

Omsorgssvigt

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Den gode nok omsorg• Omsorgssvigts forskellige udtryksformer | <ul style="list-style-type: none">• Det tidlige samspils betydning for barnets udvikling• Spitz og Bowlby | <ul style="list-style-type: none">• Tilknytningsmønstre og »indre arbejdsmodeller«• Modersavn• Sårbarhed og resiliens |
|---|--|---|

Omsorg, hvad er det?

Som forudsætning for at kunne forholde sig til begrebet omsorgssvigt – svigtende omsorg – er det nødvendigt at se nærmere på begrebet omsorg (med et citat af Per Schultz Jørgensen):

»Omsorg henviser i almindelig daglig tale til dette at tage vare på – at passe eller at have ansvar for. Dvs. en tilknytning til et andet menneske, der omfatter at sikre en persons overlevelse, udvikling og tryghed – i det hele taget et ansvar for det pågældende menneske.«

I de mange overvejelser, der har været gjort over omsorgsbegrebet, vægtes *tilknytningen* mellem barn og omsorgsbetroet voksen som en forudsætning for udviklingen af en sund personlighed.

I den såkaldte »klassiske forskning« findes psykoanalytisk inspirerede undersøgelser af børn, der har været berøvet denne omsorg. De mest kendte er foretaget af René Spitz, John Bowlby og Mary Ainsworth, som skabte det psykologiske indhold i begrebet »*deprivation*«, brugt om børn med følelsesmæssige afsavn.

Men svigtet skal ses på baggrund af – om ikke det optimale – så det normalt anerkendte »*den gode nok omsorg*«. Hvad denne omsorg indebærer, har flere givet deres bud på.

Per Schultz Jørgensen finder tre væsentlige aspekter i begrebet omsorg, nemlig

- tilsyn
- stimulation
- tilknytning

Konkret indebærer dette, at omsorg for et andet menneske omfatter tilsyn, der sikrer overvågning og dermed forhindring af fx ulykker, stimulation, der sikrer intellektuelt indhold, aktivitet og udfordring, samt tilknytning, der skaber den følelsesmæssige basis for tryghed og tillid.

Disse aspekter vil være til stede ved en omsorg, der realiseres, og modsat, hvor der er tale om omsorgssvigt, vil et eller flere aspekter være overtrådt eller i det mindste ikke tilgodeset.

Ovennævnte indkredsning af omsorg og omsorgssvigt har den fordel, at der lægges en vis vægt på den ansvarsudøendes rolle i forhold til omsorg og udvikling. Svagheden derimod ligger i den brede upræcise definition, der ikke giver megen støtte i det konkrete tilfælde og derfor heller ikke kan være til megen hjælp, når der planlægges behandling og støtte. Hertil kommer, at der savnes de tilfælde af omsorgssvigt, hvor forældrefiguren direkte sigter på en skadevoldende handling over for barnet, men her får vi hjælp i nyere danske undersøgelser samt faglitteratur.



Kærlig omsorg.

Else Christensens undersøgelse

Else Christensens rapport om de nul- til treårige – baseret på sundhedsplejerskers viden – yder sit bidrag til en øget konkretisering og begrebsafklaring af »omsorg« og »omsorgssvigt« samt en konkretisering af hvilke handlinger eller mangel på handlinger fra forældrenes side, det kan give mening at karakterisere som omsorgssvigt. Undersøgelsens formål var at belyse udbredelsen af omsorgssvigt, arten af omsorgssvigt samt muligheden for forebyggende foranstaltninger. Vedrørende forslag til begrebsafklaring finder Else Christensen det hensigtsmæssigt at skelne mellem fire forskellige former for omsorgssvigt, nemlig aktivt fysisk, passivt fysisk, aktivt følelsesmæssigt og passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt.

Aktivt fysisk omsorgssvigt

»Ved aktivt fysisk omsorgssvigt forstås, at børn påføres skader ved aktive handlinger fra den voksnes side, fx ved slag eller andre voldelige/skadelige handlinger«.

Det aktive fysiske omsorgssvigt er konkretiseret i otte forskellige tegn eller symptomer, som kan observeres:

- Brud på arme, ben, ribben eller andre steder.
- Blå mærker på krop, lemmer, ansigt.
- Brændemærker (varmekilder, cigaretter, skoldning).
- Mærker efter fysisk afstraffelse (sæde, kinder, lemmer).
- Mærker efter menneskebid.
- Rifter eller hudafskrabbinger ved mund, læber, gummer, øjne.
- Rifter eller hudafskrabbinger på ydre genitalia.
- Kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia.

I Else Christensens kategorisering indeholder aktivt fysisk omsorgssvigt således også seksuelle krænkelse:

Anja

Anja kom til Skodsborg Observations- og Behandlingshjem netop to år gammel. Hun kom fra en plejefamilie, som hun havde boet hos i knap to år. Efter at Anja havde været på weekend hos sin mor og dennes samlever, fattede plejeforældrene mistanke om seksuelt overgreb. De bragte Anja til et hospital, hvor hun blev grundigt undersøgt, både lægeligt og psykologisk. Undersøgelserne levned ingen tvivl. Der blev foretaget anmeldelse, og moderens samlever blev tiltalt.

Plejeforældrene valgte »at sige fra«. Den plejeopgave, de to år tidligere havde sagt ja til, ændrede sig pludselig på en måde, der gjorde, at de oplevede sig som inkompetente.

Anja blev anbragt på Skodsborg med det hovedformål, at hun skulle observeres, og hen-

des ressourcer og problemer beskrives. Samtidig skulle hun bevare kontakten til sin mor og andre familiemedlemmer.

Anja opholdt sig på Skodsborg i 10 måneder. Hun var en kvik og veludviklet pige, der på det seksuelle område havde brug for beskyttelse, idet hun havde en indladende adfærd over for ældre børn.

Vi fandt det hensigtsmæssigt – alt taget i betragtning – at hendes fortsatte udvikling kunne finde sted i et mindre, tryksgivende og rammesættende miljø – i en velkvalificeret plejefamilie.

Da Anja havde opholdt sig i den nye plejefamilie i otte måneder og var ca. tre et halvt år gammel, skete følgende:

Klokken var ca. 22, og Anja var for længst lagt i seng og sov. Plejeforældrene og deres to ældre børn var så småt ved at bryde op fra aftenhyggen, da strømmen pludselig forsvandt i hele huset, og alt blev mørkt.

Der blev fundet stearinlys frem. Anja, der i mellemtiden var vågnet, stod pludselig i døren til sit værelse. Hun kiggede med et intenst blik på lysene og udbrød: »Jeg hader stearinlys«. Hun søgte op på plejemoderens skød, kiggede væk fra lysene og fortalte – afbrudt af gråd – om det overgreb, hun havde været udsat for 18 måneder tidligere, og hvor et stearinlys havde været anvendt.

Da Anja var færdig med sin beretning, faldt hun i søvn på plejemoderens skød.

I de følgende dage supplerede Anja sin beretning med detaljer, og plejemoderen var støttende, åben og modtagende.

Den efterfølgende periode blev en meget krævende arbejdsperiode for plejeforældrene, og Skodsborg blev inddraget som supervisor for plejeforældrene.

Eksemplet fortæller mange ting, men i den aktuelle sammenhæng er det væsentligst at fremhæve, at vi vidste, at Anja havde været udsat for en seksuel krænkelse, men dét, vi så, var et barn, der var påfaldende »normalt«. Vi observerede forskellige symptomer i den aktuelle retning, men det var helt tydeligt,

at Anja ikke havde nogen bevidst erindring om krænkelsen. Hun huskede ingenting.

Freuds hypotese om eksistensen af det bevidste, det ubevidste og det førbevidste kan her hjælpe os til at forstå de mekanismer, der gør, at et barn som fx Anja bærer dét, vi har hørt om, og som hun viser via sin adfærd.

En dag før eller senere vil det aktuelt fortrængte dukke op i bevidstheden og kræve omgivelsernes forståelse og behandling.

Et tabubelagt overgreb er vanskeligt tilgængeligt psykisk materiale, og en åbning til dette vil kræve, at barnet føler sig fuldstændigt tryk og har overskud af energi. En sådan trykthed opstår ikke nødvendigvis, mens barnet opholder sig hos os, men når vi ved, at et barn, der får ophold i en plejefamilie, bærer på traumatiske bevidste, ubevidste eller førbevidste oplevelser, er det vores pligt at give denne viden videre og herudover sikre, at den nødvendige hjælp og støtte er til rådighed.

Vender vi tilbage til Else Christensens undersøgelse, viser resultatet, at det aktive fysiske omsorgssvigt er relativt sjældent observeret. Undersøgellesgruppen omfatter 78.625 børn i alderen nul til tre år. Hos 632 af disse børn – altså mindre end én procent – har sundhedsplejerskerne observeret tegn/symptomer på aktivt fysisk omsorgssvigt.

Det er vores erfaring fra døgninstitutionsområdet med små børn, at når det synlige aktive fysiske omsorgssvigt forekommer og opdages, så handles der, og der handles hurtigt som i eksemplet med Anja. Både fagpersoner og »den almindelige dansker« ved, hvad man skal gøre i en sådan situation.

Passivt fysisk omsorgssvigt

»Ved passivt fysisk omsorgssvigt forstås, at børn lider alvorlige forsømmelser fra den voksnes side, hvor der er tale om manglende tilfredsstillelse af fysiske behov, således at barnets sundhedstilstand er i fare«.

I Else Christensens rapport er det passive fysiske omsorgssvigt konkretiseret i ni forskellige observerbare tegn eller symptomer:

- Barnet bliver i perioder (en til to timer eller mere) overladt til sig selv uden voksent opsyn.
- Er gentagne gange ikke blevet afhentet fra daginstitution eller dagpleje.
- Har været forladt af forældre i perioder på flere dage.
- Er forkert ernæret i form af underernæring, for lidt eller for uregelmæssig mad.
- Er forkert ernæret i form af for meget mad.
- Bliver forsømt mht. nødvendige lægebesøg ved sygdom eller forebyggende undersøgelser.
- Barnet er usædvanligt slapt eller træt.
- Barnet virker upasset, usøigneret, uglejet eller snavset.
- Barnet er ikke klædt passende på til årstid og vejrlig.

Else Christensen konkluderede, at passivt fysisk omsorgssvigt er en af de relativt hyppigst forekommende former for omsorgssvigt, idet sundhedsplejerskerne hos i alt 4.635 af undersøgelsens børn observerede et eller flere tegn eller symptomer herpå. De hyppigst forekommende tegn var »forkert ernæring i form af underernæring, for lidt eller uregelmæssig mad« samt at »barnet virker upasset, usøigneret, uglejet eller snavset«.

Undersøgelsen indeholder observationer, der handler om barnets liv efter fødslen, men den omfatter ikke graviditeten eller fosterlivet.

Graviditeten og fosterlivet må dog nødvendigvis få plads netop her under passivt fysisk omsorgssvigt.

I min daglige praksis på Skodsborg Observations- og Behandlingshjem fylder denne form for omsorgssvigt meget. Næsten halvdelen af de børn, vi modtager, kommer direkte fra det hospital, hvor de er født, og de fleste af dem er fysisk medtagne på grund af deres mødres brug af alkohol og/eller narkotika i graviditeten.

Ida

Ida er født af en 30-årig alkohol- og pillemisbrugende kvinde, som af sin læge henvises til Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital. En påbegyndt nedtrapning og antabusbehandling under graviditeten mislykkes, da kvinden psykisk belastes meget af lægernes konstantering af, at hendes foster er svært væksthæmmet.

Fødslen sættes i gang tre uger før forventet termin, og forløsningen sker ved kejsersnit. Ida vejer 1.251 gram og udvikler i første levedøgn abstinenssymptomer, hvorfor hun behandles med svage opiumsdråber og senere fenemal.

Ida er stærkt præget af sin alkoholiserede fostertilværelse, hun spiser dårligt og bliver ofte utilpas under måltiderne. Hun er ekstremt sart i forhold til sansepåvirkninger, har dårligt hjerte og er meget længe om at komme i travlhed.

Hun tilbringer næsten fem måneder på hospitalet og anbringes derefter tvangsmæssigt på Skodsborg Observations- og Behandlingshjem med henblik på senere familieplejeanbringelse.

Skodsborgs læge bekræfter, at Ida med sin væksthæmning, karakteristiske ansigtstræk og sarthed i forhold til sansepåvirkninger fremstår som et barn med *føtal alkohol syndrom*, men at hun trods sin alvorlige diagnose virker som et barn med et godt udviklingspotentiale.

Idas mor

Moderens praktiserende læge henviser hende til Familieambulatoriet med henblik på støtte og kontrol i svangerskabet, men moderen overholder ikke indgåede aftaler og møder først op i 21. uge af graviditeten, både alkohol- og medicinpåvirket. Hun ønsker på dette tidspunkt ikke – som foreslået – at blive indlagt, men accepterer ambulant kontrol. Da hun møder næste gang stærkt påvirket af både alkohol og medicin, overtales hun til indlæggelse.

På grund af tiltagende sociale problemer har moderen haft et dagligt forbrug på 8-10 stærke øl foruden den ordinerede metadon og stesolid.

Der påbegyndes en nedtrapning af metadon og stesolid, og en antabusbehandling sættes i gang. Moderen får det bedre både fysisk og psykisk, og hun befinder sig godt under indlæggelsen.

Der opstår imidlertid komplikationer, og nedtrapningen sættes i bero på grund af svær væksthæmning af fostret. Moderen, som psykisk føler sig stærkt belastet heraf, afbryder antabusbehandlingen, genoptager sit alkoholforbrug og forlader afdelingen flere gange. Når moderen vender tilbage, er hun stærkt påvirket af både alkohol og medicin.

Allerede da graviditeten konstateres hos den praktiserende læge, »slås alarm«, og hjælpesystemet aktiveres. Moderen tilbydes omsorg, og denne omsorg kommer hendes ufødte barn til gode, dog ikke i tilstrækkelig grad, idet det må konstateres, at på grund af svigtet i fosterlivet fødes hun med særlige behov for omsorg og behandling.

Ida sikres denne omsorg og behandling, og hun kommer i overbevisende trivsel og udvikling. Eksemplet illustrerer, at der – også inden sundhedsplejerskernes vigtige opgaver løses – er brug for hjælpeforanstaltninger. I eksemplet kommer hjælpen fra praktiserende læge, jordemoder, forvaltning og familieambulatorium. Udebliver hjælpen, da gør vi os som »samfund« skyldige i omsorgssvigt.

Fysisk omsorgssvigt kan være uhyre svært at afsløre eller opdage og efterfølgende håndtere, men endnu sværere synes bevisbyrden at være, når det drejer sig om psykisk omsorgssvigt, eller som Else Christensen kalder det: følelsesmæssigt omsorgssvigt.

Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

»Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt karakteriseres ved, at barnet fra forældres eller andre omsorgspersoners side udsættes for en skadende handling af ikke-fysisk karakter«, fx:

- Barnet bliver i perioder holdt inde-spærret.
- Barnet bliver truet med vold eller tæv.
- Barnet bliver truet med tab af kærlighed eller vigtige relationer.
- Barnet bliver tiltalt eller omtalt på en krænkende måde (ond, dum, grim, umulig, et barn ingen kan lide). Forældrene forholder sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov (ser barnet som en modstander, én der modarbejder dem).
- Barnet bliver i perioder aktivt ignoreret af forældrene. De vil ikke høre barnet eller ikke tale til det.
- Barnet bliver aktivt forhindret i samvær med andre børn og/eller voksne.
- Barnet bliver passet af et stort antal skiftende eller tilfældige voksne.
- Barnet bliver mest passet af ikke-voksne større søskende.

I Else Christensens undersøgelse viste det sig, at sundhedsplejerskerne hos 3.568 børn ud af de i alt 78.625 fandt tegn på aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt.

32 procent af børnene blev truet med vold og tæv, 32 procent blev truet med tab af kærlighed eller vigtige relationer, 36 procent blev tiltalt på en krænkende måde, og for 32 procents vedkommende forholdt forældrene sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov.

Med sådanne iagttagelser afdækker undersøgelsen et billede af fattige opvækstmiljøer, hjem, der ikke indeholder de nødvendige forudsætninger for, at et barn kan udvikle sig til et menneske med tillid til sig selv og omverdenen. Et negativt selv billede og en læderet jeg-udvikling vil være et nærliggende resultat af en barndom præget af aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt.

Andre undersøgelser fra Socialforskningsinstituttet, nemlig *Trængte familier* (Else Christensen) og *Anbragte børns livsforløb* (M. Nygaard Christoffersen), kaster lys over, at en mere langsigtet virkning ofte bliver social isolation.

Har man i den overvejende del af sin barndom fået at vide, at man er dum og grim og kun til besvær, at éns behov ingen betydning har, og at man i øvrigt ikke skal tro, at der overhovedet er nogen, der kan lide én, ja, så er prognosen dårlig, og den negative sociale arv en realitet.

Mikkel

Mikkel anbringes knap fire år gammel på observations- og behandlingshjem. Formålet med anbringelsen er bl.a. at få afklaret, hvorvidt han har taget skade af de traumer, han har været udsat for.

Sundhedsplejersken noterer første gang sin bekymring, da Mikkel er fire måneder gammel. Han virker slap og understimuleret. Sundhedsplejersken orienterer om muligheden for, at moderen får en personlig rådgiver; men moderen afslår.

En måned senere, da Mikkel er fem måneder gammel, konstaterer sundhedsplejersken, at moderen har brug for støtte, en støtte, der ligger ud over, hvad sundhedsplejersken kan yde. Bekymringerne fortsætter.

Der etableres støtteordning i hjemmet, da Mikkel er to et halvt år, men »hjemme-hosseren« får sjældent adgang til lejligheden, da der ikke er nogen hjemme.

Mikkel er tilmeldt daginstitution, men han kommer kun tre eller fire dage om måneden. Forvaltningen gør mange forsøg på at få kontakt med Mikkel mor, men det lykkes ikke.

Forvaltningen får flere anonyme henvendelser, fx fra en af moderens veninder, der fortæller, at »Mikkel bliver passet af tilfældige 'venner', når moderen er på værtshus. Moderen er sent oppe og orker derfor ikke at sende Mikkel i børnehaven om morgenen. Han har det skidt, er udadreagerende og aggressiv, og moderen slår ham. Han bliver låst inde i børneværelset med hunden og et fjernsyn. Ofte tjatter moderen både til Mikkel og hunden med en avis«.

Andre henvendelser kommer fra »tilfældige forbipasserende«. Nogle mennesker ser Mikkel stå i vindueskarmen, og han banker på ruden. De spørger ham om, hvad der er galt, og han

råber, at han er sulten. De spørger ham om, hvor hans mor er, og han svarer, at hun sover. De spørger, om han ikke kan vække hende, og han fortæller, at det kan han ikke, fordi han er låst inde.

I næsten halvandet år er det ikke lykkedes at få moderen i tale, og det accepteres ikke mere, hvorefter den sociale døgnvagt sættes ind. De får i en weekend kontakt med moderen, der kommer til samtale på socialforvaltningen. Her fortæller hun om et tiltagende alkohol- og hashforbrug, hun ikke kan kontrollere. Hun føler sig magtesløs over hele sin livssituation, og hun magter ikke mere omsorgen for Mikkel; derfor accepterer hun en anbringelse af sin søn på døgninstitution.

Mange bekymrer sig meget længe om Mikkel, og alligevel lykkes det ikke at etablere en hjælpeforanstaltning, der virkelig hjælper ham og hans mor. Selve kontaktableringen er vanskelig, og tiden går. Kort før Mikkel's fireårsfødselsdag handles der for alvor – men for sent. Resultatet er et alvorligt omsorgssvigtet barn.

I sin undersøgelse viser Else Christensen, at de fleste omsorgssvigtete børn er svigtet på mere end ét af de fire nævnte områder. Sådant forholdet det sig for Mikkel, om end det aktive følelsesmæssige omsorgssvigt er det mest iøjnefaldende. Indespærringen viste sig at være en daglig foreteelse, og Mikkel blev holdt væk fra sine kammerater i daginstitutionen. Herudover blev han passet af et stort antal skiftende og tilfældige voksne.

Der har også været tale om passivt fysisk omsorgssvigt. Mikkel blev nemlig i perioder på flere timer overladt til sig selv uden voksent opsyn, og han har i perioder fået for lidt mad.

Endelig blev han også udsat for aktivt fysisk omsorgssvigt, idet han tilbagevendende blev slået i hjemmet.

Således viste Mikkel sig at være et omsorgssvigtet barn, der er så medtaget af de svigt og traumer, han har været udsat for, at han formentlig vil være præget af det resten af livet.

Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

Denne form for omsorgssvigt karakteriseres i Else Christensens undersøgelse ved, at »barnet udsættes for alvorlige forsømmelser af psykisk karakter« på grund af forældrenes manglende evne til at give tryghed, omsorg, kærlighed. Mangler, som medfører risiko for udviklingsmæssige skader.

Her finder vi den af de fire kategorier i undersøgelsen, hvor sundhedsplejerskerne observerede flest børn, nemlig 4.885. Else Christensen vurderer selv, at passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt er den af de fire kategorier, hvor overgangen mellem »det almindelige« og det skadelige kan være mest vanskelig at identificere. Dette betyder, at sundhedsplejerskernes skøn i denne kategori spiller en større rolle end i de øvrige.

I undersøgelsen omfatter passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt følgende:

- Barnet har overværet fysisk mishandling af mor eller anden vold i hjemmet.
- Barnet har ofte været passet af voksne, der har været påvirkede af alkohol, narkotika eller piller.
- Barnets dagligdag i hjemmet er præget af uforudsigelighed.
- Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at reagere på barnets følelser eller reagerer primært på, hvordan de selv har det.
- Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at aflæse barnets kropslige signaler om lyst/ulyst og grænser.
- Barnet bliver hyppigt afvist følelsesmæssigt af forældrene.

De hyppigste svigt blev konstateret dér, hvor forældrene af den ene eller anden grund ikke – eller kun i begrænset omfang – reagerede på barnets følelsesmæssige behov, og hvor forældrene ikke kunne aflæse barnets kropssprog om lyst/ulyst og grænser.

I denne gruppe finder vi det følelsesmæssigt negligerede barn, dét barn der har lært, at det afgørende for, hvordan de voksne

reagerer er, hvordan disse selv har det, og ikke, hvilke signaler barnet udsender.

Psykisk sygdom er den mest udbredte baggrund for passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt – ofte i en grad, der fører til anbringelse uden for hjemmet. Dette fremgår af to efterundersøgelser fra Skodsborg med henholdsvis 39 og 40 udskrevne børn. I den første undersøgelse, *Børn i krise*, fra 1990 havde 15 af de 39 børn en mor med en psykisk lidelse. I den anden undersøgelse, *De tidlige anbringelser* fra 1999, ses, at 12 mødre ud af 40 er psykisk syge. Tre af disse mødre har derudover et alkoholmisbrug og én et stofmisbrug.

Vore undersøgelser har tydeliggjort det tidlige samspils betydning for barnets udvikling. To af konklusionerne fra *Børn i krise* lyder således:

- De børn, der tidligst fjernes fra hjem præget af omsorgssvigt, udvikler sig bedst.
- Forældre med alvorlige psykiske lidelser eller med omfattende misbrug kan ikke varetage omsorgen for deres børn.

Leo

Leo anbringes fire et halvt år gammel på Skodsborg Observations- og Behandlingshjem. Forhistorien er, at moderen to gange i de to år, der går forud for graviditet og fødsel, er indlagt på et psykiatrisk hospital, og hun tilses i ambulatoriet, hvor man bl.a. følger den medicinske behandling.

Da Leo er et år gammel, udtrykkes de første bekymringer for hans trivsel fra socialcentrets psykologiske konsulent, der reagerer på moderens egne udtalelser. Ved samtaler på socialforvaltningen fortæller moderen, hvor forfærdeligt hun har det. Hun er frem for alt hørehallucineret. Hun hører stemmer konstant trods den medicinering, der skulle modvirke det. Stemmerne er høje, og hun skriger og råber i lejligheden for at overdøve dem.

Psykologen foreslår, at Leo kommer i daginstitution, hvilket effektueres et halvt år efter, dvs. da han er godt halvandet år.

Beskrivelserne fra daginstitutionen samt moderens fortsatte åbenhed omkring sin tilstand forøger mistanken om, at barnet er truet, hvorfor det – da Leo er to et halvt år – besluttes at foranstalte personlig rådgiver til moderen og støttepædagog i daginstitutionen til barnet. Begge hjælpeforanstaltninger bevilges, men effektueres aldrig – uvist af hvilken grund.

Leo begynder i en alder af tre år at strejfe rundt i gaderne, og der kommer mange henvendelser til socialcentret fra forretningsindehavere i kvarteret samt fra naboer. Sidstnævnte klager over larm i lejligheden i døgnets 24 timer. På samme tidspunkt udtaler daginstitutionen, at Leo er vanskelig, krævende, klæbende og har hyppige raserianfald.

Ved samtale på socialforvaltningen, da Leo er godt fire år, fortæller moderen, at hun er bange og må have hjælp. Stemmerne har bedt hende om at slå sit barn ihjel, og hun er bange for at gøre, som stemmerne siger. Socialforvaltningen foreslår moderen, at Leo anbringes i familiepleje, men moderen siger nej, hvorefter han anbringes på Skodsborg Observations- og Behandlingshjem.

Leo har således tilbragt sine første fire et halvt år sammen med sin skizofrene mor, suppleret af daginstitution fra han var halvandet.

Observationer fra børnehjemmet fortæller, at Leo er præget af dels en diffus angst, dels en sygelig angst bl.a. for insekter. Han har problemer med sin realitetssans og tvivler på sin egen selvstændighed og identitet. Han ser ikke sig selv som et løst, selvstændigt menneske, men som en del af moderen. Han er tillige usikker på, om han er en dreng eller en pige.

Ovennævnte symptom-kompleks fortæller om den skade, der forvoldes, når symbiosen med moderen ikke brydes på naturlig vis. Ligesom Margaret Mahler m.fl. opfatter vi på Skodsborg separations- og individuationsfasen som værende af afgørende betydning for jeg'et og for udviklingen af objektrelation, hvilket vil sige barnets forhold til andre mennesker

Separations- og individuationsfasen er en slags fødselsoplevelse nummer to, en, som

Mahler skriver et sted, »udklækning, hvor mor-barn-symbiosens fælles hinder bliver brudt. Denne udklækning er lige så uundgåelig som den biologiske fødsel«.

I fire- til seksmånedersalderen begynder et barn under normale omstændigheder at bevæge sig ud af symbiosen, og dette er begyndelsen til dét, Mahler kalder separations- og individuationsprocessen. Denne fase i udviklingen strækker sig fra midt i barnets første leveår gennem hele andet leveår til langt ind i det tredje.

Separation betyder adskillelse, bevægelse ud af symbiosens sammensmeltning, mens individuation henviser til den gradvise udvikling af en oplevet identitet med klare grænser i forhold til omverdenen.

Den vigtige og nødvendige lydhørhed og følsomhed fra mor til barn har en sindslidende mor ikke. Måske kan hun slet ikke opfatte barnets signaler, måske lykkes det bedre i sygdommens lettere perioder. Derfor er fx en skizofren mor ude af stand til alene at støtte sit barn i en optimal udviklingsproces. Barnet er således afhængig af, at problemet ses, og at der gribes ind.

Begge efterundersøgelser fra Skodsborg Observations- og Behandlingshjem afdækker, at der – udover de psykiske symptomer – er en række sociale forhold, som har medindflydelse på den psykisk syge mor og hendes barns liv. De har oftere end andre oplevet skænderier, misbrug, flytninger og vold i parforholdet. Denne »sekundære« sociale uro med konflikter, uforudsigelighed og partnerskift er en yderligere belastning for børnene.

René Spitz' undersøgelser af tilknytning og adskillelse

I dag sætter ingen fagfolk spørgsmålstegn ved tilknytningens nødvendighed for en sund personlighedsudvikling. Men før 1940 var der ingen, der fik ideen til direkte observation af børn i forskellige situationer.

Interessen for børn og deres relationer var der, men de undersøgelser og den forskning, der blev foretaget, var på baggrund af samtaler med voksne.

René Spitz blev læge i 1910. Han blev hurtigt optaget af psykoanalysen og interesseret i spædbørns udvikling. Som den første udførte han systematiske undersøgelser af spædbørn. Hans undersøgelser er meget omfattende, men det var hans tydelige påvisning af modersavnets ødelæggende følger, der gjorde ham kendt.

Spitz foretog sine undersøgelser af spædbørns udvikling i et kvindefængsel. Når de indsatte kvinder havde børn på 1 år eller derunder, havde de tilladelse til at have børnene hos sig.

I dagtimerne var børnene anbragt i fængslets vuggestue, hvor mødrene selv passede dem under vejledning. Det var disse børn, Spitz havde anledning til at bruge som forsøgspersoner.

I det store og hele havde børnene normal og god kontakt med moderen i det første år, og de udviklede sig tilfredsstillende.

I anden halvdel af første leveår udviklede nogle af børnene imidlertid en grædende adfærd, som stod i stærk kontrast til deres tidligere udadvendthed og tilfredshed. Efter at have været grædende i nogen tid blev de tilbøjelige til at trække sig tilbage fra omverdenen. Børnene lå i deres senge uden interesse for omgivelserne. Når der blev gjort forsøg på kontakt, blev det oftest ignoreret; i enkelte tilfælde blev et sørgende blik fra barnet iagttaget. Blev sådanne kontaktforsøg gentaget, gav børnene sig til at græde.

Denne grædende adfærd, hvor barnet trak sig tilbage fra omverdenens kontakt, varede fra to til tre måneder. Hos de fleste af børnene sås symptomer på mistrivsel, fx vægttab og søvnforstyrrelser, og der var tendens til, at de var mere tilbøjelige til at blive forkølede.

Nærvær.



(Ib Spang Olsen i *Hånden på hjertet*, Hans Ritzels Forlag, 1995)

Udviklingsmæssigt stod de indledningsvis stille, og senere var der en gradvis tilbagegang. Symptomerne varede i ca. tre måneder, hvor de stadig forværredes. Så veg gråden for en slags frosset, stift ansigtsudtryk. Børnene lå eller sad med vidtåbne udtryksløse øjne, et ubevægeligt ansigt og et fjernt blik, øjensynligt uden at ænse, hvad der foregik omkring dem. Til sidst var opnåelse af kontakt umulig.

Spitz iagttog i alt 123 børn igennem hele deres første leveår. Han fandt ovennævnte symptomudvikling hos de 19 af dem. Der var individuelle forskelle, fx var gråd mere dominerende hos nogle, mens en mere passiv tilbagetrækning prægede andre børn. Andre igen klyngede sig desperat til den voksne, hvis man fik overvundet den indledende kontaktafvisning. Trods de individuelle forskelle var det kliniske billede så tydeligt, at selv uøvede iagttagere hurtigt kunne kende det, når først man var opmærksom på det.

Da Spitz nu undersøgte forholdene for de børn, der led af disse alvorlige symptomer, fandt han, at de alle havde én oplevelse fælles, nemlig at de på et tidspunkt mellem sjette og ottende levemåned blev berøvet deres mor i en praktisk talt uafbrudt periode på tre måneder. Dette kunne skyldes, at moderen var blevet syg eller oftere, at hun skulle til afhøringer andetsteds.

Spitz fandt imidlertid, at der blandt de børn, hvis mor blev væk, var nogle få børn, som ikke udviklede dette symptom. Det viste sig, at det var børn, hvis kontakt med moderen havde været mangelfuld allerede før modertabet.

Dette er væsentligt at have i erindring for os, der arbejder med omsorgssvigtede børn. Hos disse børn vil vi ikke nødvendigvis se Spitz' beskrevne symptombillede af modersavn, trods det at børnene ved institutionsanbringelsen adskilles fra deres mor. Har barnets kontakt med moderen før anbringelsen været mangelfuld – hvad tilfældet ofte er – vil vi ikke se symptomerne.

Grundig observation og heraf følgende beskrivelse af det enkelte barns reaktion på

dét at blive anbragt på Skodsborg, tillægges stor vægt i vore bestræbelser på at lære barnet at kende. Barnets reaktion fortæller os noget om kvaliteten af barnets tidligere relationer eller mangel på samme.

En af konklusionerne på Spitz' undersøgelser af modersavn hos spædbørn er således, at børn i seks- til ottemånedersalderen, som har haft en god moderkontakt, udvikler et særligt symptombillede som det ovenfor beskrevne, hvis kontakten brydes.

Spitz kalder det *modersavn*, *spædbarns-depression* eller *anaklitisk* (vedr. afhængighed eller objektrelation) *depression*. Han fandt endvidere, at der efter tre måneders adskillelse var en overgangsperiode på ca. to måneder, hvor alle symptomerne blev tydeligere. Men hvis moderen vendte tilbage inden for disse to måneder, kom barnet sig næsten altid. Dog nærrede Spitz en stærk mistanke om »blivende ar«. Han så også, at hvis adskillelsen varede mere end fem måneder, forandredes symptomerne og gled over i *hospitalisme*, hvor chancerne for helbredelse er så godt som lig med nul.

Med ordet *hospitalisme* betegnede Spitz oprindeligt »en svækkelsestilstand af legemet, som skyldtes langvarig indespærring eller den sygelige atmosfære på et hospital eller en institution«.

Men efterhånden kom han frem til, at det ikke så meget drejede sig om institutionspåvirkning i bred almindelighed, men helt specielt om manglende kontakt mellem barnet og én bestemt voksen i den tidlige levealder.

John Bowlbys teori om tilknytning og adskillelse

John Bowlby (se i øvrigt s. 70) antager, at børns allerførste sociale relationer – som øjenkontakt, smil og gråd – er baseret på helt enkle adfærdssystemer og endvidere, at børn først omkring seks- til syv månedersalderen bliver i stand til at være aktivt målsøgende, og at al kontaktaadfærd efter

denne alder har samme mål, nemlig fysisk nærhed til omsorgsgiver.

Bowlby vurderer, at den egentlige tilknytningsfase gennemlevs fra seks måneders alderen til ca. to et halvt års alderen. Hele denne periode kendetegnes ved, at barnet forsøger at opretholde nærhed til én eller nogle få personer ved hjælp af kropsbevægelse og følelsesmæssig adfærd. Barnet bruger omsorgspersonen som base for sin udforskning af omverdenen. Barnet bevæger sig lidt væk, undersøger, opdager og betragter noget af »verden« for så at vende tilbage til den sikre base. Bowlby antager, at enkelte andre personer vælges af barnet som sekundære tilknytningspersoner.

Som nævnt ligger den egentlige tilknytningsfase efter Bowlbys opfattelse i alderen seks mdr. til to et halvt år. Herefter dannes en anden slags forhold mellem barn og tilknytningsperson. Det, der væsentligst sker nu, er, at barnet lærer og forstår, at omsorgspersonen har sine egne planer og mål, og at disse nogle gange kommer i konflikt med omsorgspersonens omsorg for barnet. På dette tidspunkt sker der således en stor udvidelse af barnets oplevelse af sammenhænge i dets verden.

Bowlby var revolutionerende, da hans bog *Maternal Care and Mental Health* udkom i 1950. Heri formulerede han sine første teorier om de bånd, der kan knyttes mellem mor og barn, men lige så revolutionerende blev han opfattet pga. sin beskrivelse af separationen mellem mor og barn, og hvad tabet kan betyde for barnet.

Bowlby mener – i modsætning til Spitz – at separationsangst er noget andet end frygt for fremmede. Han fremhæver, at de to følelsesmæssige tilstande har forskellige mål, og derfor er der tale om forskellige typer af adfærd.

Separationsangst – angsten for adskillelse – resulterer i en adfærd, der som mål har opretholdelse af kontakt eller genforening, mens angst for fremmede resulterer i tilbagetrækning.

Bowlbys model for at forstå børns adskillelsesreaktioner blev beskrevet første gang i 1973, og modellen bygger på studier af børn, der i en periode af mindst en uges varighed var adskilt fra deres primære omsorgsperson. Adskillelsen skete ved hospitalsindlæggelse af omsorgsperson eller barn, eller ved at barnet kom på et kort ophold i en plejefamilie.

Disse studier talte deres tydelige sprog: børn, som blev adskilt fra deres forældre i alderen seks-syv måneder til tre-fire år, viste kraftige negative reaktioner. De reaktioner, der blev observeret, var afhængige af primært to forhold, nemlig tilknytningens styrke før adskillelsen og adskillelsens tidsmæssige omfang.

I Bowlbys teori om børns adskillelsesreaktioner indgår tre faser, nemlig *protest*, *fortvivelse* og *følelsesmæssig frakobling*. Han antager, at disse tilstande følger efter hinanden i en fremadskridende proces.

- I protestfasen giver barnet udtryk for sin angst for at miste moderen. Barnets protestreaktion er et resultat af, at afstanden til hende er forøget, hun kan ikke nås, hun er væk. Barnet reagerer i denne periode med kraftig gråd og aktive forsøg på at »finde« omsorgspersonen.
- Anden fase er præget af fortvivelse. Barnet er tilsyneladende mere roligt, virker måske følelsesflad. Bowlby mener, at barnet sørger over det at være adskilt fra sin mor i et længere tidsrum. Sorgen kan udtrykkes ved, at barnet viser vrede rettet mod den svigtende mor. Vreden eller aggressionen kan være udadrettet eller give sig udtryk i selvdestruktiv adfærd. Sådanne frustrationsreaktioner har som mål at genforene barnet med moderen.
- Varer adskillelsen længe – uger eller måneder – uden at barnet har en »reservemor«, kan barnet pludselig befinde sig i tredje fase, som Bowlby kalder

frakobling. Han opfatter en tilstand af frakobling som værende meget alvorlig, og han mener, at der vil kunne blive tale om en permanent frakobling i forhold til tilknytningspersonen, hvis et barn inden for sine tre første leveår oplever en eller flere adskillelser med frakobling til følge.

Senere har Bowlby udvidet sine teorier, idet han via forskning på området fandt, at børn, der havde oplevet selv korte adskillelser, reagerede med frakobling. Dette gjaldt børn helt ned til syv måneders alderen, og tilstanden viste sig ved, at barnet reagerede på mødet med sin omsorgsperson, som var det en fremmed.

Tilknytning og adskillelse er vigtige begreber i dagligdagen på en døgninstitution for nyfødte, spæde børn og småbørn. For alle børnene gælder det, at de lever adskilte fra deres mødre eller forældre af én eller flere grunde. Vi støtter barnets tilknytning til dets forældre, og vi støtter forældrene til at tilbyde sig som tilknytningspersoner.

Men helt små børn anbringes almindeligvis på døgninstitution, fordi der er en risiko forbundet med etableringen af/opretholdelse af en tilknytning. I erkendelse af at der er en større eller mindre risiko for, at barnet vil opleve svigt/adskillelse i forhold til dets forældre, tilbydes alle børn, der får ophold fx på Skodsborg, en tilknytningsperson – i vores hus kaldt primær-omsorgsperson.

Dette indebærer til gengæld en stor sårbarhed i forbindelse med adskillelse, fx ved den voksnes frihed fra arbejdet, i ferier eller ved sygdom, samt når barnet forlader institutionen. Derfor har hvert barn også en sekundær pædagog, dvs. en anden voksen, der ligesom primærpædagogen næsten dagligt har med pasningen af barnet at gøre, og som barnet derfor også kender godt og bliver knyttet til.

I skemalægningen gøres der meget for, at primær- og sekundærpersonen arbejder for-

skudt af hinanden, således at barnet så mange timer som muligt er sammen med en af sine to mest nære voksne. Er den primære omsorgsperson syg eller på ferie, overtager sekundærpædagogen den primære omsorg for barnet.

Denne ordning er således med til at sikre, at barnet ikke oplever adskillelsen fra primærpersonen som livstruende.

Tilknytningsmønstre og »indre arbejdsmodeller«

Da John Bowlby udviklede sin teori om børns tilknytning til deres forældre, kombinerede han tre teoretiske indfaldsvinkler, nemlig etologien (læren om dyrearters adfærd og instinkter), den psykodynamiske teori og den systemiske teori. Hovedhypotesen var, at alle børn knytter sig til deres omsorgsgivere, uanset hvordan de bliver behandlet. De er simpelt hen nødt til det for at overleve. Men de gør det på forskellige måder, afhængigt af det følelsesmæssige samspil mellem dem og deres omsorgsgivere. I dette samspil spiller omsorgsgiverens sensitivitet en vigtig rolle.

Reagerer forældrene sensitivt på barnets signaler, vil det udvikle sig godt, og der vil være tale om en tryk tilknytning. Barnet vil opleve sig mødt og tilfredsstillet, og barnet vil vide, at forældrene vil gøre alt for at beskytte det imod overlast af enhver art. Sker det, at barnet trods høj grad af beskyttelse kommer til skade eller på anden vis får en dårlig oplevelse, vil forældrene i denne situation trøste og støtte barnet til at genvinde balancen.

Men ikke alle børn har sensitive forældre. Børn, der ikke har sensitive forældre, vil være børn der ikke oplever sig mødt og tilfredsstillet, og de vil udvikle utrygge tilknytningsmønstre. Disse børn vil være usikre på, hvorvidt deres forældre vil trøste og beskytte dem mod det, de er bange for, og de vil ikke forvente at få deres behov tilfredsstillet.

Parallelt med tilknytningsprocessen vil barnet udvikle »indre arbejdsmodeller«. Disse indre arbejdsmodeller udvikles på baggrund af de erfaringer, barnet får i tilknytningsperioden, og de indeholder barnets oplevelse af sig selv såvel som af sine tilknytningspersoner, samt af hvad det kan forvente sig af dem og af relationen.

Et barn, der over tid får erfaring for, at »mor ikke ser mig, ikke giver mig mad, når jeg er sulten, og ikke er ægte til stede, når vi er sammen, eller nogle gange ser mig og andre gange ikke«, vil udvikle en utryk tilknytning, og den indre arbejdsmodel vil indeholde et værn imod frustration, imod skuffelse. Barnet vil være på vagt over for forandringer hos sin mor og forberede sig på »det værste«. Barnet ved, at det kan vente sig hvad som helst. Barnet forudser uforudsigeligheden i samværet. Der vil være en tendens til, at barnet tilpasser sig moderens reducerede evne til at se og møde det. Barnet vil oftest tilsidesætte egne behov og ikke insistere på kontakt, men snarere være observerende og i øvrigt passiv.

På Skodsborg Observations- og Behandlingshjem for små børn anbringes bl.a. børn født af misbrugende og/eller psykisk syge forældre, og vi har mulighed for at observere børnene og deres samvær med deres forældre. Et lille barn, der har fået erfaring for, at det kan vente sig hvad som helst i samværet med sin mor, vil ofte være anspændt og afventende under samværet. Set udefra opleves »to ensomme mennesker på hver sin klode«, og relationen vil være forstyrret i alvorlig grad.

Igen og igen overraskes vi over, hvor tidligt i et barns liv en indre arbejdsmodel kan spores. En primærpædagog fortæller:

Emma

Ni måneder gammel anbringes Emma på Skodsborg fra en akutinstitution. Begge Emmas forældre er psykisk syge, og da Emma er ca. 8 uger gammel, bliver mor og barn indlagt på psykiatrisk afdeling, hvorfra moderen Janni efter ca. 10 dage bliver overført til lukket

psykiatrisk afdeling. Det er mange år siden Janni sidst har været syg. Emmas far, Dennis, mener, at det er fødslen, der er årsag til sygdommen, da der i forbindelse med graviditeten blev ændret i Jannis medicin. Dennis ønskede ikke, at Janni skulle være på hospitalet, men han magtede heller ikke omsorgen for både kæreste og barn.

Efter anbringelsen af Emma på Skodsborg besøger forældrene hende i starten tre gange om ugen.

Det bliver hurtigt klart for os, at specielt Janni ingen føling har med, hvilke behov der er Emmas, og hvilke der er hendes egne. Hun kan fx fortsætte med at give flaske, selv om Emma drejer hovedet væk, og mælken løber ud af flasken og ned ad Emmas kinder. Hun kan også pludselig lægge Emma fra sig midt under måltidet, hvis hun selv føler trang til en kop kaffe.

Emma er et meget stille barn. Hun græder sjældent og er hurtig til at affinde sig med sine nye omgivelser. Vi oplever hende som en pige, der ikke stiller store krav til sine omgivelser, og som skal frustreres meget, før hun gør opmærksom på sin tilstedeværelse. Hun virker passiv og uinteresset i sin omverden. Det er svært at få øjenkontakt med Emma, og jeg skal være meget insisterende og bruge en meget overdreven mimik for at få Emma til at se på mig.

Om relationens nødvendighed

René Spitz og John Bowlby var banebrydende på områderne tilknytning og adskillelse, og efter offentliggørelsen af deres forskningsresultater blev flere og flere praktikere såvel som teoretikere optaget af forskellige aspekter i spædbørns udvikling.

I virkeligheden er det forholdsvis ny viden, der gør, at vi i dag ved, at det nyfødte barn er socialt og aktivt søgende efter én eller flere at relatere sig til. Barnet »søger« efter en omsorgsgiver, det kan knytte sig til. Kun via tilknytning bliver generel behovstilfredsstillelse mulig.

Donald W. Winnicott var en af de første praktiserende teoretikere, der turde skrive om relationen. I 1960 skrev han: »Der eksisterer ikke sådan noget som et spædbarn, kun et spædbarn og dets mor«. I denne sætning formulerer han sit syn på relationens betydning for barnets udvikling og fremhæver, at mor og barn udgør en emotionel enhed. Moderen er den omsorgsgivende – og uden omsorg ingen udvikling. Så enkelt kan det siges.

Man kan ikke tænke isoleret på »et spædbarn«. Prøver man, vil man opdage, at man beskriver et spædbarn og en anden, at man i virkeligheden beskriver en relation. Barnets medfødte potentiale kan kun realiseres, såfremt der er en relaterende omverden. Derfor er spædbarnets udvikling og omsorgsgiverens funktion uadskillelige elementer.

Tryghed.

Winnicott hjælper os også til at forstå, hvor vigtigt det er, at det er barnet, der bevæger sig og ikke os som voksne omsorgspersoner, der bevæger barnet.

Barnet skal i en langsom proces nærme sig omgivelserne og opdage verden. Får barnet lov til at gentage sine bevægelser, lærer det verden at kende i sit eget tempo, og dette bliver en måde at forholde sig til livet som sådan på.

Sker der modsat dét, at barnets forholdene sig til verden tidligt er baseret på omgivelsernes bevægen sig ind på barnet, vil barnet opleve tilnærmelsen som uforudsigelig, idet tilnærmelsen ikke har noget med barnets behov at gøre. Gentages dette mønster igen og igen, vil barnet trække sig væk fra kontakten – og fra livet – med oplevelsen af ikke at blive mødt, ikke at blive forstået (se eksemplet med Leo tidligere i kapitlet).

(Ib Spang Olsen i *Hånden på hjertet*, Hans Reitzels Forlag, 1995)



Således er omsorgspersonens lydhørhed, følsomhed og evne til at forstå, hvad det er, barnet »fortæller«, af helt afgørende betydning. Først opfattes og tolkes barnets signaler, og herefter kommer det i møde. Har den voksne let ved at forstå barnets signaler, lettes omsorgen, og den voksnes mulighed for at opleve succes som omsorgsgiver forøges.

Tilsvarende vanskeliggøres omsorgen, hvis omsorgsgiveren har svært ved at forstå barnets signaler, og der er risiko for, at relationen bliver vanskelig og præget af skuffelse både for barnet og den voksne.

Barnets skuffelse over ikke at blive mødt kan blive katastrofal. Skuffelse er lig med frustration. Skuffelse over ikke at få tilbudt og blive hjulpet til relationsdannelse kan betyde følelsesmæssig frustration, en brist i den tidlige normale udvikling, der kan få varige konsekvenser.

Følelsesmæssig frustration

Allerede mens barnet er i den helt spæde alder, vil man kunne få mistanke om et skuffet eller frustreret barn. Et skuffet eller frustreret barn vil fx to måneder gammel være stille og passiv, og det vil reagere meget svagt eller slet ikke på tilbud om kontakt.

Senere i første leveår vil billedet ændre sig, og barnet vil vise ukritisk adfærd, fx en alt for hurtig kontaktetablering med fremmede.

I den tidlige barndom vil der som regel kunne observeres en generel forsinket udvikling, men især på det sproglige område ses en stærkt forsinket udvikling. Det lille barn pludrer senere og mindre nuanceret, og langt op i skolealderen kan en forstyrret sprogudvikling iagttages. Dette faktum har antagelig sin årsag i den utilfredsstillende følelsesmæssige kontakt mellem barnet og en voksen i den kritiske spædbarnsperiode. Det er en anerkendt iagttagelse, at det er kontaktbehovet, der først og fremmest motiverer det lille barn til at begynde at tale.

Vi ved fra undersøgelser af ældre børn, der bærer præg af en mangelfuld følelsesmæssig kontakt i de første leveår, at de har mange andre udviklingsvanskeligheder.

Det skal fremhæves, at meget tyder på, at (her fra Mette Krag):

»følelsesmæssig frustration forstyrrer spædbarnets medfødte beredskab til at kunne omsætte sanseindtryk fra én sansning til en anden sansning, fx fra en føle-/lugtoplevelse til et synsbillede, og at dette bl.a. styrer dannelsen af forestillingsbilleder og kognitive strukturer. Derfor fremtræder børn, der er sat uden for samspillet fordybelse og udvikling, ofte som neurologisk forstyrrede«.

Alle børn er forskellige, og det er børn med tidlig følelsesmæssig skade også. Den tidlige følelsesmæssige udvikling har for de sidste været forstyrret i et eller andet omfang – forskelligt fra barn til barn – og det er bl.a. dette, der gør, at børnenes skader er forskellige. Derfor bør man tage afstand fra og ikke acceptere, at konkrete børn bliver beskrevet af én diagnose. Der findes nemlig mange grader af følelsesmæssig skade. I stedet bør hvert enkelt barns ressourcer og vanskeligheder nøje beskrives, og det er denne beskrivelse, der danner grundlaget for, hvordan barnets daglige miljø optimalt skal se ud.

Den følelsesmæssige skade, der er sket, kan der ikke ændres ved; de første år kan ikke gøres om, men ved at sikre det enkelte barn lige netop det miljø, der fremmer dets vækst, kan det lære at leve med – og bruge – de ressourcer, det har.

Det forsømte barn har dét, vi kalder et svagt jeg, og vi siger, at det er dårligt integreret. Dette betyder, at barnet vil fremtræde forvirret, kaotisk og strukturløs og med en stærk afhængighed af den struktur, miljøet skaber.

En døgninstitution er velegnet til at skabe denne struktur, men strukturen må ikke være fastlagt én gang for alle. Da barnet udvikler sig, må miljøet være fleksibelt. Dét, vi i daglig tale kalder »den nødvendige struk-

tur«, kunne nemlig blive hæmmende for barnets udvikling, hvis vi ikke hele tiden er dygtige nok og parate til at ændre i takt med, hvad barnet har brug for på det pågældende tidspunkt.

Psykologen Peter Holbøll har samlet de væsentligste elementer i det pædagogiske arbejde med følelsesmæssigt skadede børn og unge i følgende fire punkter – *opgave, rolle, tid og sted*:

»Barnets kaotiske indre vil vise sig i forsøg på at gøre omverdenen kaotisk. Barnet, der både »kan« høre radio, se tv, kigge ud ad vinduet og samtidig læse lektier (opgavesammenblanding), kan forsøge både at bruge den voksne som lektiehjælp, som fortløbig, som »faderskikkelse« og som legekammerat (rollesammenblanding), at det hele skal ske her og nu (manglende afgrænsning af tid: hver ting til sin tid), og det er lige meget, hvor det fysisk finder sted (manglende stedafgrænsning: hver ting på sin plads). Hvor ofte er disse børns værelser ikke præget af et utroligt rod?«

Nøglepunkterne i arbejdet med og i opdragelsen af børn med tidlig følelsesmæssig skade kan således være opgave, rolle, tid og sted. Barnet skal lære, at man gør én bestemt ting med en voksen i én bestemt rolle på ét bestemt tidspunkt og på ét bestemt sted.

Det siger sig selv, at en sådan pædagogisk behandling er svær at praktisere i et privat hjem, hvorfor de fleste børn med alvorlig grad af tidlig følelsesmæssig skade vokser op på døgninstitutioner eller pædagogiske opholdssteder af forskellig art.

Med den bedst tænkelige behandling kan de fleste børn og unge med mangelfuld relationsdannelse i de første leveår få et godt liv. Barnet eller den unge vil lære, at skal han eller hun kunne bruge sine medfødte ressourcer positivt, er struktur i bred forstand en forudsætning – også for at uddannelse og arbejde skal kunne lykkes.

På det følelsesmæssige plan vil livet på længere sigt være forbundet med vanske-

ligheder. Venskaber, kæresteforhold og forældreskab vil være forbundet med store problemer, idet den følelsesmæssige base ikke er der. »Den basale tillid« – basic trust – blev aldrig eller mangelfuldt etableret.

Havde Spitz og Bowlby ret?

Spitz og Bowlbys teorier diskuteres stadig, kritiske artikler og bøger udkommer jævnligt og giver rum for udveksling af erfaringer – teoretiske såvel som praktiske. Sådan forholder det sig med Rudolph Schaffers bog *Beslutninger om børn* (1993). Schaffer samler i sin bog den forskning, der »besvarer« nogle af de store spørgsmål som fx »Hvornår opstår den første tilknytning?« – »Hvor længe kan etableringen af den første tilknytning forsinkes, uden at der bliver tale om skader?« og »Forårsager moder-deprivation langsigtede skadevirkninger?«

Schaffers baggrund for at ønske sådanne svar var, at han deltog i en retssag som professionelt vidne. Sagen omhandlede en 10 måneder gammel pige, der var født uden for ægteskab og umiddelbart efter fødslen sat i pleje hos et barnløst par. Parret ønskede nu at adoptere pigen. Den biologiske mor havde imidlertid ombestemt sig og bad om at få barnet tilbage. Det var op til dommeren at afgøre striden.

Hvilken beslutning ville tjene barnet bedst? I forsøg på at finde svaret blev førnævnte bog til, og vi fik en oversigt over mange spændende undersøgelser foræret. Undersøgelsens samlede resultat viser et billede, der er noget mere optimistisk end det budskab, Bowlby udtrykte i sin rapport:

»Et brud på kontinuiteten i mor-barnforholdet på et kritisk stadium i udviklingen af barnets sociale relationer kan resultere i en mere eller mindre permanent svækkelse i evnen til at etablere forhold – en svækkelse, som i sin mest ekstreme afart kan antage en form som den 'affektløse karakter', kendetegnet

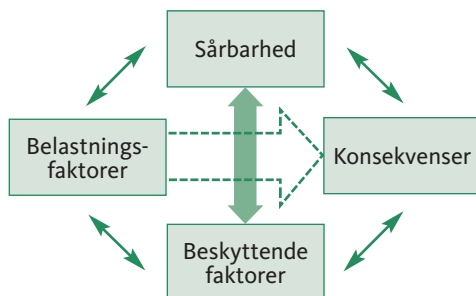
ved manglende evne til overhovedet at etablere en meningsfuld, permanent, følelsesmæssig forpligtethed i forelskelse, ægteskab, forældreskab eller venskab».

Den tidlige forskning i moder-deprivation var i stor udstrækning ansporet af troen på, at man havde fundet en årsagssammenhæng mellem det tidlige moderskab og efterfølgende personlighedsforstyrrelser. Den simple årsag/virkning-forklaring er imidlertid for enkel, idet adskillelsesoplevelsen består af mange faktorer, der hver især kan have indflydelse på det endelige udfald. Hvilke omstændigheder førte til adskillelsen, hvordan var omstændighederne omkring selve adskillelsen og – frem for alt – hvad fører adskillelsen til? Specielt når man fokuserer på de langsigtede virkninger, kan adskillelse ikke betragtes som en isoleret begivenhed, hvor langvarig eller traumatisk den end måtte være. Adskillelse må ses som omgivet af en række omstændigheder, der giver den mening.

I dag har vi fået et mere nuanceret syn på små børns udvikling, og vi ved, at der er børn, der klarer sig, og børn, der bliver ofre, og hermed er det naturligt at inddrage begreber som modstandsdygtighed og sårbarhed. De senere års opmærksomhed på småbørnsområdet har også givet os den erfaring, at man kan gribe positivt ind fx ved at observere og behandle og herved hjælpe børn med at klare konsekvenserne af selv meget uheldige følelsesmæssige erfaringer.

Sammenhængen mellem tidlige forstyrrelser og senere skader hos barnet skal søges i et komplekst samspil mellem fortid og nutid – og mellem sårbarhed og belastninger på den ene side og modstandsdygtighed og beskyttende faktorer på den anden.

I bogen *Risikobørn. Hvem er de – hvad gør vi?* udarbejdet for det tværministerielle Børneudvalg i 1993 af bl.a. Per Schultz Jørgensen illustreres dette med følgende model:



Model af samspillet mellem tidlige forstyrrelser og senere skader.

Resiliens

Modellens pile udtrykker, at der er tale om en dynamisk helhed, hvis dele lader sig påvirke af hinanden. Fx kan en aktuell belastning for et menneske reduceres via beskyttende faktorer, og resultatet kan være formindsket sårbarhed, hvilket betyder, at den enkelte har forøget sin modstandsdygtighed.

Resiliens er en fordanskning af det engelske ord »resilience«, og med det rettes fokus på den forskning, der viser, at mere end halvdelen af alle »risikobørn«, dvs. børn der har været udsat for risici og stress, ikke udvikler alvorlige psykiske problemer. I mange år har forskningen bekræftet, at der er en sammenhæng mellem belastning og negativ konsekvens, og derfor er det bemærkelsesværdigt, at vi nu ved, at nogle børn klarer sig bedre end forventet, og at næsten hvert andet barn, der vokser op under selv de vanskeligste betingelser, alligevel klarer sig godt senere i livet.

Opmærksomheden rettes derfor nu i højere grad mod det, der går godt; mod de børn, der er vanskeligt stillede, men som alligevel udvikler resiliens, dvs. modstandskraft. Det er børn og unge, som klarer sig på trods. De beskyttende faktorer er vigtige for udviklingen af resiliens. Beskyttelse er imidlertid mange ting. Beskyttelse drejer sig ikke blot om at undgå en problemfyldt tilværelse, idet en passende grad af belastning er nødvendig for at udvikle resiliens.

Oplever et barn tilbagevendende belastninger, som det får hjælp til at overkomme, vil barnets sårbarhed kunne reduceres og modstandskraften forøges.

I behandlingsarbejde med børn bør der således uafbrudt være en dialog, der handler om balancen mellem beskyttelse og belastning. En sådan dialog handler om det komplekse samspil mellem personer og situationer. Børn er forskellige, og det kræver et stort kendskab til det enkelte barn at vide, hvad resultatet af en aktuel belastning vil kunne blive.

På Skodsborg Observations- og Behandlingshjem indgår begrebet resiliens i vores daglige observations- og behandlingsarbejde. Vi må nødvendigvis udsætte børn for belastninger, for at de kan udvikle sig, for at de kan udvikle resiliens.

Signe

Signe er født af misbrugende forældre. Hun tilbringer sine første måneder på en familiebehandlingsinstitution sammen med sine forældre og ældre søskende. Da hun viser tydelige tegn på mistrivsel, anbringes hun på observations- og behandlingshjem.

Vi ser en lille pige, der trækker sig tilbage fra kontakt med andre mennesker. Hun undrager sig kropskontakt og øjenkontakt. Kommer primærpædagogen Lotte for tæt på, løfter Signe sin arm op foran ansigtet og fokuserer på sin hånd. Tilbydes hun et stykke legetøj, vælger hun også i dette tilfælde sin hånd. Når hun vågner efter en søvn i sin barnevogn, kalder hun ikke. Det observeres, at hun ligger helt stille med løftet arm, mens hun kigger på sin hånd.

Der planlægges en intervention, en behandling, der væsentligst indebærer en kontakt på Signes præmisser. Vi insisterer på kontakt, og Signe viser, at hun kan have øjenkontakt med Lotte, når der er en afstand på halvanden meter mellem dem. Men det er ikke let for Signe. Vi belaster Signe i én eller anden grad, men vi beskytter hende ved hele tiden at fortælle hende, hvad vi ser, hvad vi gør, og hvorfor vi gør det. Når Lotte arbejder med Signe, sidder

Signe i en skråstol, og Lotte holder afstand. Der går meget langsomt frem. Vi ønsker at give Signe positive erfaringer med kontakt til et andet menneske.

I en periode på fire måneder arbejdes der intenst med relationen. Igen og igen beskytter Signe sig selv med arm og hånd, men perioderne med god kontakt, og senere med pludredialog, bliver længere og længere, og ni måneder gammel kan hun ligge i Lottes arm og drikke sin flaske.

Langsomt viser Signe, at hun også kan bruge andre af stuens pædagoger, og vi ser tydeligt, hvordan hendes sårbarhed bliver reduceret og hendes modstandskraft forøget. Et år gammel går hun til babysvømning med Lotte, hun kører med bus til Nærum og med hestevogn i Dyrehaven. Signe udvider sin verden, men ved hvert eneste nyt tiltag skal hun fortsat forsikres om den voksnes beskyttelse.

Halvandet år gammel har Signe udviklet resiliens i en grad, der gør os overbeviste om, at hun kan fortsætte sin gode udvikling i en plejefamilie. På trods af sin sårbarhed har Signe udviklet en psykisk modstandskraft, der vil gøre hende bedre rustet til at møde risici i livet.

Svend Aage Madsen (1996), der specielt interesserer sig for samspillet mellem det spæde barn og dets mor, finder det hensigtsmæssigt at se på 1) moderens personlighedsudrustning og psykiske tilstand, bestemt af hendes egen opvækst og 2) barnets medfødte udrustning, bestemt af genetiske og miljømæssige påvirkninger, og han betragter dette udgangspunkt som grundlæggende sårbarhedskomponenter, mens øvrige risikofaktorer betragtes som belastningsfaktorer.

Lad os se på eksemplet med Ida og hendes mor s. 81-82:

Idas mor er blandingsmisbruger, drikker 10 stærke øl om dagen, får metadon og stesolid. Hun lever et miserabelt liv med skiftende partnere og mange sociale problemer. Hun møder til første graviditetskontrol i 21. uge, og hun påbegynder behandling. Hun belastes alvorligt, da lægerne konstaterer, at fostret er svært væksthæmmet. Fødslen

sker ved kejsersnit tre uger før forventet termin.

Ida har haft et belastet fosterliv. Hun er for tidligt født, vejer 1.251 gram. Hun udvikler abstinenser, får diagnosen føtalt alkohol syndrom og har trivselsproblemer generelt. Hun har svært ved at spise, er ekstremt sart i forhold til sansepåvirkninger, og der konstateres en hjertefejl.

Ifølge Svend Aage Madsens model er der ingen tvivl. Der er tale om alvorlige forstyrrelser i moderens psykiske bindingsberedskab, og hos Ida ses alvorlige forstyrrelser i hendes medfødte udrustning.

Begges sårbarhed er stor, og det er risikoen for en problematisk relation også. Men ud over begges sårbarhed er der tale om belastningsfaktorer af psykosocial art: økonomiske problemer, fortsat misbrug, behandling, sygdom, psykisk belastning, adskillelse, for tidlig fødsel, parproblemer, boligproblemer og generel mangel på omsorg.

Relationen er således på forhånd vanskelig på grund af begges sårbarhed, men relationsdannelsen vanskeliggøres yderligere af de psykosociale belastninger, der påvirker den i forvejen grundlæggende sårbare morbarn-relation. Belastningerne kan forringe relationen, således at barnet udvikler alvorlige forstyrrelser.

Fem måneder gammel bliver Ida anbragt på observationshjem imod moderens vilje. Hun kommer i overbevisende trivsel og danner følelsesmæssig relation til sin primære omsorgsperson, en relation, som efter otte måneders ophold med observation og behandling bliver overført til hendes plejemor.

Ida har et godt udviklingspotentiale trods sin alvorlige diagnose. Hun bor fortsat hos sin plejefamilie og er aktuelt en glad skolepige.

Tilbage til afsnittets overskrift: Havde Spitz og Bowlby ret? Fra et observationshjem for småbørn – min arbejdsplads – må svaret være ja. Et ja med selvfølgelig modifikationer.

Modersavnets følger ser vi med al tydelighed. Tabet af mulighed for at danne relation til én eller få tilknytningspersoner oplever vi som den alvorligste trussel for en sund personlighedsudvikling.

Men også vi har eksempler på, at depriverede børn, der ankommer til Skodsborg 10-12 måneder gamle med alvorlige symptomer på følelsesmæssig frustration, finder livsgnist i en tilbudt relation – om end forsinket i forhold til de gamle teoretikers bud.

Således kender kompleksiteten i begrebet tilknytning i virkeligheden ingen grænser.