indholdet lever op til forventningerne.

Bogens talrige illustrationer er sigende og sjove og giver en yderligere forståelse og overblik. Ikke mindst figur 2 s. 17 giver en flot overordnet forståelse af hele syndromet og problematikken.

Sidst i bogen giver Appendiks 1 og 2 læseren mulighed for selv at teste, og allersidst er der forslag til yderligere litteratur suppleret med forfatterens kommentarer og sluttelig et stikordsregister.

Da bogens målgruppe primært er forældre og pædagogisk personale, ville det være en fordel med en enkel liste, der forklarer medicinske udtryk, der ikke er forklaret i bogen og ikke kendt af lægmænd. Men det er en detalje!

Bogen kan i relation til ovenstående på det varmeste anbefales! Kutscher har en formidabel evne til at gøre det komplicerede forståeligt uden at nedgøre læseren. Han forstår at løfte situationerne, at sende positive signaler, der gør, at det svære bliver til at udholde. Bogen er en gave og dens mange gentagelser er kun med til at understrege det væsentlige.

Birgit Marott
Aut. psykolog.
Lektor i psykologi

Invitation til Socialpsykiatri

Benny Lihme (Red.): *Invitation til Socialpsykiatri*, Akademisk Forlag, 2008, 240 s., kr. 269.

”På trods af store fremskridt i den lægelige behandling udskrives patienter fra de psykiatriske afdelinger ikke som helbredte, men som færdigbehandlede. – Det er af afgørende betydning, at fagligheden inden for det socialpsykiatriske område får et løft. – Bogen deler ikke den skepsis over for den sociale indsats betydning, der præger visse områder i psykiatrien”. – Dette citatsammendrag fra pressemeddelelsen viser, hvad bogens hovederinde er. De ni kapitler er skrevet af personer med central placering i forhold til problemstillingen og har stor erfaring hver især.

Benny Lihme beskriver kort, klart og mangfoldigt tilblivelsen af socialpsykiatrien – i udlandet og her i landet. Et par eksempler: Harald Selmer diskuterer i bogen ”Almindelige Grundsætninger for Daarevæsenets Indretning” fra 1846, ”Hvordan man bedst muligt giver Patientens hele Sjæleliv en naturligere Retning” ved en bevidst, socialpædagogisk indretning af anstalten. Det må huskes, at psykiatrien endnu ikke var opfundet, og at der skulle gå ca. 100 år, førend psykofarmaka kom til. En tværministeriel redegørelse fra 1996, ”Indsatsen for sindslidende”, anbefaler en udbygning af de sociale tilbud til sindslidende, og socialpsykiatri blev defineret som en samlebetegnelse for alle, sociale tilbud (botilbud, væresteder m.m.). Fra psykiatrisk side var der stor modstand, idet man mente og mener, at socialpsykiatri er underlagt deres behandlingsledelse i distriktspsy-

kiatrien og de opsøgende psykoseteam. Der afsluttes med en drøftelse af det problematiske tunnelsyn, der er forbundet med den evidensbaserede forskning i behandlingseffekt inden for psykiatrien; der forskes alene i den målelige effekt af en medikamentel behandling, mens alle øvrige ”uspecifikke” forhold udelades uanset deres store betydning.

Johanne Bratbo og Jens Hjort Andersen, begge fra Videnscenter for socialpsykiatri, præsenterer i kapitel to socialpsykiatriens tilblivelse og den mangfoldighed og de udfordringer, man som medarbejder i feltet må have kendskab til. Deres definition på socialpsykiatri er: ”Den sociale indsats, som ydes for at støtte mennesker, der som følge af en sindslidelse ikke kan få opfyldt deres grundlæggende, sociale rettigheder i de almindelige tilbud”. Disse ydelser findes i Serviceloven, Lov om aktiv beskæftigelsesindsats og Lov om specialundervisning for voksne. En væsentlig forudsætning for psykosocial rehabilitering er social inklusion og afstigmatisering. Det foreslås, at definitionen på socialpsykiatri udvides således: ”Målet er bedst muligt at støtte personen i at gøre sig klar til på ny at udfylde en plads i samfundet og få lov til at genvinde sin værdighed og selvstændighed”.

Recovery er det, det handler om. Pernille Jensen diskuterer i kapitel fire dette ret nye og komplekse begreb. Mange personer med psykiske lidelser kommer sig rent faktisk, og det er naturligvis særdeles interessant og vigtigt at finde ud af, hvorfor og hvordan. I Boston, hvor man har arbejdet i mange år med recovery, har man udmøntet nogle grundprincipper: indsatsen er personorienteret – den udformes i samarbejde med personen – der er selvbestemmelse

og reelle valgmuligheder – der bygges på, at alle har et potentiale til at vokse og gro.

Kapitlerne fem og seks omhandler relationer og faglighed, og i kapitel syv tager Benny Lihme fat på de meget store problemer, der er med hensyn til brugerne og deres bomuligheder. En vanskelig balancegang mellem brugernes behov for frihed og selvbestemmelse og samtidig for støtte og omsorg. Det vigtige her er snarere spørgsmålene end svarene, hvis der skal leves op til principperne for recovery. Han bringer et citat: ”Man er ikke hjemme der, hvor man har sin bolig, men der, hvor man bliver forstået”.

Der følger et udmærket kapitel om et forsøg med støttekontakt personer, og i det sidste kapitel om hjemløse trækkes der bl.a. på Preben Brandts og Torben Pilelys erfaringer.

Det er fortræffelig bog! Emnet belyses, vendes og drejes, udvikles og eksemplificeres. Mange rammes af en psykisk lidelse, og en hel del af dem bliver ikke raske, men blot ”færdigbehandlede”, som det er udtrykt. Terapien slipper op, psykofarmakabehandlingen slipper op eller kan i al fald ikke stå alene. De veje, der anvises i bogen, handler om socialpædagogik, om socialpsykiatri med tryk på ordets første del, om rehabilitering og recovery og om en uendelig tålmodig og respektfuld støtte til den sindslidende. Det er en pessimistisk bog, for problemerne er så uendelige, men det er også en optimistisk bog, hvilket bl.a. erfaringer med støttekontaktpersoner viser.

Bogen er letlæst og udmærket redigeret; den kommer rundt om rigtig mange aspekter. Den henvender sig til mange

faggrupper og studerende, der beskæftiger sig med sindslidende mennesker.

Bjørn Glæsel

Hvis din hest er død – så stå af

Karina Lange: *Hvis din hest er død – så stå af*. Akademisk Forlag, 2010, 168 s., kr. 249.

Forfatteren er folkeskolelærer, har arbejdet som sådan i 10 og har i de senere år også arbejdet som coach med en efteruddannelse i bagagen. Hun ser bogen som en håndsrækning dels til lærerstuderende, der på seminariet ikke lærer meget om for eks. forældresamarbejde, og til pædagoger og lærere, som jævnlig har brug for opbakning bl.a. i form af coaching.

Kapiteloverskrifterne kan give et først indtryk af bogens indhold: dine roller – overbevisninger – gode eller dårlige historier – teamsamarbejde – forventningsafklaring – planlægning af forældremøder – feed back – alle gør deres bedste – arbejdsglæde. Læseren bringes med andre ord direkte ind på livet i skolen hos især læreren og dennes arbejdssituation.

Et par eksempler kan vise noget om bogens ide og teknik. Kapitel 2 om overbevisninger fokuserer på de overbevisninger, som vi alle bærer på. Negative overbevisninger er ikke konstruktive og ikke gode for noget: jeg er ikke god nok – jeg burde nå mere på arbejdet – jeg skælder for meget ud. En individuel øvelse vises: skriv dine negative overbevisninger, vælg den ud der hæmmer mest, hvad betyder den for din adfærd? hvilke ting går du glip af? Hvad

ville du kunne udrette, hvis den ikke er sand? Kan du finde et eksempel på, at det modsatte også kunne være sandt? – Prøv at omforme overbevisningen så den bliver mere positiv og muligheds-skabende. Senere følger en øvelse, hvor det er positive overbevisninger, der er i spil.

I kapitel 6 drejer det sig om planlægning af forældremøder og –samtaler. Lærerteamet får opgaven, ”De tre hurtige”: Hvad vil vi gerne opnå? hvorfor vil vi gerne det? hvordan vil vi sige det og sikre handling? Senere følger det forslag til, hvordan lærere, børn og forældre i fællesskab kan fokusere på et særligt indsatsområde.

Det er en letlæst og lettilgængelig bog, der tager afsæt i en række af de problemer, som pædagoger og lærere ofte befinder sig i. Bogens hovedbudskab kunne måske udtrykkes således: stands op, se på dig selv, lyt til dig selv, lav om på dine tanker om dig selv. Hertil

kommer teamets indflydelse. Teoretisk set er vi et felt mellem positiv psykologi og korttidsfokuseret kognitiv psykologi. Der bygges på bl.a. Seligman, Csikszentmihalyi, og Sofia og Chris Manning. Forslagene til fremgangsmåder er letforståelige og enkle. Nogle af dem er måske lige enkle nok, kunne nogle lærere mene? Hvad? Hvorfor? Hvordan? Til gengæld er der for eks. i kapitlet om teamsamarbejde også anvist både en grundig og derpå en dybtgående teamøvelse, der bringer nuancerne frem, og som er udmærkede. Det afsluttende kapitel om arbejdsglæde er godt at få med.

Denne anmelder mener, at bogen vil være en rigtig god hjælp for både lærere med kort og med lang erfaring. Den vil også kunne bruges med godt udbytte på læreruddannelserne.

Bjørn Glæsel