

Barnpsykiatrisk mottagning

Rolf Karlsson leg läkare
specialist i barn- och ungdomspsykiatri
mott: Maria Prästgårdsgata 32 B
post: Katrinebergsbacken 36
117 61 Stockholm
08-744 20 71 | 070-303 40 20
fax: 08-690 61 07
e-post: rolf@barnpsyk.se
hemsida: www.barnpsyk.se

FÖREDRAG VID 6:E VÄRLDSKONGRESSEN FÖR *World Association for Infant Mental Health* (WAIMH) TAMMERFORS –96
Early intervention with older children – ten years "too late"

**Tidig intervention med äldre barn – tio år "för sent"
-om det moderligas oändliga betydelse för barnets varande-i-världen.**

*ne devient pas autiste un enfant qui a toujours eu,
d'heure en heure et de jour en jour, des relations
langagières avec l'adulte qui s'occupait de lui.*
(Francoise Dolto: Séminaire de psychanalyse d'enfants)

ett barn blir inte autistiskt om det ständigt, timma för timma och dag för dag, har levt i språklig relation med den vuxne som ger det omvårdnad.

I detta föredrag vill uppehålla mig vid *det moderliga* eller *den moderliga substansens betydelse* för barnets varande-i-världen och dess existens som eget subjekt.

Med *substans* avses här den permanenta naturen av den oavbrutna moderliga aktivitet som leder till att barnet blir bekräftat som förmänskligad varelse. *Moderlig* betecknar en funktion, ej person eller kön, i praktiken dock oftast knuten till den biologiska modern. Francois Gantheret ger i artikeln "Det moderliga otänkbara och tänkandets moderliga grundvalar (Gräns och rörelse; Natur o Kultur) en vidare utläggning kring "det moderliga, en kvalitativ substans som inte går att frammana.... den genomgående penetrerar, infiltrerar och stöder analysandens diskurs".

Med en tillräckligt god internalisering av *den moderliga substansen* blir det möjligt för barnet att existera som en separat individ utan stöd av en yttervärldens *moderligt omvårdande person*. Det är först då som *faderns funktion* får sin absoluta betydelse för barnets vidare utveckling och mognad.

Med en bristande internalisering av det moderliga är det inte möjligt att existera som separat individ – men ändå är en sådan existens ett ofrånkomligt livsöde för barnet – liksom för alla mänskliga varelser. Barnet kommer i denna icke möjliga situation att reagera med sina tillgängliga försvarsmekanismer vilket leder till ett annorlunda och avvikande beteende.

Omvärlden kommer att beskriva barnets avvikelse i termer av psykiska symptom och diagnoser. Avvikelsen kommer att bestå intill dess att barnet får möjlighet att återupprätta relationen till modern eller hennes ersättare, direkt eller indirekt genom terapi, och kompensera för den existerande *bristen-av-moderlig-substans*.

Klinisk erfarenhet av interventionstekniken med äldre barn.

Mina erfarenheter sedan mitten av 80-talet visar att tekniken med tidig intervention för att (åter)upprätta den nödvändiga anknytningsrelationen mellan mor-barn är tillämpbar även med barn i skolåldern – alltså mer än tio år ”för sent”.

Inriktningen är primärt att hjälpa modern till en förståelse av vad som förhindrat barnets normala utveckling. Förståelsen ger henne befrielse från de överväldigande skuldkänslor som alltid förföljer en förälder då barnet betar sig avvikande.

Med Winnicotts ord måste modern hjälpas till en förmåga att ”*själv kunna vänta på att bli funnen*” av sitt barn. Det är nödvändigt att ordna en situation där moder och barn kan få finnas i en kontinuerlig relation med varandra. Barnet befrias vid behov från klassundervisning och är hemma med modern som befrias från förpliktelser utanför hemmet.

Vid behov kompletteras behandlingen med *mor-barnterapi*. Det är för barnets del sällan behov av en individuell terapeutisk behandling.

Terapeutens funktion under en mor-barnterapi är att vara *språkrör* för det som framträder av moderns och barnets interaktioner. Terapeuten försöker så långt det är möjligt undvika att dra överföringsreaktioner till sin egen person.

På alla sätt hjälper terapeuten barnet att verbalt och känslomässigt rikta sig till modern som samtidigt görs uppmärksam på och medveten om sitt barns ständiga sökande efter en kompenserande anknytningsrelation till henne.

Det har varit häpnadsväckande att se med vilken angelägenhet och iver barnet söker en *regressivt kompenserande relation* med modern. Barnets regression blir ibland så djup att det skrämmer modern, t ex när ett skolbarn under en period kräver att bli omvårdat som ett spädbarn.

När barnet blivit *tillräckligt kompenserat* för den tidigare *bristen-av-moderlig-substans* minskar regressionen och processer av utveckling och mognad tar vid. Det kanske tioåriga barnet börjar nu visa intresse för världen utanför den moderliga sfären och barnet börjar uttrycka önskan om att återuppta kontakten med kamrater och med skolan. Genom *komparerande internalisering* av det moderliga har barnet fått inre resurser till att bete sig mer åldersadekvat i förhållande till skolvärlden.

Under den kompenserande processen får modern en ökad förståelse för sitt barns svårigheter och hennes förmåga att tona in sitt barns känslomässiga (re)aktioner förbättras. Modern kan nu förstå att hon – liksom alla föräldrar – alltid gjort det bästa hon förmått utifrån sin egen och sitt barns givna levnadsförhållanden.

Modern kan ibland men ej ofta vara i behov av en egen terapeutisk hjälp för att bli befriad från ”*skuggor från det förflutna*” som nu tenderar att falla över mor-barnparet.

Under mor-barnterapi sker dock oftast samtidigt en tillräcklig bearbetning av moderns ”svarta skuggor”.

I sällsynta fall kan *moderns egen brist-av-moderlig-substans* vara så stor att hon inte kan upprätta en anknytningsrelation till sett barn förrän hennes egen brist blivit kompenserad. Detta kan ske genom ett ”*mammande av mamma*”. Mödrar med sådan brist kommer ofta från familjer med svaga sociala förhållanden som varat mer än en generation.

Mycket sällan har jag träffat en moder som varit besviken på denna behandlingsform även om hon initialt varit tvivlande. Däremot möter jag ofta inom den terapeutiska världen en skeptisk inställning till metoden och det förefaller som om skepticismen tilltar med ökad grad av akademisk utbildning. Kanske beror det å att metoden är så förståelig utifrån allas vår erfarenhet att existera som mänskliga varelser med hjälp av vårt ”sunda förnuft” och att behandlingen så självklart stiger fram utifrån vår förnufts-förståelse av vad människobarnet behöver för sin utveckling och mognad.

Teoretiska influenser.

Det strukturella tänkandet bakom terapimetoden blir förståelig med hjälp av Winnicotts tankar kring det moderliga och som haft stor betydelse för mig. Tänkandet finner också bekräftelse i den franska barnanalytikern Françoise Dolto's arbeten. Hennes *Séminaire de psychanalyse d'enfants* har givit impulser till att arbeta vidare med metoden liksom verk av Maud Mannoni, Julia Kristeva och Caroline Eliacheff. Jag har aldrig varit särskilt rotad inom eller varit speciellt influerad av den experimentella spädbarnspsykiatrin eller av Daniel Sterns arbeten. Mina influenser kommer mer från ett existentiellt-filosofiskt än psykiatriskt tänkande kring den mänskliga varelsen.

Korta fallbeskrivningar.

60-årig blind man, betecknad som mentalt retarderad och mutistisk sedan 5 års ålder. Då modern ej klarade hans omvårdnad i hemmet har han sedan 7 års ålder varit placerad på stora omsorgsinstitutioner med start på Vipeholm i Lund och därefter ej haft någon kontakt med modern. Han etablerade därefter aldrig några känslomässiga eller verbala relationer, alltid varit aggressiv och spottat om någon kom honom för nära.

När han efter 55 år flyttades till ett litet gruppboende med en fast personalstyrka började han plötsligt tala och sjunga. Han sökte kroppslig och känslomässig kontakt med den kvinnliga personalen och han började spela orgel och sjunga sånger från sin barndom hemma hos mamma.

Denne man hade väntat i 55 år på möjligheten att nå en kompensande moderlig relation i symboliserad form. När sådan uppenbarades i form av den kvinnliga kontinuerligt omvårdande personalen fortsatte hans utveckling från den tid då den blev avbruten och fördröjd i 55 år!

Pojke med diagnosen infantil autism och måttlig retardation boende på mindre omsorgsinstitution med psykodynamisk profil sedan han var 12 år. När han kom till institutionen avvisade han alla känslomässiga relationer och hans språk var mycket utvecklat.

Pojken fick sin diagnos då han var 11 år efter utredning av kvalificerad barn-neuropsykiatrisk specialist. Det fastslogs att etiologin i detta fall var okänd, att det inte fanns någon tillgänglig medicinsk behandling för dessa tillstånd och att en långsam utveckling i bästa fall kunde förväntas senare. Personalen rekommenderades att använda teckenspråk i kommunikation med pojken.

Under min tid som handledare för personalen blev det möjligt för mig att med journaler från barnsjukvård och omsorg gå igenom hans bakgrundsförhållanden. I dessa handlingar beskrivs hans utveckling som tämligen normal till 2 års ålder. Modern blev då åter gravid och pojken reagerade med tilltagande magont och förstoppning. Under moderns graviditet utreddes han upprepade gånger på barnmedicinsk och infektionsklinik och han infördes flera gånger till akuta läkarbesök. Tolv gånger blev han utsatt för *per rectum* (ändtarms) undersökning och vid två tillfällen utfördes tarmröntgen efter insprutning av kontrastmedel i ändtarmen. Nästan varje dag utsattes han för smärtsam ändtarmslavemang. Han blev alltmer uppskärnad och skrek desperat vid besöken hos läkarna. Även i andra situationer visade han alltmer rädsla inför främmande människor. Efter lillebrors födelse tilltog pojkens försvarsreaktioner och under en period vägrade han äta och att dricka mjölk. I en journal från den tiden anges i en anteckning att han var fruktansfullt rädd inför de oftast smärtsamma undersökningarna men att han passivt låg stilla och uppgivet väntade på det som skulle ske.

Undersökningar och utredningar fortsatte fram till pojken var 6 år. Han hade då utsatts för ytterligare en tjocktarmsröntgen därtill inspektion av mage och ändtarm med införda instrument genom mun och ändtarm. Han fick fortfarande oftast dagliga lavemang i ändtarmen. Vid två tillfällen remitterades han för utredning vid medicinsk specialklinik i annan del av landet.

Pojkens psykiska tillstånd blev alltmer avvikande och före skolåldern hade han

fått diagnosen psykisk utvecklingsstörning. Föräldrarna orkade ej längre med pojkens alltmer avvikande beteende och han placerades i två fosterhem och kontakten med modern blev mycket sparsam.

Tvärtemot den barnpsykiatriska utredarens pessimistiska diagnos skedde en förbluffande utveckling för pojken efter placeringen på den mindre psykodynamiska institutionen. Personalen fick i handledningen all information om hans bakgrund och utifrån deras psykodynamiska förståelse kunde en struktur för utveckling och mognad återupprättas för honom inom ramen för den miljöterapeutiska behandlingen.

Då pojken var 14 år hade mycket av hans tidigare avvikelser försvunnit, de autistiska symtomen var i stort borta och han talade ett förståeligt språk. Han var nu angelägen om social och känslomässig kontakt. Relationen till modern var återupprättad och hon kunde nu tala om hur svår situationen tidigare var för henne till sin pojke.

Den utredande barnneuropsykiatriska specialisten hade ej kännedom om pojkens bakgrundsförhållanden då den pessimistiska diagnosen gavs!

2-årig flicka med antydda tecken till barndomspsykos. Modern har alltid levt ensam med dottern, fadern försvann under havandeskapet.

På daghemmet där flickan vistas 6-8 timmar varje dag har personalen märkt att hon alltmer drar sig undan från kontakt in i en isolerad slutenhet. Hon har börjat tvångsonanera intensivt i ett avskärmat tillstånd och hon ger ingen kontakt. När jag träffar flickan tillsammans med modern ser jag en harmonisk flicka som förnöjt leker på golvet nära modern som nu är allvarligt oroade för sin dotters beteende på daghemmet. Modern säger att hon kan se samma störda beteende hos sin flicka då de kommer hem efter en lång dag på daghemmet. Men, säger modern, när hon väl är sjuk och är hemma med modern finns inget av detta beteende.

Med denna information stod det klart vad som behövde göras. Modern fick läkarintyg för tillfällig vård av barn och var hemma med dottern. Efter ett längre utredande samtal med modern om bakgrundsförhållanden kunde modern snart nå en förståelse av sin dotters avvikande beteende och efter två månader hade flickans förhållanden väsentligen normaliserats genom kompenserande moderlig omvårdnad. Modern kunde återgå till att arbeta halvtid och flickan kunde klara moderns frånvaro utan att reagera och försvara sig med sina tidigare avvikelser. Två år senare var flickan kvar på daghemmet och relaterade nu helt adekvat till de andra barnen och hon hade accepterat en styvfaders inträde i familjen. Det fanns nu inga iakttagbara förseningar i hennes utveckling eller några barndomspsykotiska tecken. Behandlingen av denna flicka hotad av en utveckling mot barndomspsykos krävde ej mer än 5 terapitimmar. Om hon inte hade blivit befriad från vistelsen på daghemmet under en period och placerad i moderns kompenserande och omvårdande famn tror jag att prognosen blivit pessima.

Fall från handledning av terapeut under utbildning. Terapeuten träffar en moder och hennes 6-åriga tvillingpojkar efter faderns plötsliga och helt oväntade död.

Familjesituationen hade även dessförinnan varit kaotisk och pojkarnas utveckling var starkt försenad. Vid tiden för faderns död hade de blivit bedömda av barnneurolog och de var under utredning vid barnpsykiatriskt team varifrån de senare fick diagnosen mental retardation med autistiska drag och man rekommenderade placering inom särskolan.

Inom ramen för en mor – barnterapi var det möjligt för terapeuten att åstadkomma stora förändringar för modern och pojkarna genom att återupprätta den tidigare mycket svaga anknytningsrelationen. Efter 6 månaders terapi var deras otydliga tal den större yttre märkbara avvikelsen och de bedömdes nu kunna ha möjligheter att klara normalskolans struktur. Modern kom till en förståelse om sin stora betydelse för hennes pojkars vidare utveckling och mognad. Både under terapitimmar och i hemmet var hon i fokus för deras intresse och de ut-

tryckte ofta hur mycket de älskade henne. Modern bedömdes ha behov av fortsatt stöd i sin fortsatta moderliga position men inga andra resurskrävande insatser bedömdes vara nödvändiga.

Utan intervention i mor-barnrelationen skulle prognosen varit mycket pessimistisk och pojkarna skulle kunnat bli placerade i familjehem eller på institution – kanske för resten av barndomen.

Sammanfattning.

Sedan jag blev medveten om *det moderligas substantiella karaktär* förstår jag att utveckling och mognad inte är möjlig förrän vi blivit tillräckligt bekräftade i en upplevd moderlig relation. Utan denna bekräftelse är det inte möjligt för oss att uppträda på livets scen som mänskliga varelser.

Utan bekräftelse blir vår utveckling avvikande och leder till hela spektrat av psykiatriska och flera somatiska diagnoser. Vårt liv blir ett ständigt sökande efter det som kan upphäva och kompensera för den moderliga bristen.

Den terapeutiska uppgiften inom ramen för en mor-barnterapi är att hjälpa modern att kunna vänta på att bli funnen av sitt barn. För detta måste modern och barnet befrias från existerande hinder som kan vara psykologiska, sociala eller biologiska.

Det är inte så mycket arbete som behöver göras direkt för barnets del – mestadels är terapeuten ett *språkrör* för barnets sökande efter det moderliga bekräftandet och på alla sätt söka hjälpa modern och barnet att nå fram till detta bekräftande.

En aspekt som skiljer mor-barnmetoden från traditionella psykoterapeutiska metoder gäller *frågan om överföringen*. På medvetet plan undviker terapeuten att dra överföringar till den egna personen och söker istället på alla sätt stärka relationsbandet mellan modern och barnet.

Detta ger terapeuten en decentraliserad position i den terapeutiska situationen där terapeuten inte är fokus för de känslomässiga reaktionerna vilket hos terapeuten kan leda till en känsla av att inte vara så viktig för de terapeutiska processerna. Terapeuten erbjuder modern och barnen den centrala platsen och sig själv som språkrör för deras betydelsefulla interaktioner till vilka terapeuten befinner sig i ett utanförskap.

Kan detta vara en anledning till det svåra i att få barnterapeuter intresserade för mor-barnmetoden? Är den decentraliserade positionen för narcissistisk kränkande för oss terapeuter som är vana att befinna oss i centrum för den terapeutiska processen?

Som avslutningen *social-politisk aspekt*.

Inom vårt tilltagande kommersialiserade samhälle som alltmer raserar den sociala välfärdspolitiken för svaga och fattiga familjer bedömer jag det viktigt att finna terapeutiska metoder som kan utföras med ett *minimum av professionella insatser* och med hög resurseffektivitet.

Med mor-barnmetoden utförs större delen av det terapeutiska arbetet av modern i hennes vardagliga liv med sitt barn. Det finns inget behov av speciell utrustning, inget behov av teamarbete, inget behov av institutionsvård.

Det behövs en persons kunskap om vad ett barn behöver för sin utveckling och mognad och möjligheten för denna person att föra över sin kunskap till modern.