

Indholdsfortegnelse

1. Assessment af den kvindelige flygtning.....	3
Arbejdsalliancen	3
Kulturforskelle	3
Diagnostiske overvejelser.....	3
Krisepræget flygtning.....	3
Træthed og selvopgivenhed.....	4
Angst.....	4
Komorbiditet og differentialdiagnostik	4
2. Redegørelse for kvindens situation	5
Kulturelt og systemorienteret perspektiv	5
Kampen om anerkendelse.....	5
Evidensbaseret forskning.....	6
Ophævelse af dikotomien	6
3. Overvejelser om psykologisk behandling	7
Dodo-effekten	7
Autonomi.....	7
Behandling.....	8
Narrativ terapi	8
Systemisk behandling	8
Kognitiv adfærdsterapi	9
4. Visitation af Daniel	9

Multifaktormodel over Daniels situation	9
Klinisk-psykologiske overvejelser	10
Visitationssamtalen	10
Emotionel neglekt	10
Det autistiske spektrum	11
5. Intervention.....	12
Indledende overvejelser.....	12
Målsætning	12
Systemisk terapi.....	13
Psykoedukation	13
Færdighedstræning	14
Støtte.....	14
6. Miljøets betydning for psykisk fejludvikling	14
Biologisk perspektiv.....	15
Psykoanalytisk og systemisk perspektiv	15
Behavioristisk perspektiv	15
Kognitivt perspektiv	16
Integrerede modeller	16
Litteraturliste	18

1. Assessment af den kvindelige flygtning

Arbejdsalliancen

Det vigtigste i min assessment af kvinden er etableringen af en god arbejdsalliance og tillid mellem os (1, kap. 4; 5, kap. 5). Det kan jeg først og fremmest gøre ved at spørge ind til, lytte til og støtte hendes egen sygdomsopfattelse. Derved giver jeg klienten en anerkendelse og forståelse, som hun ikke har mødt fra den medicinske verden. Jeg bør derudover udvise varme, empati, pålidelighed og have en respektfuld nysgerrighed og en inviterende fremgangsmåde (1, kap. 4), som respekterer klientens selvbestemmelse og autonomi (3, kap. 4). Hvis der ikke etableres en god arbejdsalliance, vil klienten være umotiveret til assessment og behandling (manglende kompliance) og evt. falde fra (1, kap. 4; 5, kap. 5). Dette er især vigtigt i denne case, da hun nølende har accepteret at tage nogle samtaler med mig og egentlig blot ønsker en somatisk diagnose. Desuden er mistænksomhed typisk blandt flygtninge (2, kap. 4), og dette understreger vigtigheden af etablering af tillid.

Kulturforskelle

Da kvindens kulturelle baggrund er forskellig fra min, kan der være kulturforskelle, som jeg som psykolog bør være opmærksom på, da de kan gøre assessment vanskelig. Selvom hun kan læse og tale dansk, kan der være sprogbarrierer, som kan gøre det vanskeligt for hende at beskrive komplekse følelser og oplevelser (5, kap. 4). Det er desuden vigtigt, at jeg reflekterer over hendes kulturelle værdisætninger og forventninger, som i høj grad kan være forskellig fra mine egne. Forskellighederne kan påvirke arbejdsalliancen og assessment, da der er risiko for forudantagelser, misforståelser, overskridelse af grænser og mistillid (5, kap. 4; 2, kap. 4).

Diagnostiske overvejelser

Krisepræget flygtning

Jeg har i casebeskrivelsen af kvinden særligt hæftet mig ved, at hun bliver beskrevet som krisepræget. Det kan være traumatiserende at være tvunget til at flygte fra sit hjemland og etablere sig i et nyt (2, kap. 4), og de andre forandringer af kvindens livssituation kan forværre dette. Empiri viser desuden, at den hyppigst forekommende diagnose blandt flygtninge er PTSD (ibid.). Umiddelbart tyder de i casen nævnte symptomer ikke direkte på PTSD. Dog udelukker dette ikke diagnosen, da et symptom netop er, at man undgår tanker, følelser og samtaler omkring de

traumatiske hændelser (5, kap. 6). Kvinden er i casen svær at få i samtale om situationen. Af disse årsager vil det være interessant at spørge ind til symptomer, som kan tyde på PTSD. Symptomer kan fx være *flashbacks* fra traumatiske hændelser, undgåelse af steder associeret med traumatiske hændelser, overvagtssomhed, manglende interesse for aktiviteter, irritabilitet og søvnforstyrrelser (ibid.).

Træthed og selvopgivenhed

Umiddelbart virker kvinden til at være mest plaget af symptomer, som tyder på depression, fx træthed, grådlibilitet og selvopgivenhed (5, kap. 9; 1, kap. 16). At hun er ude af stand til at klare selv mindre arbejdsopgaver kan være et udtryk for energiløshed og/eller psykomotorisk forringelse. Disse er ligeledes symptomer på depression. Forandringerne i kvindens livssituation, dvs. tabet af social status, sønnens flytning og mandens hukommelsesproblemer, kan være igangsættende faktorer for depressionen (1, kap. 2, 16). Jeg vil derfor i mit assessment spørge mere ind til andre symptomer på depression, fx lavt stemningsleje, skyldfølelse, ubeslutsomhed, koncentrationsbesvær osv. (5, kap. 9). At hun før har været plaget af træthed, kan tyde på dystymi og/eller tilbagevendende depression evt. med sæsonbetinget mønster, hvis andre symptomer på depression også har været til stede (ibid.). Hvis der er tegn på depression, er det vigtigt at afgøre risikoen for selvskaede og selvmord (1, kap. 16; 5, kap. 9, 10). Den udtalte træthed kan desuden tyde på kronisk træthedssyndrom, men denne ”diagnose” er meget omdiskuteret (3, kap. 7).

Angst

Jeg vil i mit assessment endvidere spørge ind til kvindens angst. Det kan være spørgsmål om, hvornår hun oplever angsten, og hvad den udløses af. Derved kan jeg be- eller afkræfte forskellige angstlidelser, fx generaliseret angst, OCD eller panikangst (5, kap. 7; 1, kap. 12). Panikanfald er en neurobiologisk alarmfunktion, som ikke kan styres. Derfor kan eventuelle panikanfald bidrage til hendes oplevelse af, at hendes sygdom er somatisk og ikke psykologisk. Hendes oplevelser af angst kan ligeledes medvirke til evt. bekræftelse af PTSD, hvis hendes angstopplevelser har relation til en traumatisk oplevelse (5, kap. 6).

Komorbiditet og differentialdiagnostik

Da depression og angst er hyppige ledsagetilstande til PTSD (2, kap. 4), behøver diagnoserne ikke at udelukke hinanden. Det kan være mere præcist at tale om symptom mønstre frem for

komorbiditet, da diagnosesystemerne er menneskeskabte og ikke naturgivne systemer (bl.a. 5, kap. 4; 3, kap. 7). Hvis kvinden ikke møder kriterierne for PTSD, depression eller angst, kan man undersøge for tilpasningsvanskeligheder (1, kap. 24) eller *adjustment disorder* (AD) (5, kap. 6). AD er en ekstra kategori i DSM-IV-TR-systemet til personer, som oplever emotionelle og adfærdsmæssige symptomer som følge af en mere eller mindre stressfuld hændelse, men som ikke møder kriterierne for PTSD, angst eller en affektiv lidelse (ibid.).

2. Redegørelse for kvindens situation

Da jeg i besvarelsen af spørgsmål 1 har redegjort for mit assessment og diagnostiske overvejelser omkring kvindens situation primært ud fra en psykiatrisk tilgang, vil jeg i denne besvarelse anvende en klinisk psykologisk tilgang med udgangspunkt i kulturpsykologi og humanistisk sundhedsforskning.

Kulturelt og systemorienteret perspektiv

Kvindens situation er vanskelig, bl.a. fordi hun har en anden kulturel baggrund end den almindelige dansker. Hun har forladt sit hjemland og måske en stor del af sin familie og venner, som deler samme kultur som hende. Nu står hun i en svær overgangssituation og konfrontation mellem sin egen kultur og modtagerlandets kultur. Ikke-vestlige kulturer har ofte værdier om symbiotiske relationsformer med deres familie og gensidig afhængighed og ansvarlighed i deres udvidede familiesystemer og lokalsamfund. De har endvidere en kollektiv opfattelse af og løsning på vanskeligheder (2, kap. 4). Derfor inddrager jeg et systemorienteret perspektiv i forståelsen af kvindens situation. Dette perspektiv tillægger konteksten stor betydning i forståelsen af psykopatologien (4, kap. 4; 5, kap. 2; 1, kap. 2). Faktorer ved kvindens kontekst, som fastholder hendes situation og symptomer, kan eksempelvis være; at hun ikke længere har sin udvidede familie og samme lokalsamfund; at sønnen er flyttet hjemmefra; at hendes mand ikke længere kan bidrage til den symbiotiske relation; og at lægerne ikke støtter hende, og hun derved mangler anerkendelse for sin lidelse.

Kampen om anerkendelse

Kvindens situation er altså også præget af, at hun ikke kan få anerkendelse for sin sygdom. Hun har en opfattelse af sin sygdom, *illness*-opfattelse, som ikke stemmer overens med lægernes opfattelse,

disease-opfattelse. *Illness*-opfattelsen er hendes egen individuelle unikke oplevelse af sygdommen med udgangspunkt i hendes livshistorie, som er farvet af hendes sociale og kulturelle baggrund. Historien viser fx at symptombilledet forandrer sig i forhold til, hvad der er legitimt at henvende sig til lægen med (3, kap. 4). *Disease*-opfattelsen er den professionelle behandles opfattelse af sygdom med udgangspunkt i vedkommendes videnskabelige kultur og teoretiske uddannelse, fx i form af diagnosesystemerne (ibid.). Kvindens sygdomsbillede, hvor træthed er det mest gennemgribende symptom, er for vagt til det logiske, konsistente og regelbundne *disease*-system. Hvis hun havde fået en somatisk diagnose, ville hun derimod møde mere anerkendelse for sin sygdom grundet *disease*-opfattelsens status (3, kap. 7). Fx er det nemmere at blive sygemeldt, få førtidspension osv. Der er derimod forbundet en stigmatisering med at få påført en psykologisk problematik eller psykiatrisk diagnose (ibid.). Dette er sandsynligvis årsagen til hende nølende accept af at tage nogle samtaler med mig.

Evidensbaseret forskning

Problematikken omkring den manglende anerkendelse af kvindens lidelse lægger op til en kritik af den evidensbaserede forskning og diagnosesystemerne, som ligger bag *disease*-opfattelsen. Den har et *essentialistisk* sundhedsbegreb, som har en fast afgrænsning mellem normalitet og sygdom (3, kap. 3). Der er fordele ved denne tilgang. Fx giver de klare retningslinjer mulighed for systematisk, empirisk testning, som kan målrette og optimere behandlingen. Opstilling af kategorier og operationelt beskrevne symptombilleder giver overblik, et fælles sprog, mulighed for sammenligninger og gør forskning nemmere. Denne case er dog et eksempel på, hvordan den standardiserede tilgang kan være mangelfuld. Dens reduktionisme overser kompleksitet og det unikke ved et sygdomsbillede. Lægernes standardiserede *disease*-opfattelse imødekommer ikke kvindens unikke sygdomsopfattelse. Det skaber en distancering mellem behandler og patient.

Ophævelse af dikotomien

Den humanistiske sundhedsforskning beskæftiger sig med *illness*/*disease*-problematikken. Kampen mellem *illness*- og *disease*-opfattelsen kan ses som en aktualisering af en klassisk dikotomi mellem naturvidenskab og *humaniora*. Den humanistiske sundhedsforskning er et tværfagligt videnskabsteoretisk projekt (3, kap. 2), der ”... *fordrer en ny videnskabelighed, som formår at sætte sig ud over opsplittningen mellem naturvidenskab og humaniora...*” (3, bagside) og dermed også mellem *illness*- og *disease*-opfattelsen. Den anvender en humanistisk tilgang, fx et fænomenologisk perspektiv i forståelsen af patientens sygdomsopfattelse (3, kap. 4). Ifølge den humanistiske

sundhedsforskning må jeg som behandler kunne arbejde ud fra en dobbeltposition mellem kvindens levede personlige oplevelse (illness-opfattelsen) og den medicinske viden (disease-opfattelsen). Hvis hendes træthed enten ses som somatisk eller psykologisk, er det ingenting. Det er en falsk uendelighed at tilslutte sig den ene opfattelse, da opfattelserne er modsætningsfyldte og reproducerer hinanden (3, kap. 7). For at forstå kvindens situation må jeg have et *relativt* sundhedsbegreb, som accepterer, at der kan være forskellige opfattelser af sygdom og sundhed (3, kap. 3).

3. Overvejelser om psykologisk behandling

Der findes mange muligheder for psykologisk behandling. Fx systemisk, psykoanalytisk, kognitiv, adfærdsterapeutisk, humanistisk og narrativ behandling (4, kap. 1, 3, 4; 5, kap. 5; 3, kap. 7). En kombination af psykoterapi og medicinsk behandling, fx med SSRI-præparater, kan være særdeles nyttig i behandling af nogle sygdomme (5, kap. 5).

Dodo-effekten

Alle psykoterapeutiske behandlinger kan være gavnlige. Dette kaldes *Dodo-effekten* – Dodo er en figur fra Alice i Eventyrland, som sagde ”*Alle har vundet, alle skal have en præmie*” (5, s. 163, egen oversættelse). Empiri viser, at det ikke er de specifikke faktorer knyttet til den enkelte terapiteori og metode, som gør den største forskel. Det er derimod de fælles omstændigheder omkring terapierne, de non-specifikke faktorer, der har størst effekt. Eksempler på non-specifikke faktorer er det mellemmenneskelige, den positive relation til terapeuten, klientens forventning om at få det bedre, at klienten får sat ord på sine problemer og får klarhed omkring sine følelser. Alle terapier er altså virkningsfulde, men nogle egner sig bedre til visse problemstillinger og sygdomme end andre (5, kap. 5).

Autonomi

I denne case vurderer jeg, at det vil være bedst at tage udgangspunkt i en humanistisk tilgang, som har *2. ordens-autonomi* som interessefelt (3, kap. 4). Den omhandler ”forholdet til forholdet”, hvor man etablerer en delt forståelse af relationen mellem parterne. Især da klienten har en kritisk indgangsvinkel til samarbejdet med mig, er det vigtigt, at jeg tager hensyn til hendes egenoplevelse

(illness) og autonomi. Derfor vil jeg i min tilrettelæggelse af behandlingen reflektere sammen med klienten over min rolle, hvad der er galt, og hvad der skal ske.

Behandling

Grundet Dodo-effekten og mit udgangspunkt i klientens autonomi vurderer jeg, at det er vigtigst at vælge den behandling, som patienten har størst tiltro til. De forskellige behandlinger har dog fokus på forskellige dele af problemstillingen. Derfor vil anvendelse af alle metoder være fordelagtig såfremt der stadig vil være komplians.

Narrativ terapi

Den narrative terapi vil jf. besvarelsen af spørgsmål 2 være en god metode i denne case, da den har fokus på klientens oplevelse og forståelse. Her er dannelsen af en sammenhængende og meningsgivende historie en kritisk komponent for helbredelsesprocessen (3, kap. 7). Når klienten fortæller og genfortæller sine oplevelser med sygdommen, er det i sig selv lindrende. Derudover giver det mulighed for, i et samarbejde mellem hende og mig som behandler, at udvikle alternative versioner af historierne. Målet er dannelsen af en meningsgivende sygehistorie, som ikke længere placerer klienten som offer for det uforståelige og ukontrollable (ibid.). Herved kan klienten konstruere en legitim forståelse af sin sygehistorie på trods af den manglende anerkendelse fra den medicinske verden.

Systemisk behandling

I en systemisk behandling er udgangspunktet, at problemet ikke ligger hos det enkelte individ, men i det system, som den symptomramte er medlem af (4, kap. 4; 5, kap. 2). Her bliver hele systemet (direkte eller indirekte) involveret i behandlingen. Alan Carrs systemorienterede tilgang medtænker dette perspektiv (1, kap. 2). Her er fokus bl.a. på at analysere det komplekse forhold mellem fastholdende og beskyttende faktorer i omgivelserne. Behandlingen består typisk i at ændre de fastholdende faktorer ved at forstærke de beskyttende faktorer (ibid.). Dvs. at hjælpe klienten med at finde ressourcer i vedkommendes kontekst, som kan modvirke fastholdelsen af problemet. I denne case kan de fastholdende faktorer (jf. besvarelsen af spørgsmål 2) ændres fx ved at hjælpe klienten med at etablere et nyt netværk, at skabe en bedre kontakt med sønnen, og at finde midler til at forbedre mandens situation.

Kognitiv adfærdsterapi

I mit assessment har jeg undersøgt for PTSD, depression og angst. Hvis klientens symptomer viser sig at være forbundet med en eller flere af disse diagnoser, vil jeg foreslå kognitiv adfærdsterapi, da empiri viser, at denne behandling har stor effekt ved disse lidelser (5, kap. 6, 7; 4, kap. 3). Da denne form for terapi inddrager kroppen, øger det komplians, da dette imødekommer min klients behov for somatisering. Terapien tager udgangspunkt i, at der er en direkte årsagssammenhæng mellem følelser (herunder kropslige), tanker og adfærd. Behandlingen består i at erstatte klientens negative automatiske tanker (NAT) med positive automatiske tanker (PAT) (4, kap. 3). Dette vil jeg gøre ved at tage udgangspunkt i nogle situationer, som medfører de belastende følelser, som klienten oplever, fx angst eller tristhed. Klienten udfylder en tankejournal hjemmefra, hvor hun registrerer de følelser og tanker, som opstår i den pågældende situation – registreringsfasen. Klienten og jeg forsøger derefter i fællesskab at afgrænse og adskille de negative automatiske tanker fra situationen og følelserne – analysefasen. Næste skridt i behandlingen er at udfordre de negative tanker og erstatte dem med alternative positive tanker – omstruktureringsfasen. Jeg kan fx hjælpe klienten med at stille sig kritisk over for tankernes evidens og efterprøve dem vha. adfærdseksperimenter eller eksponering (ibid.). Eksponering vil jeg i særlig grad anvende i behandling af angst og PTSD (5, kap. 6, 7). I behandling af depression kan aktivitetskemaer til registrering af mestring og lyst anvendes til at sætte spørgsmålstejn ved karakteristiske depressive tanker om ikke at have udrettet eller nydt noget (4, kap. 3).

4. Visitation af Daniel

Jeg vil starte med at anvende Carrs multifaktormodel til at danne mig et overblik over Daniels situation (1, kap. 2).

Multifaktormodel over Daniels situation

Prædisponerende faktorer: Daniel er født af en mor, der har haft en problemfyldt barndom/ungdom med tvangsfjernelse. Det kan have ført til psykologiske problemer hos moren. Morens bekymringsprægede relation til Daniel er ligeledes en konsekvens af dette. Den overbeskyttende adfærd kan afspejle en eftergivende opdragelsesstil karakteriseret ved høj grad af varme og påtrængenhed og lav grad af kontrol. Daniel kan endvidere mangle intellektuel stimulering, da han spiller meget computer. Desuden kan det tyde på lav intelligens, at han har svært ved at tage tøj af

og på, og at pædagogerne ser ham som umoden. Der kan ligeledes være genetiske prædisponerende faktorer.

Igangsættende faktorer: I denne case ser det ud til, at problemet er opstået gradvist eller skyldes noget medfødt.

Fastholdende faktorer: Morens overbeskyttende adfærd kan føre til utilsigtet forstærkning af problemadfærd hos Daniel (1, kap. 2). Det kan være problematisk, at faren muligvis ikke involverer sig i opdragelsen af Daniel grundet morens bekymring. Morens overbeskyttende adfærd kan endvidere føre til manglende selvstændiggørelse af Daniel og kan forhindre alderssvarende udvikling. Manglende viden om en evt. lidelse, opdragelsesstilen og Daniels umodenhed kan ligeledes virke fastholdende.

Beskyttende faktorer: Forældrene ønsker Daniel det bedste og vil gerne have psykologhjælp. Der er tilsyneladende et godt samarbejde mellem forældrene og børnehaven. Daniels optimistiske humør kan ligeledes virke beskyttende.

Klinisk-psykologiske overvejelser

Visitationssamtalen

Da netværket omkring barnet er særlig vigtigt ved problemer hos børn, vil jeg inddrage vigtige personer fra netværket i visitationssamtalen (5, kap. 2). Det kan være forældrene og den pædagog, som bruger mest tid med Daniel. Desuden kan det være nødvendigt at inddrage flere i assessment, fx Daniels læge og tale/hørelærer. Under visitationssamtalen vil jeg løbende forsøge at be- og afkræfte hypoteser for at nå frem til en forståelse, som stemmer overens på tværs af de medvirkendes oplevelser med Daniels problemer (1, kap. 4).

Emotionel neglekt

Det første, jeg hæfter mig ved i Daniels situation, er morens meget bekymringsprægede relation til ham. Dette kan have negative konsekvenser, da hun ubevidst kan komme til at forsømme nogle af Daniels behov. At faren knap nok kan få lov at tage på tur med Daniel, styrker min hypotese. Når moren er overbeskyttende, kan Daniels *behov for aldersvarende muligheder for autonomi og uafhængighed* blive forsømt (1, kap. 20). Dette kan være årsag til Daniels manglende selvstændighed, når han har svært ved at tage tøj af/på og ikke selv går på toilettet, når han skal tisse. Ligeledes kan hans *behov for alderssvarende fastsættelse af grænser og disciplin* blive

forsømt, hvis morens overbeskyttende adfærd som nævnt afspejler en eftergivende opdragelsesstil (ibid.). Forsømmelse af Daniels *behov for intellektuel stimulering og social interaktion* kan ske, når han spiller meget computerspil. Jeg forestiller mig ligeledes, at morens bekymring kan resultere i, at faren ikke har lov til fysisk udfoldelse med Daniel. Dette kan ligeledes føre til manglende stimulering (1, kap. 2). Forsømmelse af de nævnte behov kan resultere i udviklingshæmning og tilpasningsforstyrrelser (1, kap. 2, 8, 20). Daniels leg med yngre børn, hans manipulering med dem og hans besvær med at få tøj af og på kan være eksempler på dette. Af disse årsager vil jeg undersøge, om der er grund til mistanke om emotionel neglekt. Dette kan jeg gøre gennem observation i hjemmet og rapportering fra forældrene, fx med en HOME-vurderingsskala (1, kap. 20).

Endvidere bider jeg mærke i, at Daniel spiser meget, og at han har en lille, tynd og slap kropsbygning. Dette kan være tegn på *psykosocial dværgvækst*, som er et typisk resultat af neglekt (ibid.). Daniels uopmærksomhed, fx at han har svært ved at høre efter, koncentrere sig og at modtage en besked, er ligeledes et træk ved psykosocial dværgvækst. Daniels gode humør er dog ikke karakteristisk ved denne diagnose. 5-årsundersøgelsen af Daniel har heller ikke ført til bekymring. Hos tale/hørelæreren var der dog klar bekymring for hans generelle trivsel. Jeg vil derfor konferere med lægen og tale/hørelæreren om dette og evt. få foretaget en ny undersøgelse med specielt henblik på psykosocial dværgvækst. Derved kan jeg få be- eller afkræftet hypotesen herom.

Daniels hovedrullen, hvinelyde og pibende stemme kan ikke direkte forklares ved emotionel neglekt. Det kan dog være et forsøg på at få opmærksomhed, som utilsigtet er blevet forstærket af moren grundet hendes overbeskyttende adfærd (1, kap. 2).

Det autistiske spektrum

Hvis pædagogernes manglende kontakt med Daniel er udpræget, kan det tyde på en *autismespektrumforstyrrelse (ASD)* (1, kap. 9). Her medtænker jeg tale/hørelærerens udtalelse om, at der ikke er udpræget bekymring om autisme. Derfor overvejer jeg en mildere form for gennemgribende udviklingsforstyrrelse, fx *Aspergers syndrom* (ibid.). Diagnosen er karakteriseret ved en forringelse i social interaktion, som kan forklare den manglende kontakt. Dette kan skyldes forringelse i nonverbal adfærd i form af manglende øjenkontakt, kropssprog og ansigtsudtryk. Daniels leg med yngre børn er også karakteristisk ved denne diagnose. Syndromet er yderligere karakteriseret ved begrænsede og gentagne mønstre i interesser og adfærd, fx Daniels store interesse

for computerspil og hans rullen med hovedet. Daniels specielle sprog og unormale toneleje er ligeledes karakteristisk hos børn med Aspergers (6). Denne diagnose dækker altså væsentlige symptomer, som emotionel neglekt ikke direkte kan forklare. Jeg vil derfor tilrettelægge tests og anvende instrumenter, der kan be- og afkræfte hypotesen om Aspergers, fx et DISCO-interviewskema (1, kap. 9).

5. Intervention

Indledende overvejelser

På baggrund af mine overvejelser i besvarelsen af spørgsmål 4 ser jeg det som sandsynligt, at Daniel lider af en form for gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Symptomerne, som tyder på dette, virker udprægede og lader ikke til at være grundet emotionel neglekt alene. Da tale/hørelærerens vurdering er, at bekymring for autisme ikke er udpræget, er mit umiddelbare bud, at han lider af Aspergers syndrom, som er mindre gennemgribende. Hertil tror jeg umiddelbart, at der er emotionel neglekt i større eller mindre grad som følge af morens bekymringsprægede relation til Daniel.

Jeg har valgt at anvende Carrs systemorienterede tilgang til at udarbejde en intervention. Denne tilgang er særdeles velegnet til børn, da børn er mere afhængige og mere påvirkede af familien og netværket end voksne (5, kap. 2). Uanset Daniels diagnose vurderer jeg, at en systemorientet intervention kan forbedre hans situation markant og medføre større trivsel. En intervention bør først udarbejdes efter et længerevarende og dybdegående assessment, hvor alle faktorer er identificeret og en samlet forståelse af problemet er blevet formuleret (1, kap. 4). Da dette ikke har været muligt, udarbejder jeg en interventionsplan på baggrund af de faktorer, som jeg har opstillet i besvarelsen af spørgsmål 4 og en evt. autismspektrumforstyrrelse.

Målsætning

Som del af allianceetableringen vil jeg først præsentere de beskyttende faktorer for de involverede personer for derefter at fremføre min formulering af problemet (1, kap. 4). Det er vigtigt at fremhæve muligheder før problemer for at øge motivationen og håbet. Når de beskyttende faktorer og formuleringen af problemet er præsenteret, vil jeg i samarbejde med de involverede udarbejde en konkret og prioriteret målsætning for interventionen (1, kap. 20). Målsætningen dannes på grundlag af de i assessmentet fastlagte problemområder, de fastholdende faktorer. Den overordnede

målsætning er at fremme Daniels trivsel. De underordnede mål kunne være: at forbedre relationen mellem Daniel og moren, at forbedre relationen mellem forældrene, at øge forældrenes viden om problemet, at fremme Daniels kompetencer og at fremme forældrekompetencer. For at nå målene anvendes en multisystemisk intervention, som indeholder systemisk terapi, psykoeduktion, færdighedstræning og støtte.

Systemisk terapi

Den systemiske terapi opfatter familien som et sammenhængende system, der regulerer medlemmernes adfærd (5, kap. 2). Det centrale mål er at forhindre negative roller, mønstre og processer i interaktionen mellem medlemmerne af systemet, da disse er årsag til og vedligeholder problemet (1, kap. 20; 5, kap. 5). Jeg vil i den systemiske terapi udfordre familiens system, så familien får mulighed for at foretage konstruktive ændringer. Gennem provokerende, men respektfulde, spørgsmål vil jeg sætte fokus på de forhold, som fremkalder og fastholder problemet (ibid.). Det drejer sig om den afhængige og bekymringsprægede relation mellem Daniel og moren og om farens manglende involvering. Morens bekymring og Daniels afhængighed kan vedligeholde hinanden. Ligeledes kan farens manglende indflydelse vedligeholde morens overbeskyttende rolle. Jeg sætter i terapien spørgsmålstejn ved, om der er en sammenhæng mellem Daniels problemadfærd, morens bekymring og farens manglende indflydelse. Familien må se og erkende sine mønstre og ændre dem med min hjælp. Dette vil ændre hele systemet inklusive Daniels reaktioner.

Der kan desuden suppleres med individuel terapi til moren med henblik på hendes angst og bekymring omkring Daniel. Kognitiv adfærdsterapi vil være effektiv til dette (4, kap. 3).

Psykoeduktion

Hvis et dybdegående assessment havde bekræftet, at Daniel har en autismespektrumforstyrrelse, fx Aspergers syndrom, vil familien kunne drage nytte af psykoeduktion. Gennem psykoeduktion får forældrene information om diagnosen, så de bedre forstår, hvordan Daniel oplever verden, og hvordan de kan hjælpe ham. Derudover får de information om prognosen og tilgængelige tilbud fx om træningsprogrammer (1, kap. 9).

Psykoeduktion omkring børns emotionelle behov vil ligeledes kunne hjælpe situationen. Her kan forældrene lære om vigtigheden af intellektuel stimulering, alderssvarende fastsættelse af grænser og alderssvarende autonomi og uafhængighed. Herved kan moren blive klar

over, at hendes overbeskyttende adfærd i virkeligheden kan være skadelig for Daniel. Endvidere kan faren herigennem blive opfordret til at lave fysiske aktiviteter med Daniel.

Færdighedstræning

Der er ingen kur for Aspergers syndrom. Dog vil træningsprogrammer kunne gøre hverdagen nemmere for både Daniel og forældrene. For børn med ASD er det vigtigt med en forudsigelig og rutineret hverdag (1, kap. 9). TEACCH er et træningsprogram, hvor man netop anvender struktur og forudsigelighed. Det bruges til at træne og støtte forældrene i at skabe et miljø, som fremmer kompetenceudvikling. Programmet tager udgangspunkt i det enkelte barn. Det bliver struktureret således, at det drager nytte af barnets styrker og tager hensyn til barnets undervisningsbehov (ibid.). Derfor vil jeg ligesom børnehaven foreslå, at intellektuel stimulering gennem fysiske aktiviteter bør være en del af færdighedstræningen.

Uanset om Daniel har Aspergers syndrom eller ej, vil formålet med færdighedstræningen også være at hjælpe Daniel til selv at tage tøj af og på og til selv at tage initiativ til at gå på toilettet.

Støtte

Det kan være gavnligt at arrangere kontakt med andre forældre til børn med Aspergers syndrom. Forældrene kan få hjælp til at gennemgå den sorgproces, det kan være, at ens barn får en diagnose (ibid.). Derudover får forældrene mulighed for at udveksle erfaringer med andre i samme situation.

Hvis forældrene til tider ikke kan overkomme udfordringerne med at tage sig af Daniel, vil jeg arrangere aflastning.

Derudover vil jeg overveje, om der er behov for en specialpædagog til Daniel og/eller placering i en specialscole, når han skal starte i skole.

6. Miljøets betydning for psykisk fejludvikling

Da videnskabens og samfundets syn på psykiske lidelser ændrer sig hele tiden (5, kap. 1), har jeg valgt at anvende en historisk tilgang til miljøets betydning for psykisk fejludvikling.

Biologisk perspektiv

Et biologisk perspektiv opstod allerede i forbindelse med Hippokrates' (460-377 f.kr.) opgør med forståelsen af psykisk lidelse som resultat af guddommelig indgriben. Han mente, at både fysisk og psykisk sygdom havde en fysisk årsag, nemlig ubalance mellem de fire kropsvæsker; blod, flegma sort og gul galde (5, kap. 1; 3, kap. 2). Denne ubalance kunne genoprettes fx ved at ændre patientens omgivelser, diæt eller at fjerne patienten fra en problematisk familie. Disse biologiske og sociale påvirkninger fra miljøet kan derfor have været årsag til ubalancen. Moderne biologiske perspektiver tillægger også miljøet betydning. Bl.a. har miljøet betydning for hvilke gener, der bliver udtrykt (5, kap. 2). Strukturelle abnormaliteter i hjernen kan ligeledes opstå som følge af påvirkninger fra miljøet, fx ved problemer/misbrug i svangerskabet (5, kap. 11) eller hjerneskade (5, kap. 2). Desuden kan fx stressfulde hændelser påvirke den biokemiske balance (5, kap. 6). Alle disse påvirkninger kan have betydning, fx ved at øge sårbarheden for psykisk fejludvikling hos individet eller ved at medvirke som stressor, som kan medføre psykisk sygdom (1, kap. 2; 5, kap. 2, 6).

Psykoanalytisk og systemisk perspektiv

Med Sigmund Freud (1856-1839) som frontfigur opstod et psykoanalytisk perspektiv, som tillægger ubevidste konflikter afgørende betydning for psykisk sygdom (5, kap. 1). Disse konflikter eller traumer opstår typisk i barndommen som følge af barnets relation til omgivelserne, mest af alt den primære omsorgsperson (2, kap. 12; 4, kap. 1; 5, kap. 2). Den nyere objektrelationsteori omhandler barnets bevidste og ubevidste oplevelser og relateringsformer med objektverdenen og om den gensidige prægning mellem barnet og denne objektverden (4, kap. 1). Også i det moderne systemiske perspektiv har relationer stor betydning. Her tillægges psykopatologien systemet. Fx kan et barns depression være et resultat af, at strukturerne og funktionen i familien er dysfunktionelle (4, kap. 4). Det psykoanalytiske og det systemiske perspektiv tillægger altså bl.a. miljøets påvirkning gennem relationer stor betydning for psykisk fejludvikling.

Behavioristisk perspektiv

Behaviorismen opstod i 1920'erne som et opgør mod det ubevidste i det psykoanalytiske perspektiv. Hovedteoretikerne fra dette perspektiv er Watson, Pavlov, Skinner og Thorndike. De forstod adfærd ud fra en stimulus-respons-model og anvendte eksperimenter til at klarlægge

indlæringsprincipper for adfærd (5, kap. 1; 4, kap. 3). De hævdede, at der var større sandsynlighed for, at en adfærd blev gentaget, hvis den blev efterfulgt af en belønning end af en straf (5, kap. 1). Ifølge behaviorismen sker psykisk fejludvikling altså som en reaktion på forstærkning og straf af særlig adfærd. Fx kan voldelig adfærd forklares gennem den forstærkning og straf, som denne adfærd har medført tidligere (ibid.). I dag bruges dette perspektiv bl.a. i adfærdsprogrammer for børn og teenagere, hvor man straffer ved brud af regler og giver belønning ved god opførsel (1, kap. 4). Dette perspektiv tillægger altså påvirkninger fra miljøet al betydning. Miljøet er aktivt, mens individet er passivt.

Kognitivt perspektiv

I 1970'erne opstod den kognitive revolution som opgør mod behaviorismens manglende fokus på de interne tankeprocesser, som skaber *forholdet* mellem stimulus og respons. Opfattelsen skiftede fra, at mennesket er drevet af straf og belønning til, at mennesket er drevet af tankeprocesser og dets fortolkning af verden (5, kap. 1). Omkring 1980 tilsluttede nogle af de oprindelige adfærdsterapeuter sig dog det kognitive paradigme. Disse arbejdede herefter på at integrere metoder fra de to retninger og medtænkte både indlæringsprincipper og tankeprocessers betydning for adfærd og psykisk fejludvikling. I den kognitive terapi anvendes der også i dag adfærdsterapeutiske metoder (4, kap. 3).

Integrerede modeller

Disse perspektiver har hver især enten haft et biologisk, psykologisk eller socialt grundlag, og de har gennem historien konkurreret om at forklare psykisk fejludvikling. I dag er de fleste dog enige om, at teorier bør integrere både et biologisk, psykologisk og socialt perspektiv, fx ved den bio-psyko-sociale model (5, kap. 1).

Stress-sårbarhedsmodellen er også et eksempel på en integreret model. Hypotesen i denne model er, at psykisk fejludvikling kræver en prædisponerende sårbarhed og en stressor/udløsende faktor. Både sårbarheden og stressoren kan være af biologisk, psykologisk eller social art, og især stressoren kan skyldes påvirkning fra miljøet (5 kap. 2; 1, kap. 2).

I undersøgelsen af udviklingspsykopatologi er man begyndt at have fokus på selve udviklingsprocessen som forklaringsgrundlag. Alan Carr anvender denne tilgang, hvor udviklingsvejen er bestemt af det komplekse samspil mellem prædisponerende, udløsende, beskyttende og fastholdende faktorer. Disse faktorer kan alle være af miljømæssig karakter, fx

graviditets-/fødselskomplikationer, tilknytning, familieproblemer, skilsmisse, misbrug, manglende stimulering, opdragelsesstil, mobning, forældres villighed til intervention osv. (1, kap. 2). Dette komplekse samspil betyder stor diversitet i udviklingsmæssige processer og resultater. Begreberne *multifinalitet* og *ækvifinalitet* er eksempler på dette. Ved multifinalitet kan det samme udgangspunkt føre til forskellige tilstande, normale som psykopatologiske. Ved ækvifinalitet kan forskellige udgangspunkter føre til samme tilstand, fx psykisk lidelse (1, kap. 2; 5, kap. 2).

Litteraturliste

- (1) Carr, A. (2006): *The handbook of child and adolescent Clinical Psychology: A contextual approach*, London, Routledge, 2. udgave, kap. 2, 4, 8, 9, 12, 16, 20 og 24.
- (2) Elsass, P. (2003): *Håndbog i kulturpsykologi*, Gyldendal, kap. 4 og 12.
- (3) Elsass, P. & Lauritsen, P. (2006): *Humanistisk sundhedsforskning*, Hans Reitzels Forlag, kap. 2 (*Medicin og Humaniora*), 3 (*Sygdom og Sundhed*), 4 (*Fænomenologi og Autonomi*), 5 (*Evidens og Evaluering*) og 7 (*Træthedens Historie*).
- (4) Hougaard, E., Diderichsen, B., Nielsen, T. (red.) (1998): *Psykoterapiens hovedtraditioner*, Dansk Psykologisk Forlag, København, kap. 1, 3 og 4.
- (5) Nolen-Hoeksema, S. (2006): *Abnormal psychology*, McGraw-Hill, 4. udgave, kap. 1, 2, 4-6 og 9-11.
- (6) Psykiatrifonden – Aspergers syndrom (set d. 14-01-2012):
<http://www.psykiatrifonden.dk/Forside/Psykiske+sygdomme/Autisme+%7C+Aspergers+syndrom>