
”ET FÆLLES PROJEKT”

– FORÆLDRES FORTÆLLING OM
INDDRAGELSEN I DET ANGSTE
BARNS KOGNITIVE TERAPI

LINE ENGEL CLASEN

SPECIALEAFHANDLING, 2011



”ET FÆLLES PROJEKT”

– FORÆLDRES FORTÆLLING OM
INDDRAGELSEN I DET ANGSTE
BARNES KOGNITIVE TERAPI

LINE ENGEL CLASEN

SPECIALEAFHANDLING, 2011

Line Engel Clasen

Vejleder: Kristine Jensen de López
10. semesters kandidatspeciale
Antal anslag: 191.989, antal sider: 80,0
1. august 2011
Aalborg Universitet

FORORD OG TAK...

Specialets tilblivelse bygger på min store interesse for samt personlige erfaringer med det børnepsykologiske arbejde. Jeg har i høj grad fået mine praktiske indsigter i dette felt via et spændende praktikophold ved Børnepsykologisk Team under Aalborg Kommune. Praktikopholdet gjorde mig opmærksom på udfordringerne forbundet med at arbejde med barnet i konteksten af familien.

Hensigten med at skrive et speciale om forældreinddragelse set fra forældrenes perspektiv har været at opnå en større forståelse for nogle af de mekanismer, der er på spil i behandlingsarbejdet og i samarbejdet med familier, en hensigt jeg til fulde har fået indfriet.

I forbindelse med specialets udarbejdelse vil jeg gerne rette en stor tak til de børn og forældre, der lod mig træde ind i deres terapirum og i deres hjem; til Angstklinikkens psykologer for deres interesse i min undersøgelse og deres faglige sparring; til min vejleder Kristine samt veninder og familie for specialesparring, og til min kæreste – for teknisk assistance og tålmodig støtte.

Abstract

Anxiety is a common and very severe childhood condition often affecting the child's social and academic performance negatively. Untreated anxiety may persist disrupting emotional development and overall functioning and may also continue into adulthood. This calls for immediate and effective treatment for anxious children. Results from randomized, clinical trials (RCTs) support the utility of child-focused cognitive-behavioral therapy (CBT) in treating anxiety in children. However, a considerable variability in success rates indicates the need to investigate variables that may affect treatment response, and a pivotal research area is active parent involvement. However, despite sound theoretical and clinical arguments for the benefits of including parents in the treatment, RCTs have not been able to give convincing documentation that parent involvement enhances the effects of CBT. This is a cause for puzzlement for which reason the objective of the thesis is to investigate possible mediating factors affecting the child's recovery and process of change not captured by RCTs. Such mediating factors might be illuminated through an examination of the parents' perspectives when being involved in the child's therapy. These considerations add up to the following problem statement:

How do parents experience being involved in their anxious child's cognitive therapy? Which perspectives can the parents' experiences give on the potential significance of parent involvement in relation to the child's process of change?

The theoretical introduction of the thesis highlights different theoretical and empirical approaches as to why and how parents should and could be involved in the child's therapy. From a social cognitive developmental viewpoint parents provide necessary cognitive scaffolding for the child. In addition a more contextual and systemic perspective argues that parents can be both risk and protective factors in relation to the anxiety disorder, which is why they must be involved in the treatment so that risk factors can be addressed and protective factors enhanced.

Drawing on these theoretical and empirical insights the thesis' methodological section presents a phenomenological and hermeneutic inspired qualitative research design that is employed to investigate the problem statement. The design comprises a method triangulation combining individual interviews carried out with two sets of

parents, a focus group with a therapy group of parents, and observations of therapy sessions with active parent involvement. The collection of data takes place at a University Clinic which runs a manualized cognitive intervention program for anxious children with a high level of parent involvement.

Following the empirical collection of data a phenomenological interpretative analysis (IPA) revealed four central themes in the parents' experience of being involved in their children's therapy: the importance of acknowledgement, the dual impact of the group therapy, the anxiety's embedment in the family, and the notion of hope in the anxiety disorder.

In light of the analysis of the parents' narratives about their involvement it is discussed how the involvement and the parents' experiences of it may become important for the process of change of both the child and the parents, arguing that parent involvement and lifestyle changes in the family might affect the durability of the treatment effect.

An evaluation of the quality of the knowledge generated from the thesis includes a critical methodological discussion considering the validity and reliability of the present study and underlines that qualitative methodology seen from the standpoint of a positivistic ideal of knowledge has pitfalls. The thesis has sought to take the shortcomings into consideration by applying systematic procedures, being transparent in the description of methods and procedures, triangulation of data collection methods, and analytic instead of statistical generalization. In a final discussion meant to add perspective the clinical implications of the results of the thesis are discussed in relation to their potential contribution to clinical practice in the treatment of anxious children. It is suggested how therapy for anxious children and parent involvement could benefit from actively involving both parents in the treatment, conducting therapy in a group format, outlining clear expectations for the role of the parents, and from using hope as a coping mechanism focusing on helping the families to develop a resource oriented narrative about themselves.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1. Problemstilling	4
1.1.1. Problemformulering.....	6
1.2. Specialets form og formål	6
1.3. Begrebsafklaring af specialets sensitiviserende begreber	7
1.4. Afgrænsning	8
1.5. Disposition	8
2. Teori	10
2.1. Angstudvikling og angstlidelser – hvorfor bliver børn bange?	10
2.2. KAT til børn – hvordan kan vi afhjælpe børns angst?	12
2.3. Forældreinddragelse – hvorfor inddrage forældre?	14
2.3.1. Forældreinddragelsens kognitivt udviklingspsykologiske relevans	14
2.3.2. En kontekstuel og relationel udviklingspsykologisk tilgang.....	16
2.3.3. Hvordan inddrages forældre?	20
2.3.4. Forældreinddragelse i barnets nærmeste udviklingszone.....	21
2.4. Forældres oplevelse	24
2.4.1. Hvorfor er forældres opfattelse og oplevelse vigtig?	24
2.4.2. Forældres rolle og perspektiv	25
2.4.3. Forældres holdning og oplevelse ifm. barnets angstlidelse og behandling.....	27
2.5. Gruppedynamik i gruppeterapi.....	27
2.5.1. Gruppespecifikke faktorer	29
3. Angstklinikken	30
3.1. Kontakt og informantrekruttering	30
3.2. Angstklinikkenes terapi og forældreinddragelse	30
4. Metode.....	34
4.1. Design.....	34
4.2. Videnskabsteoretiske overvejelser	37
4.3. Studiets kvalitative metodetriangulering	39
4.3.1. Observationer	39
4.3.2. Fokusgruppeinterview	40
4.3.3. Interviews.....	41
4.4. Databearbejdning	43

4.4.1. Systematisering af observationer.....	43
4.4.2. Transskribering af interviews	44
4.4.3. Analysestrategi	44
5. Analyse	47
5.1. Kontekstualisering af interviews.....	47
5.2. Anerkendelsens betydning.....	48
5.3. Gruppeterapiens dobbelte virkning – for forældrene.....	53
5.3.1. Viden og værktøjer klæder forældrene på.....	53
5.3.2. Gruppesynergis terapeutiske effekt.....	54
5.4. Angstens familiære indlejring.....	58
5.4.1. Fra et individuelt til et fælles problem	58
5.4.2. Det fælles projekt betyder enighed og åbenhed i familien.....	62
5.4.3. Inddragelsens implikationer for forældreidentiteten – at være en god nok forælder.....	64
5.5. Håbet i angsten	67
5.5.1. Angstens begrænsninger	67
5.5.2. Tiltro til kompetencer – nøglen i en kognitiv opfattelse af håb	69
5.6. Analyseopsummering.....	71
6. Diskussioner af specialets fund og implikationer	73
6.1. Hvordan faciliteres forandring?	73
6.1.1. Livsstilsændring og ændringernes holdbarhed	73
6.1.2. Bidirektionelle forandringsmekanismer.....	77
6.2. Kritisk metodisk diskussion – kvalitative kvaler eller kvalitet?	80
6.2.1. Reliabilitet – eller subjektivitet som forudsætning frem for bias?.....	80
6.2.2. Validitet – også som håndværksmæssig kompetence	81
6.2.3. Generalisering – fra statistisk til analytisk generalisering	82
6.2.4. Ethiske refleksioner	86
6.3. Implikationer for klinisk psykologisk praksis	87
7. Specialets konklusion	92
8. Samfundskritisk perspektivering	94
9. Referenceliste.....	95
10. Oversigt over bilag	

Figurliste

Figur 1: Disposition over specialets opbygning.....	9
Figur 2: Udvikling af frygt og angst i forskellige aldre.....	11
Figur 3: Typer af angstlidelser.....	12
Figur 4: Mulig sekvens i KAT med angste børn	13
Figur 5: Personlige og kontekstuelle faktorer i psykologiske problemer.....	17
Figur 6: Udvidet caseformuleringsmodel for angst	19
Figur 7: Forældretræningsteknikker	21
Figur 8: Oversigt over Angstklinikens forsknings- og behandlingsforløb.....	31
Figur 9: Centrale kognitive og adfærdsterapeutiske teknikker	32
Figur 10: Oversigt over sessionsopbygning.....	33
Figur 11: Oversigt over studiets design og sessionsforløbet på Angstklinikken som ramme	36
Figur 12: Forældrenes kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige ændringer.....	72
Figur 13: Hvordan forældreinddragelse kan skabe ændring og holdbarhed.....	74
Figur 14: Den gensidige påvirkning mellem barn og forældre	78

1. Indledning

1.1. Problemstilling

Angstlidelser er de mest udbredte psykiske lidelser i barndommen (Barrett & Shortt, 2003, p.101; Cobham, Dadds, Spence & McDermott, 2010, p.410). If. europæiske og amerikanske undersøgelser vil 2,5-5% af børn og unge pt. kunne diagnosticeres med en angstlidelse (Thastum & Jørgensen, 2011, p.11). Angst er ikke blot en hyppig, men også meget alvorlig lidelse hos børn med såvel menneskelige som samfundsmæssige konsekvenser. Barndomsangst påvirker ofte akademisk og social præstation negativt, og kan ubehandlet forstyrre barnets samlede udvikling. Angste børn er ydermere i risiko for at udvikle sig til at blive angste som voksne samt for at udvikle alvorlige sekundære psykiske lidelser. Med såvel kortsigtede som langsigtede risici har ubehandlet angst potentielt invaliderende konsekvenser for barnets udvikling, hvilket understreger behovet for tidlig og effektiv intervention samt for interventionsforskning (Barmish & Kendall, 2005, p.569; Cobham et al., 2010, p.410; Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, p.232; Ginsburg & Schlossenberg, 2002, p.143; Leth, Esbjørn & Levin, 2008, p.58). Ud fra et samfundsøkonomisk synspunkt synes optimering af behandlingen til angste børn endvidere central. Estimer fra en hollandsk undersøgelse (if. Thastum & Jørgensen, 2011, p.11) viser, at samfundets udgifter i forbindelse med (herefter ifm.) børn med angst er hele 21 gange større end for børn uden angst. Hvis angsten ikke behandles i barndommen og derfor fortsætter ind i voksenlivet, kan den fortsat have store sundhedsøkonomiske omkostninger for samfundet, fx pga. hyppigt fravær fra arbejde og større forbrug af sundhedsydelser (Søgaard, Bech, Albæk & Ankjær-Jensen, 2008, 261-263). Der er derfor brug for en målrettet indsats til angste børn, en indsats, der også kan betragtes som forebyggende i forhold til (herefter ift.) sikringen af barnets psykiske udvikling.

Kognitiv adfærdsterapi¹ (herefter KAT) har vist sig effektiv til behandling af angst hos børn, og adskillige randomiserede, kliniske forsøg (herefter RCT²) har demonstreret, at KAT har signifikant bedre effekt end kontrolgrupper og dermed vist, at KAT til børn er effektiv og empirisk valid, specielt i angstbehandling (Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Barmish & Kendall, 2005, p.569; Cobham et al., 2010, p.410; Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, p.232; Kendall, 1994).

¹Grænsen mellem kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi er flydende (Jørgensen, 2002, p.399), hvorfor der ikke skelnes herimellem

²Fra engelsk: randomized clinical trial

Der er solid evidens for effekten af KAT til behandling af angste børn (ibid.) og metaanalyser viser, at 50-70% er diagnosefrie efter endt behandlingsforløb (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007; Silverman, Pina & Viswesvaran, 2008). Men idet procentsatserne viser, at ikke alle børn responderer på behandlingen, understreger Barmish og Kendall (2005, p.569) behovet for at identificere og undersøge faktorer, der kan påvirke behandlingsresponsen. Der er brug for forskning, som kan hjælpe til at højne antallet af børn, der har udbytte af terapien, og forbedre den generelle behandlingseffekt (ibid.). Et centralt forskningsområde ifm. forbedring af KAT til angste børn er *aktiv forældreinddragelse*.

Der er forskellige rationaler for at inddrage forældre aktivt i barnets angstbehandling, mest centralt forekommer det, at man må medtænke den kontekst, barnet fungerer i, hvor forældrene er de mest afgørende bidragsydere både ift. opståede problemer og i løsningen heraf (Barrett & Shortt, 2003, p.101; Hafstad & Øvreeide, 2004, pp.3,17). Der ligger således en dobbelthed i, at forældre på én gang kan være med til at vedligeholde barnets angst, men samtidig er afgørende medspillere og ressourcer ift. behandlingen af barnets angst. På trods af disse teoretiske argumenter for fordelene ved at inddrage forældre i terapien, og den alment accepterede kliniske holdning at forældreinddragelse øger effekten af børnefokuseret KAT, har hidtidige studier af forældreinddragelse *ikke* givet overbevisende og entydig dokumentation for, at den aktive inddragelse af forældre forbedrer KAT til angste børn (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, pp.233,247; Silverman, Kurtines, Jaccard & Pina, 2009, p.480; Stallard, 2007, p.98). Dette er for mig en kilde til stor undren, en undren som nærværende speciale bygger på. Finder RCTs med fokus på kvantitative effektmål ikke finder signifikant effekt af forældreinddragelse, fordi de mangler at undersøge og indfange vigtige behandlingsmediatorer? Dette ønsker jeg at se nærmere på. Kazdin og Nock (2003, p.1117) beskriver mediatorer som processer, gennem hvilke forandring finder sted. La Greca, Silverman og Lochman (2009, p.376) og Silverman et al. (2009, p.484) argumenterer for at undersøge behandlingsmediatorer for at opnå evidensbaserede forklaringer på behandlinger. De er således fortalere for, at terapi-forskningen ikke blot må vurdere terapiens effekt, men endvidere medtænke et processuelt fokus. Selvom forældreinddragelse er meget omdiskuteret i litteraturen på området, er der efter min bedste overbevisning ikke nogen, der har undersøgt forældres perspektiv ifm. inddragelsen i barnets KAT. Forældres oplevelse af deres

inddragelse og rolle i barnets terapi kan blive central, idet den kan være en overset medierende faktor med betydning for ændringsprocesser hos barnet og dermed terapiens effekt, defineret som barnets bedring. Idet børn er afhængige af og loyale over for deres forældre (Hafstad & Øvreeide, 2004, p.3), forestiller jeg mig, at forældres oplevelse af og holdning til inddragelsen kan påvirke barnet og terapiens effekt. Med udgangspunkt i min undren over forældreinddragelsens tilsyneladende manglende effekt og i anerkendelse af behovet for forskning i terapiprocesser ønsker jeg med følgende problemformulering at undersøge, hvorledes processen og forældreinddragelsen ser ud fra forældrenes perspektiv:

1.1.1. Problemformulering

Hvordan oplever forældre at blive inddraget i deres angste barns kognitive terapiforløb?

Hvilke perspektiver kan forældres oplevelse give på inddragelsens potentielle betydning for barnets forandringsproces?

Eftersom jeg ikke interviewer børn, er det centralt at fremhæve, at jeg kun indirekte undersøger deres forandringsproces set fra forældrenes perspektiv. Med undersøgelsen af forældrenes oplevelse ønsker jeg at formidle deres fortælling om og perspektiv på inddragelsen og deres rolle heri. Idet forandring i barnets angst og en bedring heraf kan betragtes som målet for terapien, ønsker jeg ydermere at belyse hvilken betydning, forældres oplevelse potentielt kan have for barnets forandringsproces. Problemformuleringens første del, forældres oplevelse, kan betragtes som redskabet, hvormed jeg undersøger og udforsker anden del af problemformuleringen, oplevelsens potentielle betydning for barnets forandring og bedring. Min antagelse er, at forældres oplevelse af deres inddragelse i barnets terapi kan have en medierende effekt med betydning for barnets bedring. Specialets teoriafsnit vil bl.a. fungere som en udforskning af centrale begreber i problemformuleringen, herunder en uddybning af angstlidelser hos børn, KAT til behandling heraf, samt en udforskning af forældreinddragelsens udviklingspsykologiske relevans og forældres oplevelse.

1.2. Specialets form og formål

Mit studie af forældres oplevelse er udformet som et empirisk kvalitativt studie, der anvender en kvalitativ metodetriangulering med såvel observationer som interviews i håb om at indfange og skildre et holistisk billede af forældres oplevelse og inddragel-

sens betydning. Dataindsamlingen foregår på Aarhus Universitets Angstklinik, hvor jeg følger en gruppe af angste børn, i alderen 10-12 år, og deres forældre i et kognitivt gruppeterapiforløb. I min dataindsamlingsmetode er jeg inspireret af såvel fænomenologiske som hermeneutiske traditioner³. Formålet med undersøgelsen er at belyse forældres oplevelse og perspektiv ifm. inddragelsen i håb om, at dette perspektiv kan kaste lys over, hvilken betydning og rolle forældrene oplever, at de spiller i terapien samt i barnets bedring og forandringsproces. En belysning heraf kan forhåbentlig tilvejebringe ny viden til området samt informere og bidrage til det kliniske arbejde med angste børn og deres familier og herigennem give børn med angst bedre fremtidsudsigter.

1.3. Begrebsafklaring af specialets sensitiviserende begreber

Specialet bygger på et grundigt litteraturstudie af RCTs med forældreinddragelse foretaget på 9. semester (Clasen, 2010). Med dette forberedende studie ønsker jeg i min empiriske tilgang til feltet ikke at se bort fra, men derimod drage nytte af den teoretiske viden, jeg allerede har tilegnet mig (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.37). Ifm. litteraturstudiet er jeg blevet opmærksom på en række temaer, som vil danne grundlag for min interviewguide. Temaerne kan ud fra Herbert Blumer (1986) karakteriseres som mine *sensitiviserende begreber*, der som arbejdsredskaber eller teoretiske briller angiver synsretningen og skal give forskeren en generel fornemmelse af reference i tilnærmelsen til det empiriske felt. Begreberne kan samtidig beskrives som min forforståelse ift. specialeemnet.

Undersøgelsens sensitiviserende begreber er forældres oplevelse, virksomme faktorer samt forandringsmekanismer. Følgende afsnit tjener at afklare min forforståelse for disse begreber. Med *forældres oplevelse* forstår jeg måden, forældre opfatter deres inddragelse i terapien, hvilken rolle oplever de, de har, hvad synes de om inddragelsen, og hvilken betydning tillægger de deres deltagelse? Det er projektets formål at få forældrenes perspektiv og fortælling frem ud fra deres beskrivelse af at blive inddraget i barnets terapi. Med *virksomme faktorer* ønsker jeg at undersøge, hvad der opleves som virksomt for forældrene, hvad føler de, de får ud af og kan tage med hjem fra inddragelsen og terapiforløbet? Ift. barnets bedring og forandring definerer jeg *forandringsmekanismer* som elementer, der påvirker eller bidrager til forandring i terapien, idet terapiens grundlæggende formål kan karakteriseres som foran-

³Beskrivelse af samt argumentation for specialets metode følger i afsnit 4.

dring (Stallard, 2007, p.15). Jeg ønsker derfor at undersøge, hvorvidt og hvordan forældre kan ses som facilitatorer eller medspillere ift. barnets forandring og bedring.

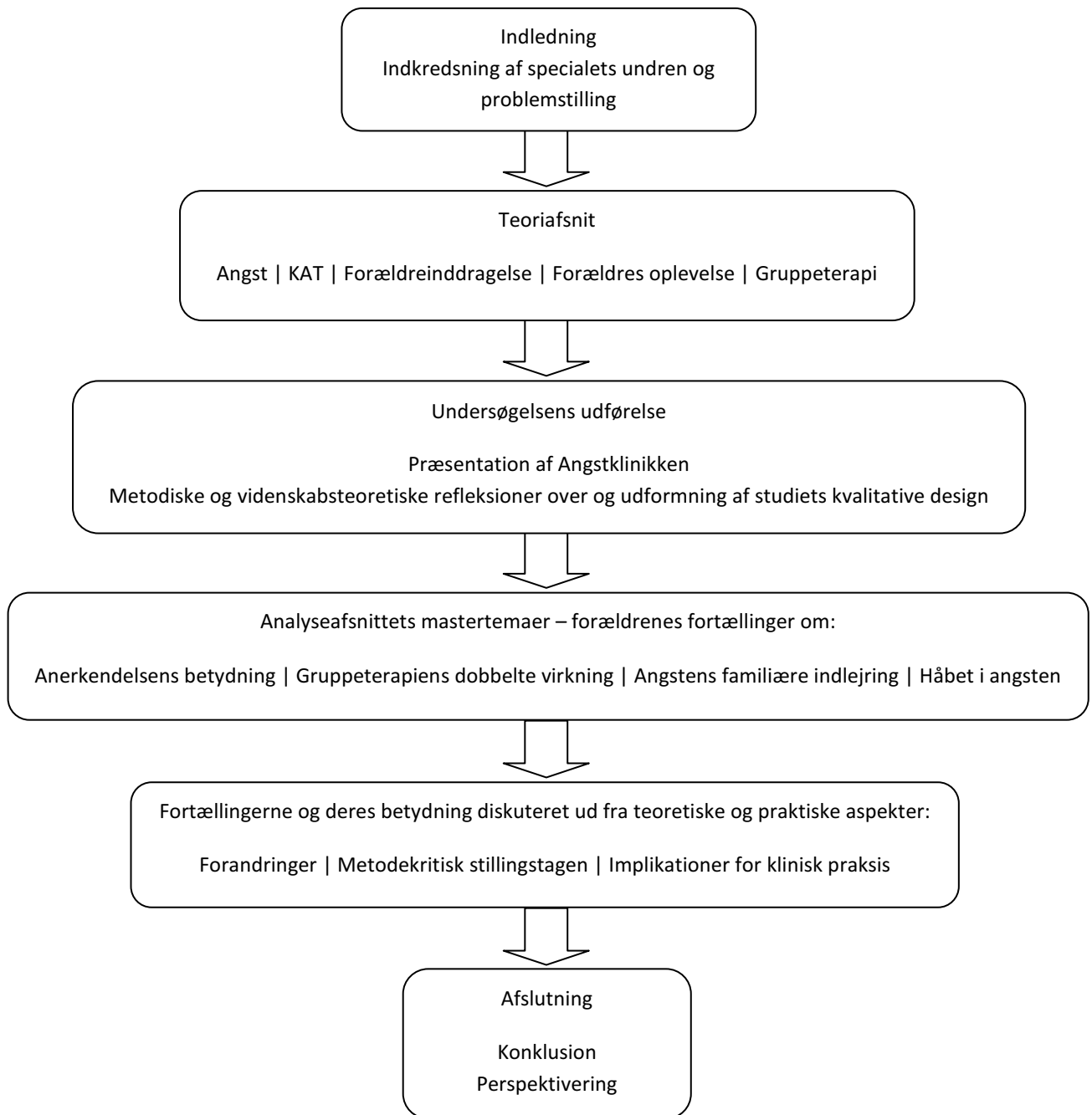
1.4. Afgrænsning

I arbejdet med at fokusere specialet har de valg, jeg foretager i indkredsningen af problemstillingen, naturligt implikationer ift. fravalg. Min afgrænsning til forældres oplevelse af inddragelse i barnets KAT betyder bl.a., at jeg ikke beskæftiger mig nævneværdigt med angstens ætiologi eller med andre behandlingsformer end KAT. Herudover er det udelukkende forældrenes perspektiv, og af etiske årsager ikke barnets perspektiv, jeg undersøger. Jeg afgrænser mig også fra at fokusere på de angste børns søskende. Afgrænsningen betyder også, at jeg kun analyserer den del af den indsamlede empiri, som er relevant for projektets problemformulering. Hermed frasorteres en stor mængde data, der kunne have været brugt til at skrive et andet projekt, fx omhandlende betydningen af forskellige familiekonstellationer (fx skilte over for samboende forældre) eller af forældres egen angst.

1.5. Disposition

Følgende model illustrerer specialets opbygning og disposition:

Figur 1: Disposition over specialets opbygning



Figurforklaring: Modellen illustrerer specialets forskellige trin, hvor *indledningens* indkredsning af problemstillingen fører over til belysning af problemformuleringen ud fra en *teoretisk gennemgang* af centrale begreber i problemformuleringens første del: angst, KAT, forældreinddragelse, forældres oplevelse og ydermere gruppeterapiformatets mulige betydning for oplevelsen. Disse overvejelser leder videre til refleksioner forbundet til udførelsen af undersøgelsen først i form af en præsentation af empiriindsamlingsstedet *Angstklinikken*, og dernæst specialets *metode*, der har til hensigt at præsentere og reflektere over studiets empiriske, kvalitative design, videnskabsteoretiske overvejelser samt designelementerne. På baggrund af den kvalitativt indsamlede empiri følger herefter en *tematisk analyse* af forældrenes fortællinger om deres oplevelse af inddragelsen, og disse kobles til inddragelsens betydning for barnets forandringsprocesser. Analysens fire temaer fører videre til en *diskussion* af studiets resultater og forældreinddragelsens mulige implikationer for barnets forandringsprocesser. Herefter følger en metodekritisk diskussion af specialets grundlag og kvalitet samt en perspektiverende diskussion af fundenes mulige implikationer for klinisk praksis. Specialets afsluttende del består af en konklusion på problemformuleringen samt en kort perspektivering herpå.

2. Teori

Teoriafsnittet har til hensigt at klarlægge centrale begreber i problemformuleringen såvel som at give en introduktion til det teoretiske felt, specialet befinder sig i. Idet der ikke findes nogen overordnet teori omkring forældreinddragelse i terapi, samler jeg i afsnittet teoretiske retninger og empiriske studier, der kan bidrage til en forståelse for området. Forud for en beskrivelse af forældreinddragelse og forældres oplevelse, som er specialets hovedfokus, præsenteres en *kognitiv udviklingspsykologisk forståelse for angstlidelser* samt en beskrivelse af *KAT som interventionsform*. Disse afsnit tjener hovedsageligt at give læseren en nødvendig baggrundsviden. Udforskning af forældres betydning tager dernæst afsæt i en først *kognitiv* dernæst mere *relationel* forklaring af, hvorfor forældre er vigtige ift. barnets behandling. Disse mere teoretiske argumenter suppleres dernæst med *empirisk evidensbaseret forskning*. Herefter gennemgås *studier af forældres oplevelse* samt teori omkring *gruppedynamikker* for at pege i retning af, hvad der kan være interessant at forfølge i netop undersøgelsen af forældres oplevelse af inddragelsen i barnets KAT.

2.1. Angstudvikling og angstlidelser – hvorfor bliver børn bange?

Frygt er den naturlige reaktion på stimuli, der udgør en trussel mod menneskets velbefindende eller sikkerhed. Med udgangspunkt i en kognitiv udviklingspsykologisk forståelse har frygten⁴ forskellige komponenter - en kognitiv komponent: situationen opleves som farlig og truende, en affektiv komponent: følelser af ængstelighed og anspændthed, en fysiologisk komponent: hjertebanken og maveonde. Ændringer på det fysiologiske niveau forbereder barnet på handling, og frygt er således en hensigtsmæssig reaktion i et barns udvikling, idet den afholder barnet fra farlige situationer eller mobiliserer til handling (Carr, 1999, p.461; Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.131; Leth et al., 2008, p.59). Udover den evolutionært adaptive frygt oplever alle børn angst, hvorfor det endvidere er afgørende at skelne mellem forbigående angst og mere varige, behandlingskrævende lidelser. Hertil er en skildring af angstens forskellige udtryk i den typiske udvikling central (ibid., p.55; ICD-10, 2009, p.178). Typer af stimuli, der udløser angst, ændrer sig i takt med udviklingen af barnets kognitive og sociale kompetencer, som skitseret nedenfor:

⁴Frygt kan skelnes fra angst ved at være en kortvarig, rationel reaktion på aktuel fare, mens angst er mere fremtidsorienteret og opstår uafhængigt af en realistisk fare (Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.132)

Figur 2: Udvikling af frygt og angst i forskellige aldre

Alder	Psykologiske og sociale forhold med relevans for udvikling af frygt, fobier og angst	Frygtudløsende forhold/genstande	Typer af angsttilstande
Tidlig spædbarnsalder, 0-6 måneder	• Sansemæssige indtryk dominerer spædbarnets tilpasning	• Intense sensoriske stimuli • Tab af underlag/støtte • Høje lyde	
Sen spædbarnsalder, 6-12 måneder	• Sensomotoriske skemata • Årsag-virkning • Objektkonstans	• Fremmede • Separation	
Småbarnsalderen, 2-4 år	• Præoperationel tænkning • I stand til at fantasere, men kan ikke skelne fantasi fra virkelighed	• Fantasi væsner • Potentielle tyve • Mørke • Separation	• Separationsangst
Omkring skolestart, 5-7 år	• Konkret operationel tænkning • Kan tænke i konkrete, logiske baner	• Naturkatastrofer (fx brand, oversvømmelser, torden) og skade • Dyr • Medieskabt frygt • Separation	• Generaliseret angst • Dyrefobi • Separationsangst
Skolealder, 8-14 år	• Får selvtillid via faglige og sportslige præstationer i skolen • Bliver tankemæssigt i stand til at forestille sig fremtidige farer • Kammeratforhold bliver mere afgørende for selvtilliden	• Dårlig præstation fagligt og sportsligt • Afvisning fra kammerater	• Separationsangst • OCD • Panikforstyrrelse • Socialfobi (præstationsangst)

Gengivelse af Englyst og Trillingsgaards (2005, p.131) danske oversættelse af Carrs (1999, p.462) model.

Figurforklaring: modellen afbilder frygtudløsende forhold i forskellige aldre og den mulige udvikling af angsttilstande på baggrund heraf. Modellen afspejler, hvorledes barnets metakognitive kapacitet i form af fx forestillingsevne samt evne til logisk og abstrakt tænkning påvirker frygtopfattelsen samt hvilke stimuli, der udløser angst. Fx kan børnehavebarnet med sin udvikling af forestillingsevne pludselig fantasere om uhyggelige fænomener, men kan ikke skelne dem fra virkelighed, og barnet er ved skolestart i stand til at tænke logisk om reelle farer, men kan ikke sætte dem i perspektiv og dermed bedømme sandsynligheden for, at de vil ske (Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.132-133).

Det er endnu usikkert, hvorfor angsten hos nogle børn udvikler sig til en angstforstyrrelse, men ud fra en kognitiv forklaringsmodel kan det anskues, at barnet har udviklet forvrængede forståelser, fx "alle hunde bider børn", som hænger sammen med følelsen af angst. Vurdering af sandsynligheden for, at det frygtede vil ske, er således central ift. uheldig angst, der bygger på upræcise eller fejlagtige vurderinger af sikkerhedstruslen. Når angst går fra at være en del af den normale udvikling til at blive et tilbagevendende omdrejningspunkt, der medfører psykiske symptomer eller forstyrrelser, som er invaliderende for barnets hverdag og fortsatte normale udvikling, bør man søge hjælp (ibid., Barrett et al., 1996, p.333; Carr, 1999,

p.463; Leth et al., 2008, pp.60,67)⁵. ICD-10 skelner mellem forskellige angstlidelser, hvoraf KAT har vist sig effektiv for følgende⁶:

Figur 3: Typer af angstlidelser

Abnorm separationsangst	• Overvældende angst for adskillelse fra omsorgsgiver, hvorfor barnet forsøger at undgå adskillelsen • Hyppighed: 3,5-5% af alle børn
Fobisk angst i barndommen	• Karakteriseret ved sin sværhedsgrad, barnet reagerer med ekstremt angst for en enkelt bestemt genstand, angsten er ude af proportion med den fare, genstanden repræsenterer • Hyppighed: 2-3 % af alle børn
Social angst	• Barnet er overdrevet frygtsomt og genert over for andres meninger og fremmede generelt, hvorfor sociale sammenhænge og situationer, hvor barnet udstilles, undgås • Hyppighed: 1% af alle børn
Generaliseret angst (GAD)	• Omverdenen opfattes generelt som truende og farlig, barnet har en kontinuerlig angstfornemmelse og bekymrer sig om, hvad der kunne ske på en lang række områder • Hyppighed: 1-6% af alle børn

(Egen fremstilling) Figurforklaring: Figuren giver overblik over centrale angstlidelser i barndommen. Idet behandlingen for disse angstlidelser følger samme procedurer, og børn ofte lider af mere end én angsttype, skelner jeg i specialet ikke yderligere mellem typer af angstlidelser (ibid., p.178-181; Englyst & Trillingsgaard, pp.128-129; Leth et al., 2008, pp.60-64).

Fælles for ovenstående angstlidelser er, at de medfører barnets undgåelsesadfærd, som kan lede til isolation, hvilket har en negativ effekt på barnets sociale, personlige og intellektuelle udvikling, hvorfor tidlig og effektiv behandling er afgørende (Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.130).

2.2 KAT til børn – hvordan kan vi afhjælpe børns angst?

Kognitiv teori om psykoterapi betragter kognition som nøglen til psykologiske lidelser. I 1960'erne fik KAT sit gennembrud med forgangsmanden Aaron Beck, og terapien karakteriseres som en struktureret, korttids, evidensbaseret terapiform, der fokuserer på klientens nutid samt tankers sammenhæng med emotioner, adfærd og kropslige reaktioner (Alford & Beck, 1997, p.14; Mørch & Rosenberg, 2005, pp.18-19). KAT kombinerer kognitive teknikker om mestring og selvinstruktion med

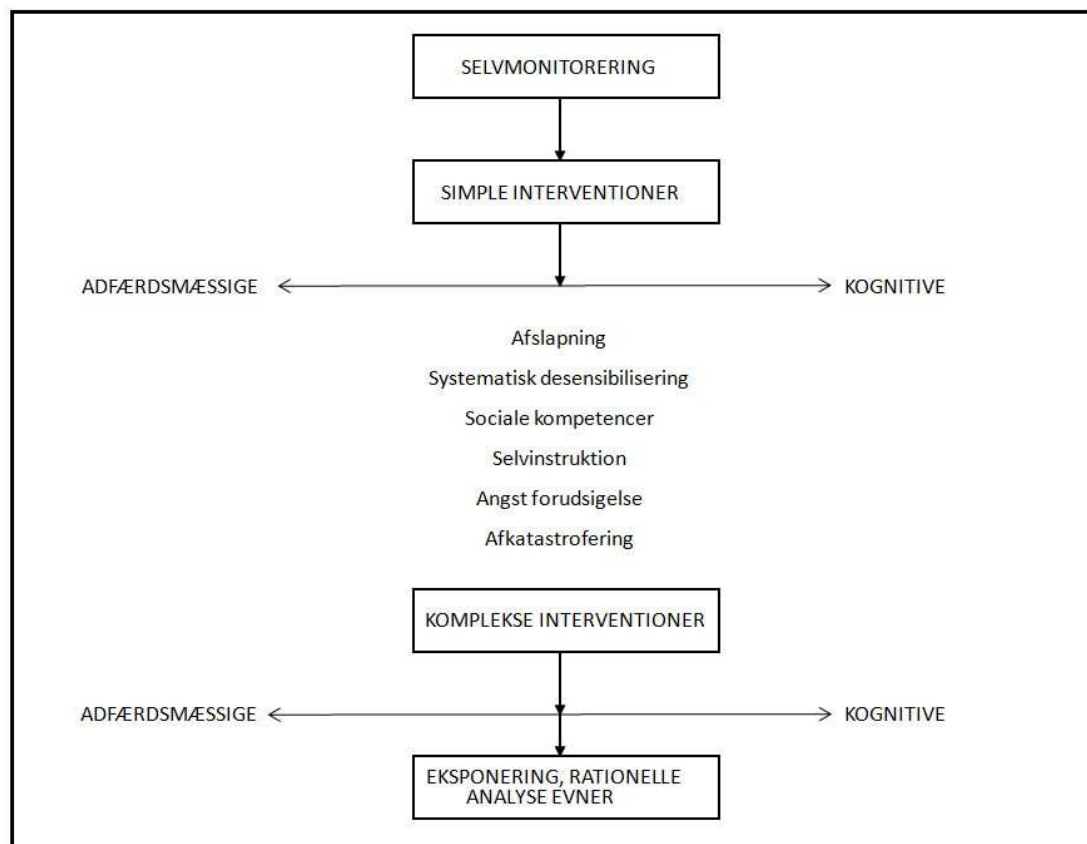
⁵Angst kan også være en sekundær reaktion på en grundlæggende forstyrrelse hos barnet. Både kognitive vanskeligheder, der forårsager problemer med opmærksomhed og overblik (fx ADHD), og sociale vanskeligheder med nedsat indlevelse og forestillingsevne (fx autismespektrum forstyrrelser) kan føre til angst (Leth et al., 2008, p.58)

⁶Behandlingsfremgangen er lidt anderledes for OCD og PTSD

adfærdsmæssige teknikker bl.a. eksponering ud fra antagelsen, at angsten kun afhjælpes ved at se den i øjnene (Barrett et al., 1996, p.333).

KAT til børn kan anvendes efter de samme principper, som gælder i terapien med voksne, men interventionsteknikker til børn bør tage højde for såvel behandlingens stadie som en afvejet brug af hhv. kognitive og adfærdsorienterede interventionsmetoder (Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.139). Figuren nedenfor afspejler et muligt behandlingsforløb med et angst barn:

Figur 4: Mulig sekvens i KAT med angste børn



Inspireret af Friedberg og McClure (2002, p.224) er ovenstående model min egen fremlægning. Figurforklaring: modellen læses oppefra og ned, således interventionerne udvikler sig fra simple til komplekse, som terapien skrider frem. Fx må barnet først via selvmonitorering lære at genkende følelser, tanker og kropslige fornemmelser førend, det lærer kognitiv selvinstruktion fx i form af detektivtænkning (se figur 8). Modellens vandrette pile illustrerer et kontinuum i den afvejede brug af hhv. kognitive og adfærdsorienterede interventionsmetoder, som må tilpasses barnets udviklingsniveau samt graden af barnets vanskeligheder. Jo yngre børn og jo større vanskeligheder, jo mere vil adfærdsorienterede metoder være hensigtsmæssige interventionsformer. Der vil yderst sjældent være behov for at bruge samtlige teknikker med ét barn.

I et typisk behandlingsforløb opdeles behandlingssessionerne groft i to halvdele, hvoraf den første fokuserer på at lære barnet færdigheder til håndtering af angst, en øvelsesfase hvor psykoedukation og de kognitive teknikker er i centrum. I anden halvdel af terapien udføres angsthåndteringen i form af eksponering (Kendall, Aschenbrand & Hudson, 2003, p.86).

Fortolkning af hvorvidt en situation opfattes som truende samt reaktionen herpå – kamp eller flugt – både påvirker og påvirkes af den relationelle kontekst, hvilket for barnets vedkommende hovedsageligt omfatter forældrene (Carr, 1999, p.461). Følgende afsnit uddyber, hvorfor forældre er vigtige i behandlingsarbejdet.

2.3. Forældreinddragelse – hvorfor inddrage forældre?

Ud fra et udviklingspsykopatologisk perspektiv⁷ repræsenteret ved Alan Scroufe og Michael Rutter (1984) tilgang, ses psykisk forstyrrelse som resultatet af et komplekst samspil mellem forskellige risikofaktorer og beskyttende faktorer. Følgende afsnit giver forskellige teoretiske perspektiver på vigtigheden af forældres inddragelse netop ud fra betragtningen om, at forældre til angste børn kan udgøre såvel en risiko- som en beskyttende faktor ift. barnets angstlidelse.

Fra et udviklingspsykologisk perspektiv er der flere årsager til, at forældre kan være vigtige personer at inddrage i barnets terapi. Nærværende afsnit forsøger at anskueliggøre de centrale argumenter for forældres aktive inddragelse ud fra såvel forskellige udviklingspsykologiske teoretikere som evidensbaseret forskning inden for KAT til angste børn. Argumentationen tager udgangspunkt i et kognitivt udviklingspsykologisk rationale for forældres inddragelse, og i forlængelse heraf mere relationelle, kontekstuelte forankrede argumenter for vigtigheden af at inddrage forældre. Herpå følger beskrivelsen af, *hvordan* forældre inddrages i terapien.

2.3.1. Forældreinddragelsens kognitivt udviklingspsykologiske relevans

Et centralt kognitivt udviklingspsykologisk argument for at inddrage forældre i barnets terapi er den hjælpende kognitive stilladseringsfunktion⁸, forældre kan bidrage med (Wood, Bruner & Ross, 1976). I 10-12 års alderen⁹ er børns metakognitive kapaciteter endnu ikke fuldt udviklede, og if. Jean Piaget (1964/1992) evner børn tidligst abstrakt tænkning på det formelt operationelle stadie fra omkring 12 års alderen, hvorfor der kan argumenteres for, at børn særligt her forinden har brug for hjælp til at konkretisere, overføre og anvende færdigheder lært i KAT sessionerne til hverdagen. Denne overførsel synes yderst central, idet klienters udbytte af terapi bør ses i lyset af deres evne til at forankre elementer fra terapien i hverdagen (Dreier, 2008).

⁷Den udviklingspsykopatologiske disciplin kan betragtes som en speciel disciplin inden for udviklingspsykologi, der beskæftiger sig med psykopatologi (Scroufe & Rutter, 1984, pp.17-18)

⁸Engelsk: scaffolding

⁹Terapigruppens aldersspænd

Lev Vygotskys (1978) tilgang til barnets kognitive udvikling adskiller sig fra Piagets (1969) mere individualistiske syn på barnets psykiske udvikling, idet Vygotsky funderer sin teori om menneskelig kognition i den sociale kontekst. Med fokus på barnets kontekst og forældres betydning for angste børns terapi, skriver specialet sig ind i denne tilgang til kognition som socialt baseret, hvorfor Vygotskys (1978) teori synes velegnet til belysning af de socialkognitive argumenter for forældreinddragelse.

If. Vygotsky (1978, p.57) opstår kognitive evner i to planer; først socialt mellem mennesker som interpsykologisk kategori, dernæst i barnet som intrapsykologisk kategori. For at fremme den kognitive udvikling må social interaktion have to centrale træk: 1) *Intersubjektivitet*: processen hvorigennem to deltagere, der påbegynder en opgave med forskellige forståelser, gennem forhandling og perspektivdeling ender op med en fælles, delt forståelse. Intersubjektivitet skaber et fælles kommunikationsgrundlag, idet hver deltager tilpasser sig den andens perspektiv, 2) *Scaffolding*: processen hvorigennem den mere habile hjælper den umodne med at opnå ekspertise. Begrebet kan konceptualiseres som en stilladseringsfunktion, hvor den tilbudte støtte på dynamisk vis tilpasses barnets præstationsniveau. Intersubjektivitet kan karakteriseres som en tilstand, mens scaffolding er en af de centrale processer, hvorigennem denne tilstand opnås (ibid., Berk, 2006, p.260; Wertsch, 1999, pp.71-72; Wood, 1999, pp.260-262). Begge begreber er centrale for zonen for nærmeste udvikling.

Formuleringen af kognitionens sociale fundering er i dag mest kendt i form af Vygotskys (1978) udvikling af begrebet *zonen for nærmeste udvikling* (ZPD¹⁰) til beskrivelse af det spektrum af opgaver, der er for svære til, at barnet kan løse dem alene, men mulige at løse med voksne eller mere øvede jævnaldrenes hjælp. I *Mind in Society* (1978, p.86) definerer Vygotsky ZPD således: *"The distance between the actual development level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers"*. ZPD kendetegnes således ved forskellen mellem et barns faktiske og potentielle udviklingsniveau med og uden voksenhjælp. Ud fra denne tankegang synes det oplagt, at forældre via aktiv inddra-

¹⁰Fra engelsk: zone of proximal development

gelse i barnets terapi kan hjælpe barnet videre i sin kamp mod angsten, end barnet vil kunne nå alene. Overensstemmende med dette synspunkt beskriver Alan Carr (1999, p.16), at det vil være brugbart i terapien at hjælpe forældre og børn med at definere ZPD. Følgende afsnit uddyber, hvordan det i det terapeutiske arbejde endvidere vil være anvendeligt netop ud fra Carrs caseformuleringsmodel (1999) at identificere centrale risiko- og beskyttende faktorer ift. barnets angst, en tilgang. I afsnit 2.3.4. følger en uddybning af, hvorledes forældreinddragelse i barnets ZPD kan finde sted.

2.3.2. En kontekstuel og relationel udviklingspsykologisk tilgang

Udover de oven for skitserede kognitive stilladseringsfunktioner forekommer det ift. forældreinddragelsens rationale centralt at medtænke den relationelle kontekst, barnet fungerer i. Idet KAT med forældreinddragelse kan betragtes som en art familierapi, kan en systemisk forståelse¹¹ af familien anskues som en bagvedliggende tankegang i forældreinddragelsen. Nærværende afsnit trækker derfor også på mere systemisk orienteret litteratur i forklaringen af, hvorfor forældre er vigtige at inddrage. Reidun Hafstad og Haldor Øvreeides bog *Forældrefokuseret arbejde med børn* (2004) bygger på kliniske erfaringer og er systemisk inspireret. Forfatterne argumenterer for, at børn er afhængige af forældres forvaltning af børnenes ansvar, hvorfor forældre er de mest afgørende bidragsydere ift. såvel barnets udvikling som opretholdelse af evt. opståede problemer (Hafstad & Øvreeide, 2004, pp.3,13,17). Et afgørende argument for at inddrage forældre aktivt i behandlingen er således dobbeltheden i, at forældre på én gang kan være med til at vedligeholde barnets angst, men samtidig er nøglepersoner ift. behandlingen af barnets angst. Med deres skandinaviske tilgang til forældrefokuseret arbejde vægter Hafstad og Øvreeide (2004) at fremme forældres selvrespekt i forælderrollen og give dem en større forståelse for barnet og herudfra samhandle¹² med respekt for barnets behov og kompetence. I en systemisk forståelse af den modstridende situation, forældre befinder sig i ved at være både problemet og løsningen, fokuserer teorien på løsning af problemer via kommunikation (ibid., pp.3,13-14).

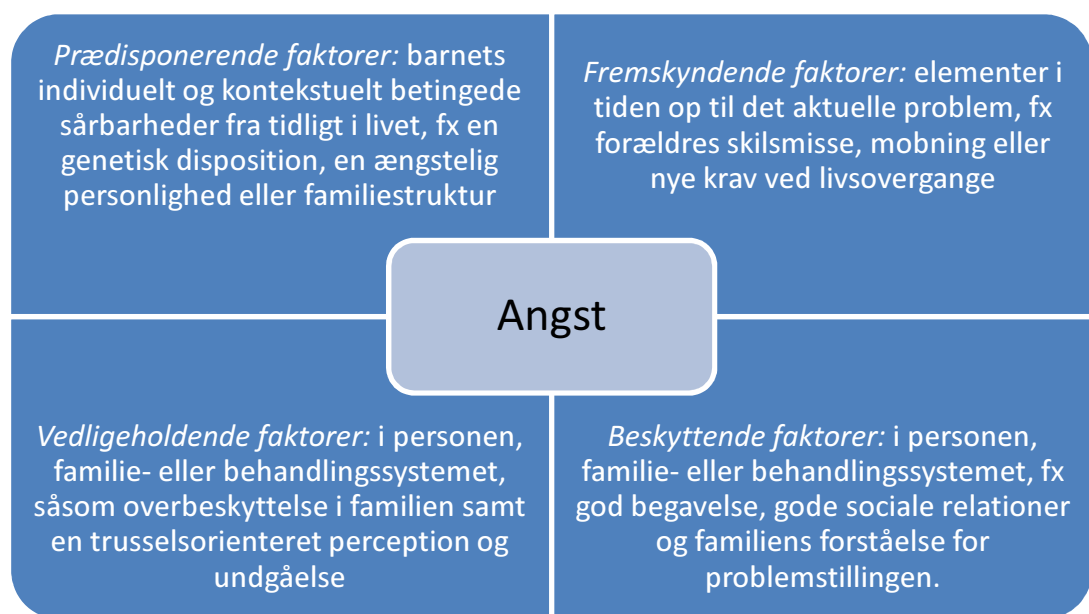
Til en nærmere belysning af, hvorledes forskellige faktorer i barnets nære miljø således kan spille ind på angstlidelsen, vælger jeg at inddrage Carrs (1999) caseformuleringsmodel, idet den indfanger centrale kontekstuelle faktorer – generelt ift.

¹¹Handler om at se børn, forældre og omgivelser som systemer af sammenhængende relationer (Hafstad & Øvreeide, 2004, p.13)

¹²Interagere

børneklinisk teori og specifikt ift. angst – der kan belyse vigtige aspekter ved forældreinddragelse. Specialet skriver sig derfor ind i Carrs (1999, p.xv) kontekstuelle og integrative tilgang, der lægger vægt på antagelsen om, at børns psykologiske problemer mest hensigtsmæssigt conceptualiseres som indlejret i multiple systemer, herunder familien. I denne multisystemiske forståelse fremsætter Carr (1999) caseformuleringsmodellen, der visualiserer udviklingspsykopatologiens dynamiske forståelse af psykiske forstyrrelser som et resultat af samspillet mellem forskellige faktorer:

Figur 5: Personlige og kontekstuelle faktorer i psykologiske problemer



Figurforklaring: Caseformuleringsmodellen organiserer forskningsbaseret viden inden for de i modellen skitserede fire typer af hhv. personlige og kontekstuelle faktorer. Figur 5 er min fremstilling og opsummering af faktorerne, der her er relateret til angstlidelsen. En kortlægning af disse faktorer muliggør en evaluering ift. det specifikke problem, her barnets angst (ibid., pp.42-43,502-503).

En indvending imod caseformuleringen er, at den blot er en sammenfatning af den viden, man allerede har i den enkelte sag. Det er imidlertid vigtigt at anerkende, at caseformuleringsprocessen er informeret af forskningsbaseret viden om den specifikke lidelse indhentet inden for rammerne af det udviklingspsykopatologiske forskningsfelt (Trillingsgaard, 2007, p.25). Caseformuleringsmodellen skriver sig således ind i traditionen inden for KAT, der adskiller sig fra andre psykoterapiskoler ved dens forpligtigelse til empirisk validering (Hougaard, 2007, p.146; Tarrier & Calam, 2002, p.312).

Ud fra Carrs (1999, pp.502-503) caseformulering for angst vælger jeg her – idet specialets omdrejningspunkt er behandlingen af angst og forældreinddragelsen heri – at fokusere på de kontekstuelle vedligeholdende og beskyttende faktorer. Disse er de centrale, når først barnet har udviklet angst, idet der hér er mulighed for at gribe ind over for vedligeholdende faktorer og udnytte de beskyttende faktorer som grundlag for terapeutisk forandring (ibid., p.507; Trillingsgaard, 2007, p.24).

Caseformuleringens styrke ligger som beskrevet bl.a. i dens evidensbaserede grundlag. Men siden 1999, hvor Carr publicerede modellen, har meget ny forskning anskueliggjort, hvorledes forældre kan facilitere såvel angsten som dens behandling ved, i Carrs optik, at fungere som enten vedligeholdende for angsten eller beskyttende imod angsten. Følgende model er med afsæt i Carrs (1999, p.503) caseformuleringsmodel for angst derfor min uddybning og modificering af risiko- og beskyttende faktorer på baggrund af nyere forskningsartiklers fund.

Figur 6: Udvidet caseformuleringsmodel for angst



Følgende afsnit klargør, hvorledes forældre kan inddrages i KAT for at benytte deres potentiale som beskyttende faktorer samt adressere risikoadfærd.

2.3.3. Hvordan inddrages forældre?

Når forældre inddrages i KAT til angste børn, er en præcisering af deres rolle, fokuset i forældreinddragelsen samt den proces, hvorigennem forældre bidrager til ændringer hos barnet, nødvendig (Stallard, 2007, p.96). En god operationalisering er endvidere afgørende for at kunne undersøge effekten af inddragelsen. Alligevel beskrives en detaljeret, tilgrundliggende model for forældreinddragelse og dennes bidrag til ændringer hos barnet sjældent eksplicit i studierne af forældreinddragelse. For at skabe et klarere billede af, hvad forældreinddragelse indebærer, har jeg som forarbejde til mit speciale foretaget et litteraturstudie (Clasen, 2010). I denne undersøgelse af, hvorledes forældre inddrages i RCTs, der sammenligner effekten af KAT til børn med og uden forældreinddragelse, fremgår det, at de forskellige metoder til inddragelse kan kategoriseres i forældretræningsteknikker, der adresserer risikofaktorer i forældreadfærden. I en udforskning af sammenhængen mellem forældretræningsteknikker og behandlingsresultater opdeler Khanna og Kendall (2009) forældreinddragelse i fire typer af teknikker, der kan oversættes til dansk således: Parental Anxiety Management (PAM) → *Forældreangsthåndtering*, Transfer Of Control (TOC) → *Kontroloverføring*, Communication skills training (COM) → *Træning af kommunikationsevner* og Contingency Management (CM) → *Belønningshåndtering*. Som supplement hertil er to andre centrale komponenter i forældreinddragelse *kognitiv omstrukturering*, der retter sig imod forældres tanker om samt forventninger til barnet, samt *psykoedukation* omkring kognitiv-adfærdsmæssig konceptualisering af angst og dens behandling (Ginsburg & Schlossenbergsen, 2002, p.149). På baggrund af studier af forældreinddragelse samt reviews på området opsummeres indholdet og formålet med disse i alt seks forældretræningsteknikker i nedenstående model:

Figur 7: Forældretræningsteknikker

Forældretræningsteknikker	Forældrevariable og -adfærd associeret med angstlidelser hos børn	Interventionens indhold
PAM	Angst hos forældre samt uhensigtsmæssig modellering af angst- og undgåelsesadfærd	Forældreangsthåndtering: Give forældre mulighed for samt eksempler på anvendelse af KAT strategier til håndtering af forældres angst med henblik på modellering af hensigtsmæssige angsthåndteringsstrategier for børn
TOC	Kontrol og overbeskyttelse, uhensigtsmæssig påtrængenhed og lav grad af autonomitildeling	Kontroloverføring: Gradvis overføring af viden, evner og metoder, der kan producere terapeutisk forandring, fra terapeut til forældre til barn, der til sidst internaliserer kontrol
COM	Kritik, konflikter i familien og negativ kommunikation	Træning af kommunikationsevner, verbale og nonverbale: forbedring af familiekommunikation og -interaktion, inkluderer træning i lytning, kommunikation, problemløsning og konflikthåndtering
CM	Uforudsigelig, inkonsistent opdragelsesstil	Belønningshåndtering: forældres træning i læringsprincipper omkring positiv forstærkning, udslukning og konsekvens
Psykoedukation	Manglende viden og forståelse	Lære den kognitive-adfærdsmæssige konceptualisering af angst og dens behandling – rationalet bag KAT – samt strategier til at adressere angstens manifestationer
Kognitiv omstrukturering	Negative kognitioner, holdninger, forventninger hos forældre om barn	Lære forældre at genkende automatiske tanker og kognitive forvrængninger og erstatte dem med mere realistiske og opmuntrende kognitioner omkring barnet og dets adfærd.

(Egen fremstilling fra Clasen (2010) på baggrund af forskningsartikler: Ibid. p.149; Khanna & Kendall; 2009, p.981; Silverman, Ginsburg & Kurtines, 1995). Figurforklaring: Modellen giver et overblik over forældretræningsteknikkerne, hvilke typer af forældreadfærd de adresserer, og hvad de indebærer. PAM: Parental Anxiety Management, TOC: Transfer Of Control, COM: Communicationskills training, CM: Contingency Management.

En gennemgang af forældreinddragelsen i det australske Cool Kids® program på Angstklinikken (herefter AK) følger i afsnit 3.

2.3.4. Forældreinddragelse i barnets nærmeste udviklingszone

På baggrund af oversigten over teknikker til forældreinddragelse søger følgende afsnit at koble og forstå forældreinddragelsens relevans ud fra en diskussion af Vygotskys (1978) tanker om ZPD, der inden for de sidste årtier har genereret megen empirisk forskning udi begrebets holdbarhed og brugbarhed – altså begrebets empiriske validitet. I en kritisk vurdering af Vygotskys teori samler Lloyd og Fernyhough (1999) såvel teoretisk som empirisk forskning i ZPD begrebet, hvor empirisk udforskning hovedsageligt har fokuseret på klassiske vestlige forældre-barn dyader i designs, hvor moderen typisk prøver at instruere barnet i en ny intellektuel færdighed, såsom at samle et puslespil (ibid., pp.x, xxi). Jeg finder bogens forskellige diskussioner af, hvorledes forældre kan assistere og instruere barnet, yderst relevante

for forældreinddragelsen i barnets terapi, idet instruktion ud fra Vygotskys (1956, p.450, if. Wood, 1999, p.71) redegørelse *skaber* en ZPD igennem intersubjektivitet på det interpsykologiske plan mellem barn og forældre. Hvis selve instruktionen danner grundlag for ZPD og barnets potentielle udvikling med voksenhjælp, synes begrebet om instruktion at være afgørende for forældreinddragelsen, der netop har til hensigt at forbedre barnets potentielle behandlingsresultater. Idet jeg vurderer, at teksterne har en relevant sammenhæng ift. forældreinddragelse søger jeg med følgende afsnit at koble diskussioner relateret til instruktion til forældreinddragelsens relevans.

Gallimore og Tharp (1999, p.296) er fortalere for en sammentænkning af neo-Vygotskianske¹³ og kognitiv-adfærdsvidenskabelige læringsprincipper, og ud fra denne tankegang beskriver de forskellige måder, hvorpå voksne kan assistere barnets præstation og dermed skabe ZPD. Specialets tilgang skriver sig med koblingen af Vygotskys teori til principper for forældreinddragelse i KAT ind i denne sammentænkning. I figur 7 ses det, at flere af Gallimore og Tharps (1999, p.299-301, p.304-305) beskrevne midler til assistance af præstation netop er tilstede i KAT programmernes forældretræningsteknikker, herunder modellering, kognitiv strukturering, indspørgen (i form af detektivtænkning¹⁴) og konsekvenshåndtering (CM). Der kan på denne baggrund argumenteres for, at aktiv forældreinddragelse i høj grad muliggør og har til formål at lære forældrene at assistere barnets præstation, således at barnet kan bekæmpe angsten. Tudge (1999, p.197) kritiserer, at det ikke, som Vygotsky fremsætter, er intersubjektiviteten i sig selv, men derimod selve arbejdet hen imod at opnå en fælles forståelse, der medfører forandring. Forældreinddragelsen tilvejebringer netop familiens fælles arbejde hen imod forståelse af angsten og dens behandling, idet forældre og børn igennem forældrenes inddragelse i terapien sammen lærer principperne bag KAT, og skal samarbejde omkring løsning af opgaver både under terapien og i hverdagen i arbejdet med hjemmeopgaver. I denne ramme kan selve inddragelsen i barnets KAT ses som samarbejdet hen imod en fælles forandring. Hvorledes forældrene i dette arbejde overensstemmende med ZPD skal finde balance i deres støtte til barnet, så de hverken forsikrer eller forsømmer

¹³Vygotskys russiske efterfølgere har udbygget hans ideer til en teori, der integrerer kognitive, motivationsskabende og sociale aspekter af barnets udvikling (Karpov, 2006)

¹⁴Se figur 9

barnet, kan beskrives ud fra den succesfulde forældreeksperter¹⁵ tendens til at støtte eller scaffolde afhængigt af barnets præstation, således, at støtten tilbydes, når barnets forsøg slår fejl og støtten er nødvendig, og trækkes tilbage, når barnet klarer sig succesfuldt (Heckhausen, 1999, pp.81-82). At finde balancen mellem at støtte og udfordre barnet er netop centralt i arbejdet med angst, idet forældre til angstbørn ofte er overbeskyttende og ”redder” barnet fra angstprovokerende situationer. Dette kan opretholde en ond cirkel, hvor barnet aldrig får afkræftet forvrængede forståelser, som fx ”alle hunde bider børn”, som hænger sammen med såvel følelsen af angst som lav grad af tiltro til egne evner (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006, p.849; Leth et al., 2008, p.59). I en Vygotskiansk forståelse kan manglende udfordring således føre til manglende opfyldelse af barnets potentiale (Heckhausen, 1999, p.82). Hensigten er derfor en gradvis overdragelse af kontrol til barnet selv, som netop TOC elementet i forældreinddragelsen træner (se figur 7), hvilket kan beskrives som internalisering i det empirisk underbyggede skift fra anden-regulering til selv-regulering (Gallimore & Tharp, 1999, p.297; Wertsch, McNamee, McLane & Budwig, 1999, pp.102, 110). I forældrenes inddragelse i barnets KAT sker overdragelsen bl.a. gennem brugen af detektivtænkning, hvor forældre udfordrer barnets kognitioner frem for blot at forsikre dem, således at barnet på sigt internaliserer den logiske tænkning, der skal hjælpe det i kampen mod angsten og uhensigtsmæssige kognitioner (Rapee et al., 2010).

På trods af ovenstående solide teoretiske argumenter for at inddrage forældre i det angstbarns terapi, og den alment accepterede kliniske holdning, at forældreinddragelse øger effekten af børnefokuseret KAT, giver det nuværende bevisgrundlag ikke overbevisende og entydig dokumentation for, at den aktive inddragelse af forældre forbedrer KAT til angstbørn (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006, p.846; Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, pp.233,247; Silverman et al., 2009, p.480; Stallard, 2007, p.98). Heller ikke en grundig granskning af det empiriske grundlag samt sammenligning af effektstudiers operationalisering af forældreinddragelse synes at vise solid signifikant effektforskel mellem de to aktive behandlingsgrupper – med og uden forældre (Clasen, 2010). Har forældreinddragelsen ingen yderligere effekt, eller har man indtil nu ikke været i stand til at påvise denne empirisk? I en mere procesorienteret tilgang til studiet af forældreinddragelse finder jeg det interessant at

¹⁵Ekspert forstås her som modsætning til barnet som novice

anskueliggøre, hvorvidt forældres oplevelse af deres inddragelse og rolle i barnets terapi kan være en overset medierende faktor med betydning for barnets ændringsprocesser og dermed terapiens effekt. Forud for en empirisk undersøgelse heraf er det imidlertid vigtigt at opnå viden om allerede eksisterende forskning på området, hvorfor følgende afsnit belyser empirisk forskning inden for forældres oplevelse af behandlingen af børns psykiske lidelser, herunder angstlidelser.

2.4. Forældres oplevelse

For at fokusere min egen undersøgelse har følgende gennemgang af studier inden for forældres perspektiv til hensigt at redegøre for vigtige argumenter for at undersøge forældres oplevelse af inddragelsen i barnets terapi samt centrale resultater, der kan være relevante at forfølge i mit studie.

2.4.1. Hvorfor er forældres opfattelse og oplevelse vigtig?

I et review af eksisterende forskning i familiefaktorer i børns angst gennemgår Bögels og Brechman-Toussaint (2006, p.835) fire typer af variable associeret til angstlidelser hos børn. Disse er: 1) tilknytning, 2) bredere familiefaktorer, 3) forældres opdragelsesstil og forældreadfærd, 4) forældres overbevisninger om barnets angste adfærd, og hvordan disse kan påvirke opdragelsesadfærd. Nærværende teoriansnit har indtil nu beskæftiget sig med aspekter tilknyttet det tredje punkt, forældreadfærds påvirkning af barnets angst, og vender sig nu til et emne associeret til det fjerde punkt, nemlig forældres oplevelser og overbevisninger.

I løbet af de seneste årtier er der inden for feltet af tidlig intervention til børn sket et skift i synet på familien, hvor familien nu ikke længere ses som passive modtagere, men vægtes som bemyndigede samarbejdspartnere (Farrell, O'Sullivan & Quinn, 2009, p.62). Få studier har imidlertid undersøgt forældres perspektiv på og oplevelse af barnets behandling, hvilket er overraskende i lyset af, at angst påvirker hele familien, samt at interventionernes anvendelighed kan være begrænsede af forældres holdninger til den foreslåede behandling (Chavira, Stein, Bailey & Stein, 2003, p.315; Storch, 2009, p.250). Farrell et al. (2009, pp.63-64) rapporterer, at familiecentrerede praksisser og familiens deltagelse tidligere er undersøgt vha. på forhånd fastlagte og dermed valgtvungne svarformater udformet på baggrund af professionelles perspektiver via selvrapporteringstjeklister. Disse tilgange har deres berettigelse, men de indfanger ikke kontekstuelle indflydelser samt familieperspektiver så

meningsfuldt som kvalitative metoder, der også kan validere og komplementere kvantitative fund.

Man kunne forvente, at når behandlingen aktivt inddrager forældre, så vil forældres oplevelse heraf være endnu mere central, og Chavira et al. (2003) peger da også på, at videre forskning kan drage nytte af at undersøge, hvorvidt kliniske interventioner til børn med angstlidelser vil være mere effektive, hvis forældres holdninger og overbevisninger omkring behandlingen adresseres. Imidlertid forelægger der, efter min bedste overbevisning, ingen publicerede studier omhandlende forældres oplevelse af at blive inddraget i barnets kognitive angstterapi¹⁶. Forinden jeg påbegynder min undersøgelse heraf, forekommer det centralt at se nærmere på relevante fund fra kvalitative studier, der undersøger forældres oplevelser, perspektiv, meninger eller holdninger ifm. deres barns behandling.

If. Becks (if. Alford & Beck, 1997) model omkring sammenhængen mellem emotion, cognition og handling influerer kognitive processer, herunder overbevisninger og opfattelser, handlinger og emotioner. Overensstemmende hermed fremlægger Bögels & Brechman-Toussaint (2006, p.847) bevis for, at forældres overbevisninger omkring barnet former opdragelsesadfærd, som igen er associeret til udviklingen og vedligeholdelsen af barnets angst (Ginsbrug & Schlossenberg, 2002). Der er derfor rationale for at se nærmere på forældres opfattelser og deres perspektiv på inddragelsen, idet dette kan tænkes at påvirke netop den adfærd, der vedligeholder barnets angst.

2.4.2. Forældres rolle og perspektiv

Hartzell, Seikkula og von Knorring (2010) foretager en undersøgelse af forældres opfattelse af deres første møde med psykiatrien ifm. barnets behandling. En grounded theory analyse, på baggrund af interviews med 13 forældre 1-2 uger efter det første møde, viser dels, at forældrene oplevede usikkerhed omkring deres rolle i mødet og i planlægningen af forløbet, og dels at det var vigtigt for forældrene at få lejlighed til at dele deres perspektiver. Forældrene oplevede bl.a. at få lov til at se problemet fra barnets perspektiv samt erfare, at det pågældende problem, familien søgte hjælp til, ikke kun var barnets problem. Endvidere var oplevelsen af accept og håb, som prægede det første møde, vigtig for forældrene (ibid., pp.281-282). Idet

¹⁶På baggrund af en artikelsøgning på PsycNET på emneordene: perspective, experience, opinion, interview kombineret med parent

dette svenske studie undersøger såvel børn, terapeuter som forældres oplevelse af det første møde, foregår interviewet med dem alle på én gang. Dette kan ses som et bias, idet tilstedeværelsen af såvel terapeut som barn måske begrænser, hvad forældrene fortæller. Endvidere begrænses resultaterne af, at gruppen af børn ikke havde samme type af lidelser. Ift. specialets undersøgelse er flere af studiets resultater dog interessante, hvorfor de følgende fremlægges.

Et interessant fund er, at mange af forældrene i Hartzell et al.s (2010, p.283) studie ikke så deres egen rolle og tilstedeværelse som væsentlig, og størstedelen af de interviewede forældre nævnte ikke spørgsmålet om deres deltagelse, selvom forældrene havde været tilstede under mødet. Flere gav også udtryk for usikkerhed omkring deres position i mødet, og omkring hvorvidt deres tilstedeværelse var givtig for barnet eller ej. Alligevel ytrer flere forældre, at de satte pris på den plads, deltagelsen skabte til deres perspektiv og hvordan de så situationen (ibid., pp.283, 285). Overensstemmende hermed er Farrell et al.s (2009, p.71) resultater, der bygger på en fokusgruppeundersøgelse med 12 mødre omkring udredningspraksis fra familieperspektiv. På baggrund heraf finder de bl.a., at forældre oplever forvirring omkring deres rolle samt et generelt behov for mere information om forløbet. I lyset af disse fund synes en udforskning af forældrenes perspektiv på inddragelsen i barnets terapi med fokus på, hvorledes de ser deres rolle, væsentlig.

På den psykiatriske afdeling, hvor Harzell et al.s (2010, p.274) undersøgelse finder sted, var der ingen formuleret politik omkring forældres deltagelse, hvorfor og hvordan de skulle deltage, og derfor var der ingen eksplicite forventninger til forældrenes tilstedeværelse. Dette kan i høj grad have påvirket forældrenes forvirring omkring deres rolle, og man kunne måske nå frem til andre resultater, hvis undersøgelsen tog udgangspunkt i en mere manualbaseret¹⁷ behandling, hvor forældrenes rolle er mere tydelig. Dette er bl.a., hvad jeg gerne vil undersøge. Ved at undersøge forældrenes perspektiv løbende, med observationer og et fokusgruppeinterview undervejs i terapien, håber jeg endvidere at få indblik i processen, der danner ramme for forældrenes oplevelse. I modsætning til Hartzell et al.s (2010) undersøgelse ud fra et enkelt møde, muliggør min undersøgelse af forældres oplevelse af hele terapiforløbet 10 sessioner forhåbentlig en dybere indsigt i forældrenes perspektiv.

¹⁷En terapimanual er en konkret, handlingsanvisende indføring i en bestemt terapeutisk metode, og således en art operationel definition af metoden (Hougaard, 2007, pp.148-149)

Endvidere vil specialets undersøgelse af forældre til børn med samme lidelse måske give andre resultater (ibid., p.288).

2.4.3. Forældres holdning og oplevelse ifm. barnets angstlidelse og behandling

Inden for angstområdet har enkelte kvalitative studier udover Bögels og Brechman-Toussaint (2006) gennem spørgeskemaer og dagbogsrapporter undersøgt forældres oplevelse af og holdning til børns angst og selve behandlingen heraf i relation til diagnosefastsættelse og behandlingsaccept (Allen, Blatter-Meunier, Ursprung & Schneider, 2010; Chavira, et al, 2003; Storch et al., 2009).

Chavira et al. (2003, pp.316,318) undersøger, på baggrund af spørgeskemaer og semistrukturerede diagnostiske interviews, forældres holdning til behandling af socialangst hos børn, og finder frem til, at forældre har mere positive holdninger til rådgivning frem for medicinsk behandling. Frem for holdninger adresserer Storch et al. (2009, p.249) forældres oplevelse af at have et barn med OCD. Resultaterne viser, at det er en foruroligende oplevelse for forældrene. På baggrund af bl.a. ratingscales, der vurderer forældres tilpasning ifm. at passe et sygt barn og omsorgspersonens belastning, fremgår det, at adressering af forældres oplevelser og erfaringer, som en del af et familiebaseret KAT behandlingsprogram for børns OCD, måske kan hjælpe med at reducere forældres foruroligelse og forbedre patientprognose (ibid., pp.251-252, 256).

I relation til forældreinddragelsen i KAT er det interessant, at dét at sætte fokus på forældres oplevelse og skabe rum for disse gennem forældres inddragelse måske vil være af gavn for forældre og mindske deres bekymringer og herigennem også komme barnet og dets bedring til gavn. Det synes derfor interessant netop at undersøge forældrenes oplevelse af deres inddragelse og rolle i barnets terapi, hvilket ikke har været fokus i de gennemgående studier.

2.5. Gruppedynamik i gruppeterapi

Et aspekt, der kan påvirke forældrenes oplevelse af terapien, er dens gruppeformat. Under størstedelen af terapisessionen på AK er forældre og børn delt op således, at de modtager terapi hver for sig i grupper af hhv. seks børn og tolv forældre. Det er interessant, hvorvidt denne udformning af terapien har betydning for forældres oplevelse.

RCTs af kognitiv gruppeterapi til angst børn med forældreinddragelse viser, at effektiviteten af KAT ikke kompromitteres ved at administrere terapien i gruppeformat (Barrett 1998, p.466; Cobham, Dadds & Spence, 1998, p.903). Studier af gruppeKAT til angst børn argumenterer for, at fordele ved gruppeterapikonteksten kan være kilde til øget forstærkning, positiv modellering mellem børnene, normalisering, feedback, hjælpeadfærd, forstærkning af relationen mellem børnene og mellem terapeut og barn samt udvidelse af støtten mellem familier i løbet af og efter endt terapi (Barrett, 1998, p.460; Silverman et al., 2009, p.120). Disse gruppemekanismer kan muligvis også være aktuelle for forældregruppen; at forældre får mulighed for at modellere andre rollemodeller og oplever normalisering ved at høre beretninger fra andre forældre til angst børn. Gruppeformatet muliggør også en støtte forældrene imellem: voksne har ligesom børn zoner for nærmeste udvikling og kan have behov for støtte til deres indsats (Gallimore & Tharp, 1999, p.323), fx ift. håndteringen og opdragelsen af et angst barn. Ud fra Vygotskys (1978) teori om ZPD er det sandsynligt, at forældrene via deres inddragelse i gruppeterapien vil få støtte fra såvel terapeuten som de andre forældre¹⁸ til bedre at kunne hjælpe deres angst børn.

Ud fra en socialpsykologisk tilgang til gruppepsykologi synes det ydermere sandsynligt, at gruppeformatet ikke kun kan facilitere gruppeprocesser af gavn for terapien, men også forældrenes motivation for at deltage i barnets terapi, hvilket er særligt relevant ift. forældrenes oplevelse af deres inddragelse. Begrebet gruppesamhørighed kan siges at indfange essensen af at være en gruppe, idet det dækker over gruppens solidaritetsfølelse og gensidige støtte mellem medlemmer på baggrund af deres positive vurdering af gruppen samt en høj motivation og vilje til at være en del af gruppen. Høj gruppesamhørighed medfører mere aktive medlemmer, der konformerer mere ift. gruppens standarder, normer og opgaver samt forbedret intragruppe kommunikation og øget sympati. Der er ydermere højere grad af sikkerhed i disse typer af grupper, hvilket giver mindre angst og højere selvtillid (Hogg & Vaughan, 2005, pp.291-292; Janis, 1983). Ud fra denne teori er det sandsynligt, at hvis terapi-gruppen har stor samhørighed, kan dét at være en del af gruppen i sig selv være angstreducerende, både for børn og forældre. Der vil endvidere være større sandsynlighed for, at familierne er engagerede, motiverede og gør det nødvendige arbejde, fx hjemmeopgaver, til at gennemføre forløbet.

¹⁸Der ud fra Vygotskys (1978) terminologi kan betragtes som deres "jævnaldrende"

2.5.1. Gruppenspecifikke faktorer

Litteratur om kognitiv gruppeterapi beskæftiger sig ikke uddybende med gruppens dynamikker, hvorfor jeg her anvender Foulkes begreber om gruppedynamikker trods specialets overordnede kognitive referenceramme. Siegfried Heinrich Foulkes (1964) var grundlægger af gruppeanalysen som terapeutisk tilgang, hvori gruppeprocessens terapeutiske effekt anvendes. Foulkes var uddannet psykoanalytiker men i høj grad inspireret af både gestaltpsykologi, neuropsykologi og socialpsykologi, og han bevæger sig væk fra sit psykoanalytiske ophav i sin anskuelse af sindet som socialt funderet og udtryk for interaktionsprocesser mellem individer (ibid.; Bechgaard, 1994. pp.11-12,16,21). Dette menneskesyn synes kompatibelt med Vygotskys (1978) anskuelser af kognition som socialt funderet, selvom jeg tager forbehold for, at de to teoretikere er fra forskellige teoretiske skoler. Som det også er udgangspunktet i kognitiv terapi, vægter Foulkes vigtigheden af fokuset på klientens nutid. Foulkes beskriver seks gruppenspecifikke faktorer, der er gældende i alle grupper og kan udnyttes terapeutisk, idet de kan føre til ændringer. De seks faktorer er 1) *social integration*: individet bringes ud af isolation og ind i en social situation, og i gruppen som et beskyttet rum, hvor individet kan føle sig forstået, 2) *spejlings fænomenet*: personens opdagelse af, at andre kan have samme vanskeligheder, hvilket kan reducere skylden og skabe en følelse af lettelse, hvilket muliggør at personen kan se sig selv i et nyt lys, 3) *fortætning*: det er lettere for et gruppemedlem at italesætte sit eget problem, hvis temaet allerede er blevet slået an af andre, hvorved gruppemedlemmerne finder genklang i gruppen, 4) *udveksling*: oplevelsen af jævnbyrdighed gruppemedlemmerne imellem kan gøre det nemmere at acceptere samt lade sig influere af gruppemedlemmernes udtalelser frem for terapeutens 5) *gruppen som forum*: i gruppen ser det enkelte medlem forskelle og ligheder mellem sig selv og andre, hvilket muliggør, at personen kan lære sig selv bedre at kende, 6) *gruppen som støtte*: støtten beror på gruppens kommunikationsproces, at medlemmer med samme problemer tilbyder sig som støtte og giver hinanden mulighed for identifikation (Foulkes & Anthony, 1965, pp.147-152). På baggrund af overvejelserne om gruppens mulige betydning kunne det være interessant at undersøge, hvorledes forældrene oplever terapiens gruppeformat ift. deres inddragelse og rolle i terapien, samt hvorvidt de gruppenspecifikke faktorer gør sig gældende i den *kognitive* terapi og i forældrenes alenetid.

3. Angstklinikken

Forud for beskrivelsen af specialets metode ønsker jeg at præsentere lokaliteten, hvor dataen indsamles, idet specialets design er skræddersyet hertil. Følgende præsentation af Aarhus Universitets Angstklinik og deres terapiprogram har til hensigt at formidle en forståelse for det felt, specialeempirien indsamles i ud fra en beskrivelse af informantrekrutteringen samt Angstklinikkens forældreinddragelse.

3.1. Kontakt og informantrekruttering

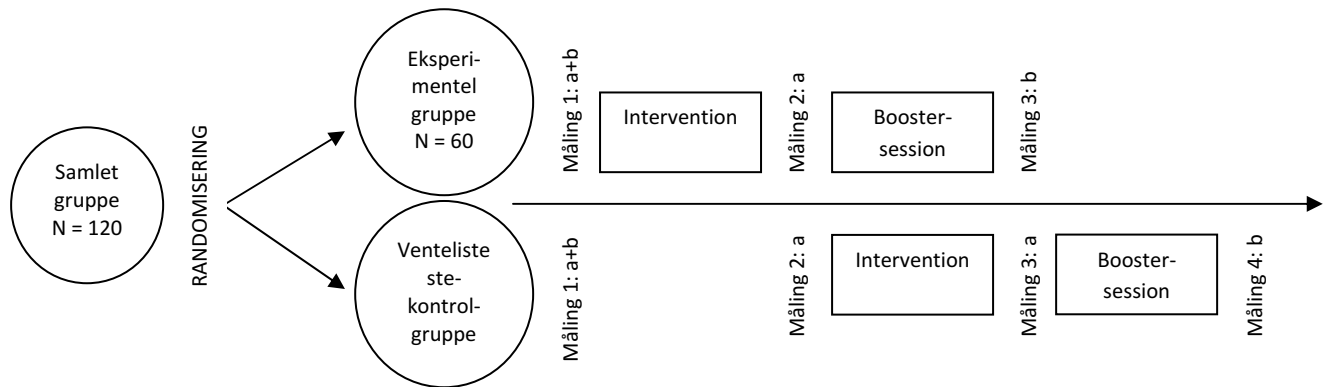
I planlægningen af min empiriindsamling havde jeg brug for kontakt til et behandlingssted, der inddrager forældre i barnets kognitive angstbehandling. En medstuderende oplyste mig om AK, en specialklinik oprettet i 2009, der tilbyder psykologisk behandling til børn og unge med angstlidelser. Ud fra Brymans (2004) beskrivelse af adgangsstrategier kan min kontakt til AK beskrives som følgende: jeg kontaktede klinikkens leder, der kan betegnes som *gatekeeperen*, pr. telefon og med reference til den medstuderende, der her fungerede som min *sponsor*, forklarede jeg *gatekeeperen* om mit projekt og ærinde. Vi aftalte et møde, under hvilket vi *forhandlede om betingelserne* for min undersøgelses gennemførelse, som bl.a. var AKs adgang til min data efter endt undersøgelse, samt at min undersøgelse vil gå ind under klinikkens forskning og etiske godkendelse samt samtykke. Efterfølgende bestod min informantrekruttering i udformning af et brev til forældrene med oplysning om undersøgelsen (se bilag 1), som gruppens terapeut videregav til forældrene. Samtlige forældre gav mundtligt samtykke til, at jeg kunne observere deres terapisessioner samt foretage et fokusgruppeinterview med hele gruppen, og to ud af de i alt seks forældrepar meldte sig ydermere til at deltage i de individuelle interviews.

3.2. Angstklinikkens terapi og forældreinddragelse

Angstklinikken er en forsknings- og undervisningsklinik på Aarhus Universitet, der for første gang tester en dansk oversættelse af det australske evidens- og manualbaserede Cool Kids® program udviklet af Rapee med kolleger (2010). En opgørelse af de første 24 8-12 årige børn, klinikken har behandlet, viser, at 68% af børnene tre måneder efter afsluttet forløb ikke længere opfylder de diagnostiske kriterier for en angstlidelse (Thastum & Jørgensen, 2011, p.13). AKs formål er at behandle i alt 120 børn og unge i alderen 7-17 år for angst, der kræves ikke henvisning fra professionelle for at modtage behandling, og behandlingen er gratis. Nedenstående model

skildrer forløbet på AK og deres randomiserede, kontrollerede interventionsundersøgelse:

Figur 8: Oversigt over Angstkliniikkens forsknings- og behandlingsforløb



Egen fremstilling inspireret af Zachariae (1998). Figurforklaring: Randomisering betyder, at tildeling til hhv. eksperimentel (behandlingsgruppe) eller venteliste kontrolgruppe er tilfældig, og kontrolgruppen muliggør vurdering af behandlingens effekt sammenlignet med en gruppe, der ikke har modtaget behandling (Zachariae, 1998, pp.52-55). Forud for behandlingen møder familien op på Angstklinikken til en forundersøgelse, der består af to vurderende samtaler samt et diagnostisk interview (måling b). Inklusionskriterier for at deltage i forskningsprojektet er angst som væsentligt og behandlingskrævende problematik, og eksklusionskriterier er en komorbid svær eller ubehandlet lidelse, fx gennemgribende udviklingsforstyrrelse eller svær depression, samt IQ under 70. Ved inklusion underskriver familierne en samtykkeerklæring og oplyses om den randomiserede gruppertildeling, og at venteliste kontrolgruppen først tre måneder efter vil modtage terapi. Tre måneder efter terapiforløbets afslutning er en opfølgende boostersession, hvor der igen laves diagnostiske interviews. Familierne svarer ligeledes på en række spørgeskemaer (måling a) før forløbet, efter forløbet og ved boostersessionen (Hougaard, Thastum, Jørgensen & Matthiesen, 2011, pp.41-44).

Den manualbaserede behandling, der udgør interventionen, består af 10 sessioner fordelt over 12-16 uger med et fast tema og indhold for hver session. I sessionerne lærer børn og forældre forskellige teknikker til håndtering af barnets angst og psykoedukeres om angst. Boksen neden for opsummerer Cool Kids® programmets vigtigste kognitivt-adfærdsterapeutiske teknikker:

Figur 9: Centrale kognitive og adfærdsterapeutiske teknikker

Detektivtænkning	• Kognitiv: Vedrører forholdet mellem tanker og følelser, følelser er et direkte resultat af tanker. Først skal barnet identificere tanken bag følelsen, dernæst skal de i rollen som detektiv undersøge sandsynligheden for en tanke med beviser og modbeviser, og til sidst skal barnet prøve at komme frem til alternative tanker
Bekymringssurfing	• Kognitiv: Opøver bekymringstolerance, idet børn med angst ofte har en lav tolerancetærskel mht. angst. I bekymringssurfing skal barnet lægge mærke til bekymringen, men tackle den konstruktivt ved at fortsætte det, de er i gang med at gøre og surfe henover bekymringen ved at give det, man er i gang med, mest mulig opmærksomhed
Trappetiger	• Adfærdsterapeutisk: En eksponeringsteknik, der bruges til at overvinde frygten, især ved undgåelse. Teknikken er baseret på princippet, at frygten kun kan bekæmpes ved at se den i øjnene. Via en trappetige brydes vejen til at se ens frygt i øjnene op i trin, så angsten angribes gradvist startende i det små og med de store problemer til sidst

(Egen fremstilling på baggrund af Lyneham, Abbott, Wignall og Rapee (2010a, pp.14-15,25-26,38-39))

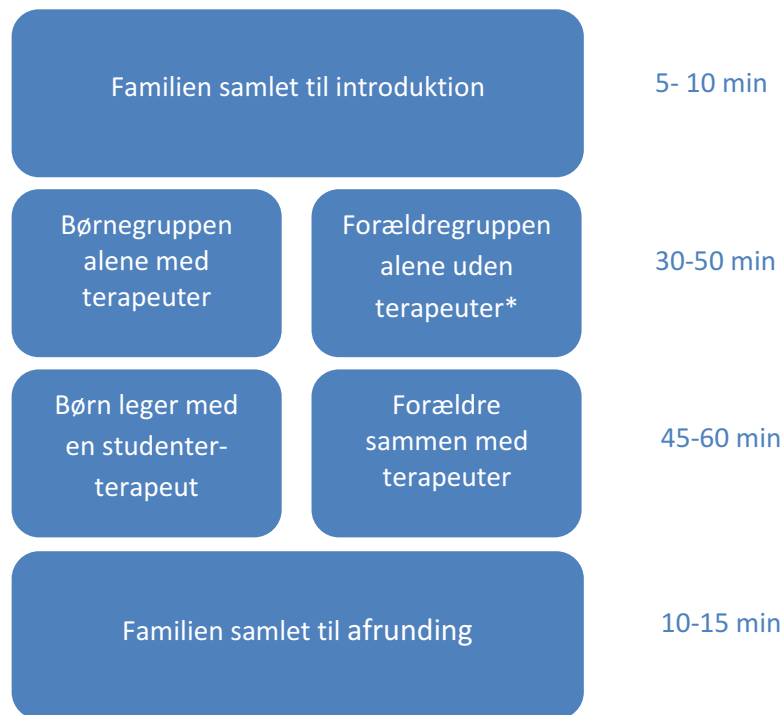
Et væsentligt element i Cool Kids® programmet er, udover indholdet i sessionerne, hjemmeopgaverne, som børnene med forældrenes støtte laver imellem sessionerne. Både sessionerne og hjemmearbejdet tager afsæt i arbejdshæfter til hhv. barn og forældre, illustreret til højre. Hæfterne indeholder materiale samt hjemmeopgaver til hver af de 10 sessioner (Hougaard et al., 2011). Ligeledes har terapeuten en manual (Rapee et al., 2010).



Heidi Lyneham, Maree Abbott, Ann Wignall & Ronald Rapee
Macquarie University Anxiety Research Unit

I kraft af at være en undervisningsklinik har AK også funktionen at træne psykologistuderende i KAT, hvorfor tre studerende pr. behandlingsgruppe indgår som en aktiv del af behandlingen. Hver session på AK varer to klokke timer, der alle forløber som følger (ibid., p.8):

Figur 10: Oversigt over sessionsopbygning



(Egen fremstilling) Figurforklaring: Hver session forløber som illustreret i modellen. *Omtales herefter som forældrenes alenetid.

Cool Kids ® programmet har if. AK en høj grad af forældreinddragelse (Thastum & Jørgensen, 2011, p.13). Forældrene inddrages via psykoedukation om angst og KAT teknikkerne og deres egen mulige rolle i barnets angst adresseres i form af drøftelse af uhensigtsmæssig adfærd ift. et ængsteligt barn. Forældrenes rolle i barnets kamp mod angsten ekspliciteres: de skal fungere som støttende coaches, og forældrene skal hjælpe børnene med eksponering samt rose og belønne dem for deres indsats (Lyneham et al., 2010a)¹⁹.

Når familierne deltager i behandlingen på AK indvilger de samtidig i at medvirke i klinikkens forskning. Min undersøgelse hører ind under denne forskning og har dermed AK etiske godkendelse fra Videnskabsetisk komité ved Aarhus Universitet samt forældrenes samtykke til publikation (se bilag 3).

¹⁹For yderligere oplysninger om AK se bilag 2

4. Metode

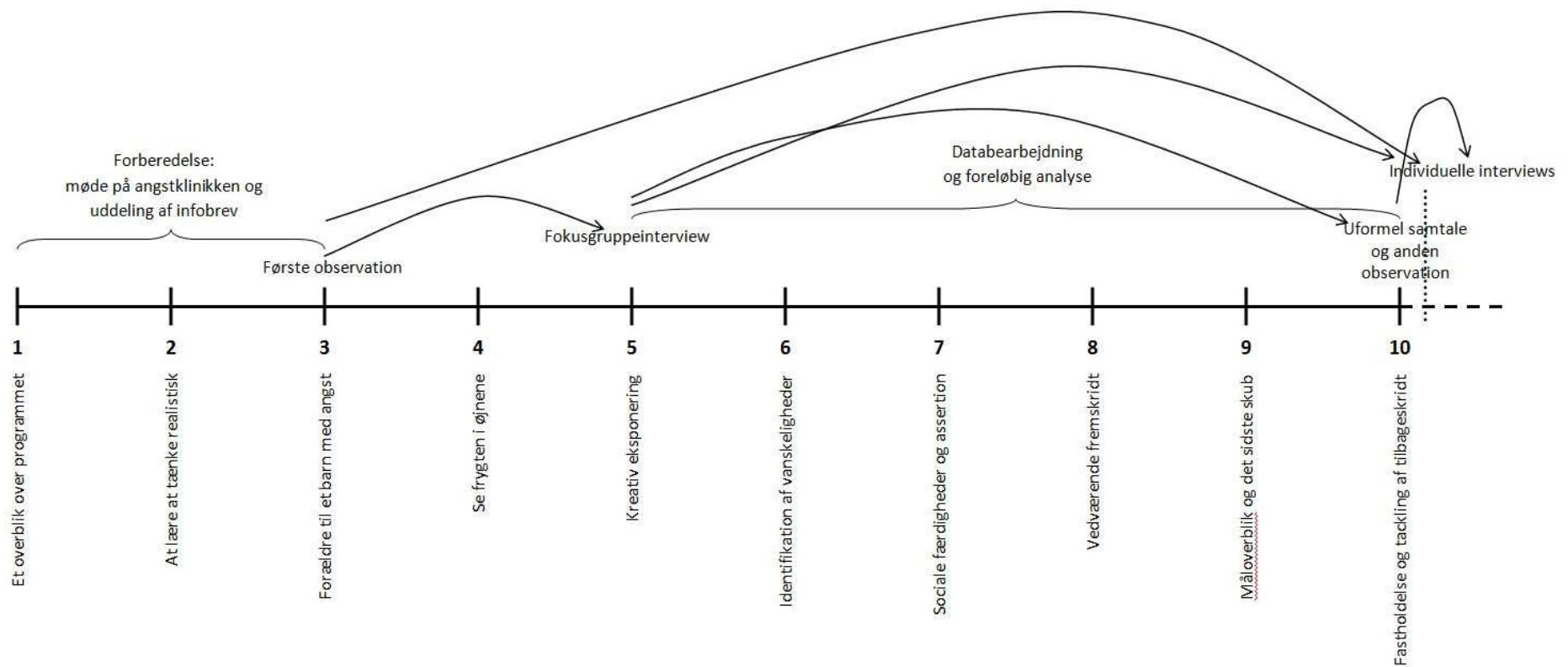
Metodeafsnittet har til formål at uddybe specialets i afsnit 1.2 indledningsvist præsenterede form: metoden. Af metoderelevante overvejelser præsenteres først *specialets design*, dernæst de hertil knyttede væsentlige *videnskabsteoretiske overvejelser*. Herefter beskrives elementerne i den *kvalitative metodetriangulering* og metodeafsnittet afsluttes med udformningen af en *strategi til databearbejdning*.

4.1. Design

Designafsnittet har til hensigt at beskrive, hvorledes forældres oplevelse af deres inddragelse og rolle i barnets terapi som en mulig medierende faktor bedst kan undersøges. Først følger en argumentation for valget af en kvalitativ metode ud fra en forankring af specialet inden for psykoterapiforskning. Psykoterapi er først og fremmest opstået på baggrund af kliniske erfaringer, hvorfor psykoterapiforskning, der overordnet kan opdeles i effekt- og procesforskning, først igennem de seneste årtier har fået et omfang og en status, der giver forskningen indflydelse på psykoterapiens praksis (Hougaard, 2004, pp.81,88). Dog påpeger flere forfattere den mulige kløft mellem forskning i terapi og klinisk praksis samt behov for forskning, der kan overskride kløften (Hougaard, 2007; Kvale, 2007). Tilsvarende en skelnen imellem effekt- og procesforskning argumenterer mediationsforskning inden for forældreinddragelse for ikke kun at evaluere behandlingens effektivitet, men også undersøge mere procesorienterede problemstillinger relateret til forældreinddragelse, således at forskning både har potentiale til at avancere teori og lede til bedre klinisk praksis (La Greca et al., 2009, pp.377-378). Kvale (2007, pp.87,92) pointerer endvidere, at der kan åbnes op for overskridelse af skismaet mellem terapiforskning og praksis via en postmoderne vidensforståelse, der ser viden som situeret og knyttet til tolkninger, meninger og oplevelse. Denne forståelse ligger tæt op ad den kvalitative tilgang. Der er således grund til at antage, at problemformuleringen og undersøgelsens vægtning af forældres *oplevelse* af inddragelse i et processuelt perspektiv samt inddragelsens *betydning* vil drage nytte af at anvende en kvalitativ metode, da oplevelse og betydning forstås ud fra et idiosynkratisk perspektiv, med udgangspunkt i det særegne. Ydermere er den kvalitative metode særdeles anvendelig til at indfange komplekse begreber (Yin, 1994), hvilket netop er mit ærinde med undersøgelsen af forældres oplevelse af deres inddragelse. Min kvalitative metodetriangulering vil bestå af observationer af terapisessioner, et fokusgruppeinterview med forældregruppen og

individuelle interviews med to forældrepar efter terapiforløbets afslutning. Designets delelementer og rækkefølge illustreres i nedenstående oversigt:

Figur 11: Oversigt over studiets design og sessionsforløbet på Angstklinikken som ramme



(Egen fremstilling) Figurforklaring: Ovenstående oversigt over specialets design er tænkt ind i Angstklinikkens terapiforløb. Den vandrette linje repræsenterer en tidslinje, under tidslinjen ses det manualbaserede forløb, som udgør de terapisesioner, gruppen følger. De ti sessioner strækker sig over 13 uger (idet der er pause mellem enkelte sessioner) fra februar til maj. Alle ti sessioner har forskellige temaer og fokusområder, som starter ud med at være psykoedukerende om angst og kognitive teknikker, fx detektivtænkning og bekymringssurfing, og dernæst bevæger fokus sig over i anvendelsen af teknikkerne med eksponering via træpestiger.

Over linjen er mit design illustreret. Designet er tænkt ind i og bygget op omkring de ti terapisesioner, grupperne på AK følger. Jeg skal følge en enkelt terapigruppe i min empiriindsamling. Designets elementer er to observationer og tre interviews, som ud fra ovenstående model forløber som følger: observation 1, fokusgruppeinterview, uformel samtale, observation 2, individuelle interviews.

Det er vigtigt at overveje rækkefølgen af designets elementer; jeg vælger at observere terapi forud for interviewene, idet interviewet vil kunne inddrage og samtale ud fra observationerne. Den første observation i session 3 vil hovedsageligt fungere som en indføring i feltet og som forberedelse til fokusgruppeinterviewet, som er placeret i session 5, hvor gruppen netop er halvvejs i forløbet. En uformel samtale med gruppens terapeut samt en observation efter gruppeinterviewet og lige før terapiens afslutning muliggør opfølgning på interessante emner, der er dukket op i fokusgruppen, og kan give mig indtryk af, hvor de forældre, jeg skal interviewe individuelt, befinder sig (fx ift. hvor langt familierne er nået med angsten). De to observationer, som også er udvalgt ift. relevansen af sessionens tema, muliggør med deres forskellige tidsmæssige placering ydermere, at jeg får indblik i såvel "psykoedukations-" som "eksponeringsfasen" (jf. afsnit 2.2. om terapiens todeling). Både observationer og fokusgruppeinterview vil fungere som empiri i sig selv, men som illustreret ved pilene på modellen vil de have det primære formål at forberede og kvalificere interviewguiden til de individuelle interviews med to forældrepar. De individuelle interviews vil først finde sted, når terapiforløbet er afsluttet, således at forældrene udtaler sig om deres inddragelse på baggrund af hele forløbet.

Forinden designets elementer uddybes, er det væsentligt at præsentere de videnskabs-teoretiske overvejelser, empiriindsamlingen bygger på.

4.2. Videnskabsteoretiske overvejelser

Følgende afsnit redegør for specialets videnskabsteoretiske præmisser ifm. forskningsprocessen. Specialets design skal forstås inden for et videnskabsteoretisk ståsted i en postmoderne ramme, hvor viden ses som relationel, pragmatisk, kontekstuel og knyttet til oplevelse. Den postmoderne vidensforståelse kritiserer således positivismens opfattelse af viden som et spejlbillede af en objektiv verden, og fremhæver i stedet viden som en social virkelighedskonstruktion (Kvale, 1997, pp.51-52,70).

Ud fra specialets indlejring i opfattelsen af viden som kontekstuel forankret giver det mening endvidere at fremhæve Hougaards (2004, pp.85-86) skildring af, hvorledes humanistisk psykoterapiforsknings lovmæssigheder har begrænset sociokulturel og historisk rækkevidde, idet lovmæssighederne gælder for særlige individer under særlige omstændigheder. I Hougaards (2004) beskrivelse af empirisk udforskning af psykoterapi skelner han mellem to videnskabelige paradigmer: empirisme/naturalisme over for hermeneutik/humanisme. I disse rammer indlejrer specialet sig i det humanistiske paradigme, overensstemmende med den kvalitative metodologi. Af videnskabsteoretiske traditioner trækker humanismen hovedsageligt på fænomenologi og hermeneutik (ibid., pp.84-85), og i tråd hermed er interviewet epistemologisk kendetegnet ved en hovedsagelig fænomenologisk tilgang, idet information opnået ved denne metode er af selvrappporterende karakter. Specialets ønske om at undersøge forældres perspektiv i form af deres oplevelse af inddragelsen kan indfries ud fra en fænomenologisk inspireret tilgang, idet fænomenologien har fokus på menneskets bevidsthed, oplevelse og livsverden samt interesse i at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver. Specialet arbejder således ud fra den virkelighed og livsverden, som informanterne oplever og beskriver (Kvale & Brinkmann, 2009, p.44; Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.195). Som filosofisk skole er fænomenologien bred; mens fænomenologiens grundlægger Edmund Husserl (1973/1900) fokuserede på den ”uspolerede, rene oplevelse” i form af begrebet *epoche*, finder jeg mere min inspiration i Maurice Merleau-Ponty (1962/1945) og Martin Heideggers (2007/1927) videreudvikling af fænomenologien i en hermeneutisk retning. I denne udlægning af fænomenologien finder jeg i højere grad plads til

fortolkning og anvendelsen af min teoretiske forforståelse (Jacobsen et al., 2010, pp.188,190-191).

Specialet er dog kun inspireret af en fænomenologisk tilgang. Idet enhver videnskabelig undersøgelse må afstemme metoden ift. undersøgelsens genstandsfelt (Kvale & Brinkmann, 2009, p.332), vil mine interviews adskille sig fra livsverdensinterview i traditionel forstand, hvor enkeltpersoner individuelt interviewes ud fra meget åbne spørgsmål. Specialets genstandsfelt er forældreinddragelse, og specialets ærinde er at belyse den del af forældrenes livsverden, der angår inddragelsen i terapien. Inddragelse er kontekstualiseret i gruppeterapien, og forældreparrene er inddraget *sammen* i deres barns terapi. Med udgangspunkt i genstandsfeltet må informanterne ses i netop denne kontekst, og jeg vil derfor interviewe først gruppen og dernæst forældreparret sammen frem for moren og faren hver for sig, for på bedst mulige vis at få adgang til forældrenes oplevelse af fænomenet *inddragelse* i deres livsverden (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.31).

Projektets genstandsforståelse vil således ikke blot vedrøre subjektet, men endvidere de meningsrelationer, der kan findes på tværs af empirien, idet det centrale sandhedskriterium inden for det humanistiske paradigme er kohærens og forståelse af sammenhænge (Hougaard, 2004, p.84). At detaljerne danner et forståeligt mønster er et centralt hermeneutisk sandhedskriterium (ibid., p.85), hvorfor jeg i tolkningen af den indsamlede empiri, ønsker at nærme mig den hermeneutiske videnskabsteori som den af hermeneutikkens forgangsmand, Hans-Georg Gadamer (1993), betragtes som en videnskabelig italesættelse af noget så almenmenneskeligt som forståelse og fortolkning. Sammenhængen mellem specialets forskellige empiriindsamlingsmetoder kan sammenlignes med forståelsesarbejdet, der dannes ud fra arbejdet med den hermeneutiske cirkel, hvor der sker en kontinuerlig proces frem og tilbage mellem delene og helheden. Således vil empirielementerne observation, fokusgruppe og interview hver især bygge videre på den forståelse, der er opnået ud fra de forskellige metoder. Arbejdet med forståelsen og tolkningen af enkeltdelene ud fra den helhed, empirien udgør, vil således få karakter af en spiral, der muliggør en stadig dybere forståelse af meningen (ibid., p.190).

Inden projektets analysestrategi beskrives nærmere i afsnit 4.4.3., vil følgende afsnit uddybe, hvorledes den kvalitative metodetriadangulering tænkes udført.

4.3. Studiets kvalitative metodetriangulering

Interviewet som forskningsmetode repræsenterer den formentlig mest udbredte tilgang til kvalitativ forskning, og specialets design vil også hovedsageligt være udformet som et interviewstudie. Men i studiets bestræbelser på at indfange forældres oplevelse af deres inddragelse og rolle i barnets terapi anvendes en kvalitativ metodetriangulering, idet kombinationen af forskellige kvalitative metoder forhåbentlig vil muliggøre en mere dybdegående og nuanceret forståelse af informanternes meningsudsagn og oplevelser (Tanggaard & Brinkmann, 2010, pp.29,33). Observationer samt fokusgruppeinterview er tiltænkt som empiri i sig selv, men skal hovedsageligt fungere som forberedelse på og kvalificering af de efterfølgende interviews. Følgende afsnit er bygget op efter designelementernes kronologiske rækkefølge og beskriver deres kombination samt formål.

4.3.1. Observationer

Observation drejer sig grundlæggende om iagttagelse eller undersøgelse af noget bestemt, og deltagende observation omhandler observation blandt mennesker i deres egne, naturlige omgivelser (Kristiansen & Krogstrup, 1999, p.7). En generel fordel ved observation som videnskabelig metode er, at den giver forskeren²⁰ indsigt i den sammenhæng, der binder de udforskede personer sammen (Järvinen & Mik-Meyer, 2005, p.118). Observation af terapisesioner og forældreinddragelse i praksis giver indblik i, hvad informanterne gør *in situ*, hvorved indvendinger mod interviewets verbale fiksering forsøges imødekommet ved ikke kun at lade informanterne *fortælle* om hvad de gør, men rent faktisk *se*, hvad de gør (Hastrup, 2010, p.57; Kvale, 1997, pp.282-284). Observationsmetodens procesfokus og kontekstproducerende materiale muliggør, at jeg ved at opholde mig i terapimiljøet får indblik i det sociale miljø ud fra et procesperspektiv, idet jeg forhåbentlig får adgang til nogle af de dynamikker, der er på spil i forandringsprocessen (Järvinen & Mik-Meyer, 2005, p.118; Kristiansen & Krogstrup, 1999, p.8).

Observationens type kan sammenfattes ud fra forskellige dimensioner: 1) lukkede vs. åbne settings, 2) skjulte vs. åbenlyse observationer, 3) graden af struktur i den observerede kontekst, 4) strukturerede vs. ustrukturerede observationer 5) graden af forskerens deltagelse (Bryman, 2004, pp.294-298,303; Kristiansen & Krogstrup,

²⁰Jeg er opmærksom på distinktionen mellem at være forsker af profession og forsker af funktion, og idet jeg ikke er uddannet forsker, bruges betegnelsen her for at referere til min funktion som forsker ifm. specialet

1999, pp.47-50,57-58). Min observations setting i en terapisession må karakteriseres som forholdsvis lukket, hvorfor jeg må anmode om adgang hertil, hvilket samtidig betyder, at observationen er åbenlys, da deltagerne er informeret herom og har givet samtykke hertil. Den observerede kontekst må betegnes som forholdsvis ustruktureret, idet konteksten er naturlige omgivelser, der eksisterede før observatøren ”trådte ind” i dem, i modsætning til et laboratorieforsøg (ibid., p.47). Graden af struktur i selve observationen må balancere mellem åbenhed og fokus; jeg ønsker at orientere mine observationer imod mit forskningsfokus og samtidig bibeholde et åbent sind, så fleksibiliteten bevares (Bryman, 2004, p.307). Observationen kan således betegnes som semistruktureret, idet den lægger sig op ad, men ikke slavisk følger en på forhånd udformet observationsguide²¹. Observatørens deltagelse i felten kan positioneres i form af forskellige roller varierende fra en aktiv, dominerende deltager til en passiv, distanceret tilskuer. Jeg kan ikke tage aktivt del i terapien, hvorfor jeg må forholde mig som tilskuer hertil (ibid., p.303; Kristiansen & Krogstrup, 1999, p.54). At denne rolle alligevel kan karakteriseres som partiel deltager, illustreres imidlertid af Robsons (if. Tanggaard, 2006b, p.203) pointe om, at man som observatør af social praksis altid vil være situeret som en art deltager i den sociale verden, da man som forsker ikke kan placere sig selv uden for denne.

4.3.2. Fokusgruppeinterview

Med udgangspunkt i erfaringer fra terapiobservationen ønsker jeg at lave et fokusgruppeinterview med forældregruppen. Et fokusgruppeinterview er en forskningsteknik, der indsamler data gennem gruppeinteraktion omkring et bestemt, afgrænset emne, undersøgeren på forhånd har fastlagt. Forskeren leverer således fokuset, mens den sociale interaktion i gruppen er kilde til data, og dermed bliver gruppen i sig selv et centralt redskab i fokusgruppeinterviewet (Halkier, 2002, p.7; Halkier, 2010, p.123; Morgan, 1997, p.2,6; Rieper, 1993, p.9). Fokusgruppeinterviewet kan ydermere defineres som et mildt styret interview med mellem 8 og 12 deltagere (ibid.), overensstemmende med antallet af forældre, der udgør mit studies fokusgruppe. Formålet med at bruge et fokusgruppeinterview til at indfange forældrenes oplevelser bygger i høj grad på tidligere studiers erfaringer med fokusgruppeformatets støttende atmosfære, der stimulerer genkaldelse og eftertanke (Farrell et al., 2009, p.66), idet fokusgruppedeltagernes deltagelse og fortællelyst fremmes ved at lytte til hinandens

²¹Se bilag 4

erfaringer og fortællinger. Således faciliterer fokusgruppeformatet og interaktionen heri synergi og erfaringsudveksling (Berg, 2003, p.71), og metodens styrke skriver sig derfor fint ind i undersøgelsens vidensinteresse, selvom fokusgruppeinterviewet ikke traditionelt bruges til at undersøge deltagers livsverden (Halkier, 2010, p.123).

Idet den sociale interaktionen i fokusgruppen er anderledes og mere omfattende end i individuelle interviews, spiller forskeren en helt anden rolle i denne type interview. I fokusgruppeinterviewet er forskeren *moderator*, og skal – foruden at være en opmærksom lytter, der skaber et åbent rum for interaktion, som i individuelle interviews – først og fremmest facilitere den sociale interaktion i gruppen (ibid., p.127). Egenskaber hos en god moderator er endvidere en ægte interesse, godt forhåndskendskab til emnet, fleksibilitet, evne til at udtrykke sig klart og enkelt samt evne til at se ting fra deltagernes perspektiv; kompetencer som jeg mener at besidde. Dog vil jeg som novicemoderator være ekstra opmærksom på fokusgruppeinterviewets udfordring i form af mulige vanskeligheder med at styre gruppen (Rieper, 1993, pp.9,22-23). Udfordringerne er forsøgt imødekommet via god forberedelse i kraft af min observation samt udformningen af en fokusgruppeinterviewguide, der udover en introduktion til at skabe rammen om interviewinteraktionens sociale rum, indeholder hovedspørgsmål, uddybende underspørgsmål samt tidsintervaller²². Guidens introduktion vil endvidere skabe forventning om strukturen i fokusgruppeinterviewet, nemlig at samtalen hovedsageligt foregår mellem deltagerne ud fra moderatorens emner, frem for mellem deltagere og interviewer (Halkier, 2002, pp.56-58).

For at sikre, at interviewet får afdækket de mest centrale spørgsmål inden for tidsrammen, har den strukturelle udformning af fokusgruppeinterviewguiden lagt vægt på to principper omkring spørgsmålenes rækkefølge: spørgsmålene må bevæge sig fra generelle til mere specifikke og fra de for undersøgelsen mest centrale til de mindre centrale. Guiden bestræber sig på at anvende spørgsmål, der indledes med hvorfor og hvordan, for at lægge op til beskrivelser og diskussion (Rieper, 1993, pp.15,21).

4.3.3. Interviews

Studiets formål er at indfange forældres oplevelse, og interviewet synes velegnet hertil, idet denne metode giver adgang til menneskers livsverden, perspektiv og

²²Se introduktion og guide i bilag 5

oplevelser (Kvale, 1997, p.111). I tråd med observationens balance mellem åbenhed og fokus anvender jeg *semistrukturerede interviews*, idet denne interviewform kan indfri projektets ambitioner om både at forfølge specifikke forskningsinteresser, men samtidig forholde sig åbent og fænomenologisk over for og forfølge interviewpersonens oplevelser og input. Det semistrukturerede interview forløber som en interaktion mellem interviewerens spørgsmål og interviewpersonens svar, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på, at bestemte spørgsmål medkonstruerer bestemte svar, og informanternes svar bør derfor ansues som socialt forhandlede og kontekstuelte baserede. Interviewet er derfor ikke en neutral teknik, men en metode, hvor forskeren i høj grad bruger sig selv; denne subjektivitet bør ikke opfattes som et bias, men som et forskningsinstrument (Tanggaard & Brinkmann, 2010, pp.30, 36; Tanggaard, 2006b, p.197).

Specialets fænomenologisk inspirerede tilgang er særligt egnet til at undersøge menneskers perspektiver og oplevelser, men hvor fænomenologien vil argumentere for, at man opnår den dybeste forståelse ved interviews med enkeltpersoner, finder jeg det mest hensigtsmæssigt at interviewe moderen og faderen sammen, idet forældrene er sammen om deres inddragelse i barnets terapi. Dette scenarie giver muligvis et mindre dybdegående indblik i den enkelte informants livsverden, men muliggør til gengæld forældrenes fælles refleksion over deres rolle, og som ved gruppeinterviewet skabes der forhåbentlig en god dynamik og synergi ved at inddrage begge forældre sammen. Endvidere tillader denne form interviewerens at sammenligne eventuelle forskellige perspektiver eller uenigheder deltagerne imellem og adressere disse i interviewet.

Som supplement til mine interviews med forældre²³ planlægger jeg at afholde en uformel samtale med gruppens terapeut²⁴ for at få hendes perspektiv på betydningen af forældreinddragelse. En sådan samtale kan beskrives som en art interview, der som et ekspertudsagn bruges som supplement til bedre at forstå min empiri. Med trianguleringen af disse forskellige metoder er målet at kunne give et holistisk billede af forældrenes oplevelse.

²³⁺²⁴Se bilag 6 og 7 for guides og bilag 8 for samtykkeerklæring til terapeuten

4.4. Databearbejdning

I forlængelse af studiets præsenterede design, er det allerede i en undersøgelses designfase væsentligt at gøre sig overvejelser omkring den indsamlede empiris bearbejdning (Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.45), hvorfor nærværende afsnit har til hensigt at foregribe overvejelser forbundet hertil.

4.4.1. Systematisering af observationer

I bearbejdningen af terapiobservationerne kan der skelnes mellem to faser, hvoraf den første er *beskrivelse*, hvor der sættes ord på observationerne, og dernæst *tolkning*, der centrerer sig om at forstå det beskrevne (Kristiansen & Krogstrup, 1999). Mens observationerne finder sted, vil idealet være at udfylde alle relevante felter i observationsguiden, men jeg er opmærksom på, at der vil være mange ting at lægge mærke til i den komplekse interaktion, der foregår i gruppeterapien – også relevante ting, som ikke er en del af min guide. Derfor vil udarbejdelsen af observationsguidens temaer og interesseområder hovedsageligt fungere som min forberedelse på observationsarbejdet, som jeg kan have in mente under observationen. Frem for at skrive alle observationer direkte ind i guiden, vil jeg derfor hovedsageligt tage feltnoter undervejs i observationen, som efterfølgende skrives ind i observationsskemaet. For at højne mit udbytte af observationen vil jeg efterfølgende se videooptagelser af den observerede session således, at jeg kan gense centrale passager og notere ordrette citater²⁵.

Ud fra overstående skelnen mellem beskrivelse og tolkning opdeles skemaet over systematiseringen af observationer mest hensigtsmæssigt i to kolonner, en med beskrivelser af det observerede og en med tolkning heraf²⁶. I tråd med Immanuel Kants (1781/2002) skelnen mellem *das ding an sich* og *das ding für mich* og problematiseringen af vores erkendelse af virkeligheden, er jeg opmærksom på, at denne lidt firkantede, teoretiske opdeling måske ikke holder i praksis. Beskrivelsen kan ikke være fuldstændig objektiv, hvorfor fortolkningsprocessen allerede er i gang under selve observationen, og ikke kan ses som en komplet uafhængig del.

På baggrund af observationsbeskrivelser og –fortolkninger, er målet at få uddybet guidens temaer og finde frem til nye temaer, der igen vil forsøges nuanceret ifm. såvel fokusgruppeinterviewet som interviews med forældreparrene.

²⁵Hvilket jeg også vil gøre med fokusgruppeinterviewet, der også videooptages

²⁶Se bilag 10

4.4.2. Transskribering af interviews

Bearbejdningen af det båndoptagede interview finder sted igennem transskribering *in extenso*. Transskribering af interviewene i deres fulde længde er først og fremmest vigtig for at muliggøre strukturering, dokumentation samt forskningsprocessens gennemsigtighed. Som ved observationen er det dog værd at bemærke, at en tolkningsproces allerede er i gang i transskriptionsfasen, idet talesprog oversættes til skriftsprog (Kvale, 1997, p.170; Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.43). Denne transformation kan medføre, at velformulerede mundtlige udtryk fremstår fragmenterede. For gennemsigtighedens skyld er det vigtigt at oplyse om transskriptionens kriterier og stil i en transskriptionsguide, som jeg beskriver forud for selve transskriptionen (se bilag 9; Kvale, 1997, pp.167,170-171).

4.4.3. Analysestrategi

I dataanalysen ønsker jeg, som beskrevet i afsnit 1.3, at drage nytte af min teoretiske viden på området udformet som interviewguidens sensitiviserende begreber, der som specialets arbejdsredskaber angiver en synsretning. I analysen vil jeg i forlængelse heraf forsøge at belyse empiriske fænomener med eksisterende psykologiske begreber, og således sætte disse i en ny ramme i tråd med en mere åben og mindre datalukket tilgang (Kristiansen & Krogstrup, 1999, p.189).

Observation- og interviewguidens temaer repræsenterer specialets sensitiviserende begreber, som jeg håber, vil udfoldes og nuanceres i arbejdet med empirien. Interviewguides til gruppe- og individuelle interviews vil bestå af tematisk organiserede spørgsmål, hvis udarbejdelse bygger på både mit foregående litteraturstudie af området (Clasen, 2010) og observation af terapien. Herigennem har jeg forsøgt at øge såvel guidens teoretiske styrke og gyldighed som dens kontekstuelle relevans. Begge guides har åbne spørgsmål, der søger deltagernes beskrivelser, og opfølgende spørgsmål, der søger elaboreringer. De to guides vil dog adskille sig fra hinanden på flere punkter, både idet 1) formen og typen af interaktionen vil være meget forskellig 2) interviewguiden til de individuelle interviews vil være inspireret samt kvalificeret af fund fra gruppeinterviewet, 3) interviewene finder bevidst sted på forskellige tidspunkter i forløbet på AK, hhv. halvvejs og umiddelbart efter forløbets afslutning. Jeg er således også opmærksom på den intervention, fokusgruppeinterviewet kan betragtes som, herefter vil forældrene måske være påvirkede af, hvad der er blevet diskuteret i fokusgruppen, og har muligvis ydermere været ekstra opmærksomme på

deres rolle og oplevelse i de efterfølgende terapisesioner, der leder op til det individuelle interview.

En indvending imod brugen af sensitiviserende begreber er, hvorvidt disse er overensstemmende med min fænomenologiske inspiration? Jeg vil dog her pointere, at der findes forskellige afgreninger af den fænomenologiske tradition, og eksempelvis Kristiansen og Krogstrup (1999, pp.21,188) benytter netop sensitiviserende begreber og erkender sig samtidig til en fænomenologisk tradition. Endvidere vil jeg i tråd med projektets fænomenologiske udgangspunkt og i tilslutning til, at teori om den sociale verden må produceres gennem og fremkomme på baggrund af en substantiel datafundering, lade den løbende empiriindsamling gradvist revidere og kvalificere forskningsfokus og –retning. Ydermere vil jeg inddrage ny teori, hvor teoriafsnittets allerede præsenterede teori ikke synes dækkende i forklaringen af empiriske fænomener. Jeg ønsker at foretage en tematisk analyse af empirien, og i min kondensering og fortolkning af mening er selve analysearbejdet inspireret af *interpretative, phenomenological analysis*’ (IPA) fire stadier (Langdridge, 2007, p.111). IPA karakteriseres som en hermeneutisk fænomenologi funderet i Husserl, Heidegger og Gadammers filosofiske tilgange, og kan ses som alternativ til den rent deskriptive fænomenologiske psykologi (ibid., pp.107-108). Specialets fænomenologisk og hermeneutisk inspirerede tilgang skriver sig således ind i tilgangen bag IPA analysemetoden²⁷, hvorfor specialets analyse søger at udforske deltagernes syn på undersøgelsesemnet, forældreinddragelse. Ud fra IPA vil analysens første stadie efter endt transskription tage udgangspunkt i en gennemlæsning af udskrifterne for at blive bekendt med teksten, hvor imens der tilføjes kommentarer i margenen vedrørende meningen bag bestemte sektioner i udskriften. Kommentarerne kan betragtes som fri tekstanalyse og bestå af opsummeringer, forbindelser eller fortolkninger, og de har til formål at gøre rede for, hvad der sker i teksten. På baggrund af kommentarer dokumenterer man i andet stadie systematisk fremspirende temaer, der reflekterer bredere, evt. mere teoretisk væsentlige problemstillinger på et højere abstraktionsniveau end det første stadie. Dette gøres ved at bruge nøgleord, der indfanger tekstens essens (ibid., pp.110-111; Smith & Osborn, 2003, pp.67,68; Smith, Jarman & Osborn, 1999, p.221). I tredje stadie noteres temaerne kronologisk, på et separat papir, og forbindel-

²⁷Hvoraf jeg hovedsageligt benytter IPAs fire stadier, men ligesom i template analysis, der lægger sig op ad IPA, vil min analyse imidlertid ikke være teorifri, idet jeg empirisk forfølger en række på forhånd givne temaer (ibid., p.109)

ser mellem de enkelte temaer forsøges identificeret, hvilket muliggør en teoretisk og analytisk (re)organisering af temaerne²⁸. Først i fjerde og sidste stadie foretages en selektion af de temaer, der er centrale for projektets problemstilling. Idet IPA ikke bør betragtes som en foreskrivende tilgang, har den plads til modifikationer²⁹, jeg vælger derfor på stadie fire i navngivningen af de udvalgte temaer at samle fire mastertemaer med undertemaer, der er gennemgående for alle tre interviews. Disse anvendes til sammenskrivningen af selve analyseafsnittets narrative beretning³⁰ (ibid., p.226). I denne proces vil fokuset undervejs skifte frem og tilbage mellem nøgleudtalelser fra informanter og forskerens tolkning af meningen bag disse udtalelser, hvilket afspejles i følgende analyseafsnits opbygning (Langdridge, 2007, p.111; Smith & Osborn, 2003, p.70).

²⁸Som ses i bilag 12

²⁹Bl.a. afspejlet ved, at nogle udlægninger af IPA identificerer ikke fire men seks stadier, som jeg her sammenfatter

³⁰Se bilag 13 for oversigt over, hvorledes de oprindelige undertemaers clustering har struktureret analysens afsnit

5. Analyse

Specialets empiri består af tre interviews, to observationer samt en uformel samtale med gruppens terapeut. Observationerne har hovedsageligt tjent det formål at gøre mig bekendt med feltet, og hvad der optager forældrene i deres livsverden ift. terapiinddragelsen. Observationer og den uformelle samtale betragter jeg derfor som sekundær empiri, der inddrages, hvor det er relevant som supplement til analysen af interviewene (se bilag 10 og 11). I de tre interviews blev forældrene bedt om at fortælle om deres oplevelse af at være inddraget i deres angste barns terapiforløb, og på baggrund heraf fremkom fire overordnede temaer, som udgør sammenskrivningen af den tematiske analyse: *anerkendelsens betydning, gruppeterapiens dobbelte virkning, angstens familiære indlejring samt håbet i angsten*.

Analysen er bygget op omkring først en *analyse af interviewuddrag*, der beskriver hvert enkelt tema, dernæst en *analyse af temaet ud fra relevant psykologisk teori*. Idet de fire mastertemaer ikke skal betragtes som dikotomier, varierer de i deres omfang og er indbyrdes forbundne, hvorfor der løbende trækkes tråde imellem dem, inden analysen afsluttes med en opsamling. Forud for analysen af de enkelte temaer synes en præsentation af interviewene central.

5.1. Kontekstualisering af interviews

Følgende analyse bygger på et fokusgruppeinterview og to individuelle interviews med forældrepar, alle af ca. en times varighed. På baggrund af IPA analysestadierne er de fremkomne temaer i interviewene dokumenteret med linjetal, der henviser tilbage til den originale transskription for validering af temaerne i data (se bilag 12 med IPA stadie 3). Ligeledes viser analysen tilbage til transskriptionen for dokumentation via henvisning til først interviewet (A, B eller C) og dernæst startlinjetal i transskriptionen³¹.

Følgende præsentationer har til hensigt at give en fornemmelse for de enkelte interviews' kontekst. Fokusgruppeinterviewet (interview A) finder sted i forældrenes alenetid i marts i 5. terapisesession på AK. 11 ud af 12 forældre er tilstede under interviewet, en enkelt far er syg. Interviewet finder sted i samme undervisningslokale på universitetet som den resterende terapisesession. Stemningen er let under interviewet, og der drikkes kaffe og spises kage fra gruppens kageordning.

³¹Fx henviser B:73 til interview B linje 73. Samtlige transskriptioner findes i bilag 9

Det individuelle interview med Ronja og Kim³² (interview B) finder sted i maj dagen efter, familien har været til deres sidste session på AK, som jeg også observerede. Ronja og Kim er skilt og har fire børn sammen, som til daglig bor hos Ronja. Forældrene har begge videregående uddannelser. De kommer på AK med deres 12årige datter Naja. Interviewet finder sted hjemme hos Ronja i et hyggeligt fleretasers byrækkehus. Jeg ankommer først, og dernæst kommer Kim, og efter Kim har vinket hej til Naja, som er ovenpå, sætter vi os i køkkenet rundt om spisebordet, hvor interviewet finder sted. Der er varmt, døren ud til haven står åben, og stemningen er afslappet.

Interviewet med Søren og Lise (interview C) finder ligeledes sted umiddelbart efter sidste session på AK, hvor de har været til terapi med deres 12årige søn Carl. Søren og Lise, der begge har begge videregående uddannelser, bor i en villa i en forstad til en større by, og de har udover Carl en yngre datter. I et lyst køkkenalrum sætter vi os omkring spisebordet for at lave interviewet. Stemningen er afslappet og varm, vi snakker først lidt om campingturen, familien har været på i weekenden for at fejre gennemførslen af Cool Kids® programmet. Da interviewet nærmer sig sin afslutning, kommer Carl og hans lillesøster hjem.

De fire mastertemaer, som analyseres i de følgende afsnit, er aktuelle i samtlige tre interviews, men nogle temaer er mere fremtrædende i enkelte interviews, hvorfor skildringen af de enkelte temaer tager udgangspunkt i det interview, hvor temaet er rigest, og suppleres med de øvrige interviews (Smith et al., 1999, p.226.).

5.2. Anerkendelsens betydning

Specialets antagelse er, at forældres oplevelse af at være inddraget i barnets terapi kan påvirke barnets forandringsproces og dermed have en medierende effekt med betydning for barnets bedring. Interviewet med de skilte forældre, Ronja og Kim, udtrykker, at denne hypotese kan understøttes i kraft af, at forældrenes anerkendelse bliver en medierende effekt i deres oplevelse af inddragelsen.

Da jeg spørger ind til deres hverdag, bliver det i forældrenes beskrivelse tydeligt, at der er stor forskel på, hvordan en hverdag forløber hos hhv. mor og far. Naja er hos sin far hver anden weekend, hvor de spiser, når de er sultne, og sover når de er trætte, der hersker ”weekendmode” uden faste rammer eller krav (B:100;B:120). Najas

³²Samtlige personnavne i specialet er anonymiserede

angstproblemer kommer ikke så meget til udtryk hos faren, og det er hovedsageligt Ronja, der har reageret på Najas angstproblematik og søgt behandling (B:131;B:216). I forlængelse af spørgsmålet, om forældrene kan beskrive en situation, hvor de har været aktivt inddragede i terapien på AK, beskriver de, at Kim ikke var med til den første session:³³

K: Nej, jeg troede sådan set ikke at jeg skulle komme til de der seancer

R: Og øhh, (.) det var et kæmpe problem for Naja (.)

I: Okay

R: At øhh alle de andre sad der med deres øhh mor og far

I: Ja

R: og hun (griner lidt) sad der med sin mor, og jeg sendte en SMS til Kim: kan du komme med det samme? Ik og, og jeg ved ik, og du (henvendt til Kim) tænkte bål og brænd ik, og det var meget vigtigt for Naja

I: mmm

R: at vi fik snakket med Kim, og fik ham sat ind i hvad der var foregået helt præcist, hvad der var sagt og om han ville komme til de andre gange, og det var helt vildt vigtigt for hende. Det var...

K: ...Ja, ja ja, og så kom vi også sammen...

[...]

I: hvorfor tror I det var så vigtigt for hende, at I begge to var der?

K: Fordi de andre var der.

*R: Jamen også det der med, at hun skulle **tages alvorligt**.*

I: Ja

R: Det var ikke bare mig, der skulle tage hende alvorligt, det var altså også far der skulle det.

(B: 436)

Der er if. Ronja og Kim flere grunde til, at begges forældres aktive deltagelse i terapien er meget vigtig for datteren, deltagelsen er dels vigtig fordi alle de andre børn i gruppen har begge deres forældre med, og Ronja oplever, at Naja gerne vil være ligesom de andre i gruppen, og dels fordi Naja if. Ronja vil tages alvorligt af *begge* sine forældre. At barnet og angstlidelsen bliver taget alvorligt hænger sammen med Kims beskrivelse af, at børnene med forældrenes inddragelse får anerkendelse af, at det ikke er noget pjat, de fejler (B:404). Anerkendelsen, som barnet opnår via forældrenes inddragelse, står i kontrast til Kims negligering af angsten inden de startede på klinikken, hvilket fremgår af hans udtalelse: ”*jeg havde det sku da også sådan i starten da du tilmeldte Naja til det her, at øh det voksede hun da bare fra eller et*

³³ Fremhævelser med fed er mine fremhævelser af analysetemaet

eller andet" (B:407). At Kim i behandlingsforløbets begyndelse også har forholdt sig kritisk til selve hensigten med terapien bekræftes i observation 1, hvor han udtaler, at han da bare ville hente Naja, hvis en overnatning ved en veninde mislykkedes. At han således vil "redde" Naja frem for via de kognitive teknikker at hjælpe hende til at lykkes med at se frygten i øjnene går imod eksponeringens hensigt.

Betydningen af anerkendelsen af Najas angstlidelse, af behandlingsforløbet og af forældrenes deltagelse heri bliver et gennemgående tema i interviewet. Ud fra forældrenes beretning er det tydeligt, at de oplever, at Naja søger især sin fars anerkendelse af behovet for, at han er med til terapien. Gennem hans inddragelse kan det tænkes, at der muliggøres en dialog om angsten, som if. Ronja har været svær for Naja at tale med sin far om (B:484):

R: Og jeg tænker det var sådan hendes sikring af, når nu Kim han var der, så kunne han høre hvordan det var, og det ku, det var vigtigt for hende.

K: Ja, ja, og hendes første bekymring...

R: ...helt vildt vigtigt...

K: ...efter det der det var jo, for hun fik jo en ny bekymring [en ny angst], det var hun blev jo bekymret over, om jeg syntes det var okay det deroppe

I: okay

R: ja faktisk

K: og det måtte jeg jo sige til hende, jamen jeg synes det er skide godt, det det jeg synes det er sjovt og så. Men det var da, hun men hun udløste straks en bekymring på hende, om jeg nu ...

R: ...bare ville grine af det

K: ... skulle være sjov på den der bekostning, ik altså

I: Ja

*K : eller det om jeg syntes det var noget **pjat**, ik
(B: 490)*

Farens aktive inddragelse muliggør en italesættelse af den ellers tabuiserede angst, men Naja bekymrer sig for, hvordan faren oplever inddragelsen, hans anerkendelse af, at han synes det er godt at være med til terapien, er vigtig for hende. Det forekommer sandsynligt, at anerkendelsen af Najas angstlidelse ikke i samme grad havde været mulig uden farens aktive inddragelse. Forhandlingen af anerkendelse mellem far og datter, hvor datteren søger anerkendelse tilsyneladende i frygt for, at faren vil negligere angsten eller behandlingsforløbet, vender Kim tilbage til senere i interviewet, da han forklarer, at Naja tit ringer til ham efter sessioner på AK for at høre, om han synes, sessionen har været sjov (B:764). At Naja søger sin fars anerkendelse

indikerer, at hans oplevelse af inddragelsen er vigtig for hendes engagement i terapiforløbet samt motivation for at gennemføre forløbet. På baggrund heraf synes Kims oplevelse af inddragelsen således at få direkte indvirken på Najas mulighed for bedring, og det synes fordelagtigt, at faren er bevidst om sin betydning.

Gruppens terapeut Tessa fremhæver i den uformelle samtale betydningen af forældres forståelse for samt accept af barnets angstlidelse. Hun eksemplificerer betydningen med en familie, hvor kun moren deltog i behandlingen, idet faren ikke mente, hans deltagelse var vigtig, og at terapien lidt var noget pjat. Forældrenes splittelse ift. betydningen af deres deltagelse kom tydeligt til udtryk hos drengen, der på den ene side gerne ville arbejde med sin angst, men på den anden side syntes, det var noget pjat. Problematikken løste sig, da faren kom ind til en individuel samtale sammen med sønnen, hvortil Tessa kommenterer: *"de [far og søn] får lejlighed til at samtale omkring angsten, og det tænker vi [terapeuterne] har gjort en meget stor forskel for det barn, for lige pludselig så forstår begge mine forældre mig"*. Tessa bekræfter her, at åbenheden omkring angsten og forældrenes fælles forståelse og accept heraf er afgørende for, at barnet kan dedikere sig til at arbejde med angsten. I observation 2 bemærker jeg, at betydningen af forældrenes anerkendelse af barnets fremskridt også adresseres i Cool Kids® programmet, hvor forældrene skal fortælle deres barn, hvad de er mest stolte af. Her berøres Naja igen af forældrenes anerkendelse, idet hun græder, da de fortæller hende, hvor stolte de er.

En udviklingspsykologisk og -terapeutisk forklaring på, hvorfor anerkendelse er så afgørende for barnet, kan bl.a. findes hos Hafstad og Øvreeide (2004, pp.57,60). De beskriver vigtigheden af, at forældre med deres information til barnet udtrykker, at barnet bliver set og bekræftet, og med en anerkendende bekræftelse deler glæden med barnet, når det mestrer noget. Hafstad og Øvreeide (2004, p.61) beskriver den voksnes markering og bekræftelse af barnets mestrende handlinger som afgørende for såvel barnets motivation som for dets udvikling af evne til positiv og realistisk selvevaluering. Ud fra denne teori kan der argumenteres for, at forældrenes anerkendelse af barnets og dets fremskridt bliver motiverende for barnets fortsatte engagement i terapiforløbet.

Vigtighed af forældrenes anerkendelse for det angste barn kan også beskrives ud fra Axel Honneths (2006) socialfilosofiske teori om anerkendelse. Han sonderer her

mellem tre anerkendelsessfærer: privatsfæren, den retslige sfære og solidaritetssfæren. Privatsfæren inkluderer familien, og den emotionelle anerkendelse i form af kærlighed beskrives her som forudsætning for subjektets grundlæggende selvtillid (ibid., p.11). Ud fra Honneths teori fostrer forældrenes emotionelle anerkendelse af barnet således selvtillid, en selvtillid der er afgørende for, at det angste barn kan tage kampen mod angsten op. Netop selvsikker, eller assertiv, adfærd trænes i Cool Kids® programmet, idet mange angste børn ofte ikke er så selvsikre (Rapee, Wignall, Spence, Cobham & Lyneham, 2008). Assertionstræningen består i, at børnene øver sig i evnen til at udtrykke egne behov, holde fast i rettigheder over for andre og forsvare sig selv på en positiv måde (ibid., 2008, p.127). Opsummerende kan der om anerkendelsens psykologiske betydning argumenteres for, at forældrenes anerkendelse af barnets angstlidelse, behandlingsprogrammet og barnets fremskridt er af betydning for barnets motivation til at indgå i terapien, og kan samtidig give barnet selvtillid til at agere mere assertivt og tackle sin angst.

At der på denne måde skabes en god cirkel frem for angstens onde cirkel bekræfter Søren i sin beskrivelse af, at sønnen Carl bliver mere glad i takt med terapifremskridt, forandringer og succesoplevelser, og det bidrager til Carls glæde, at han kan se sine forældre reagere positivt på hans forbedringer (C:1513). Sørenes fortælling afspejler således også, hvorledes forældrenes tiltro til barnets kompetencer samt succesoplevelser giver barnet selvtillid. Ud fra Søren og Lises beskrivelser tydeliggøres også den centrale betydning, forældrenes anerkendelse får for barnet (C:371;C:980;C:1541). På spørgsmålet om, hvad forældrene tror, deres inddragelse og oplevelse heraf betyder for Carl, svarer Søren:

*S: [...]et eller andet sted, så er det jo også en **anerkendelse** af det problem han har, eller **føle sig anerkendt** i forhold til han har haft det her*

I: ja

S: Altså det tænker jeg, det har også betydet noget for ham

I: altså det at I er med?

S: Ja, vi har været med og går så meget ind i det og bruger så meget tid på det

I: ja

*S: og snakker omkring det, så tror jeg da også et eller andet sted, ja-men det er jo ikke, at, (.) det er da en eller anden **anerkendelse** der ligger i det, uden at kunne definere det nærmere*

I: ja

S: tror jeg

L: det tror jeg du har helt ret i, og jeg tror det er en rigtig god fornemmelse for Carl, at han føler at vi har taget det alvorligt og vi vil gerne hjælpe ham
(C: 970)

Både Søren og Lise oplever, at anerkendelsen af angstlidelsen og behandlingsforløbet – i kraft af den tid og energi familien lægger heri – er vigtig for Carl, idet han føler, han bliver taget alvorligt, og fordi han if. Lise føler, han kan regne med forældrenes hjælp. En analyse heraf viser, at han ikke længere står alene med angsten, idet forældrene har erkendt deres andel heri, hvorfor de også er en nødvendig del af løsningen.

5.3. Gruppeterapiens dobbelte virkning – for forældrene

Anerkendelsen i terapien foregår på to niveauer: Forældrenes anerkendelse af deres børn, skildret i forrige afsnit, og forældrenes egen anerkendelse, som de i høj grad opnår i kraft af terapiens gruppeformat. I samtlige interviews har forældrene lagt vægt på terapiens tosidede virkning, når jeg har spurgt ind til, hvad de får ud af at komme på AK, hvilket illustreres i Sørenes beskrivelse:

*S: Men jeg synes der er to ting i det, det er dels de her snakke, **løse snakke**, hvor vi snakker godt og skidt og hvad der er gået godt sidst, og øh, og skidt, og får vendt vores erfaringer med hvad der er sket. Og så også, synes jeg, de (.) **korte, faglige input**, Tessa er kommet med her synes jeg også har været rigtig gode,*
G: Mmm
S: så det er begge dele der, jeg har været meget glad for.
(A: 1402)

Ud fra citatet kan der skelnes mellem hhv. et kognitivt udbytte af terapien, terapeutens faglige input, og et emotionelt udbytte, de løse snakke, disse dimensioner er følgende afsnit bygget op omkring.

5.3.1. Viden og værktøjer klæder forældrene på

I fokusgruppen giver forældrene udtryk for, at terapiens manualbaserede, kognitive teknikker klæder dem på til at tackle angsten, og psykoedukationen giver dem en forståelse, som lader dem se barnet og forældrenes egen adfærd i et andet lys. Viden og værktøjer opleves således som forandringsmekanismer, der endvidere muliggør læringstransfer til hverdagen (A:67;A:473;A:620). Overføringen af behandlingsresultater til hverdagen illustreres yderligere i interview C med de samboende forældre, hvor Lise oplever, at forældrene via inddragelsen i barnets terapi har fået redskaber og en forståelse for angsten, som muliggør, at familien kan tackle angsten i hverda-

gen (C: 291;C:302). At forældrene igennem psykoedukation om angstvedligeholdende adfærd er blevet opmærksomme på deres egen rolle i barnets angst, kommer til udtryk gennem store dele af fokusgruppeinterviewet (A:100;A:187;A:443;A:477;A:488;A:568;A:840), Ronja beskriver fx om sin oplevelse af inddragelsen:

*R: Og øhm, og så synes jeg det der med at at **vi er fælles om det**, jeg har snakket med hende om jamen, grunden til at hun har det som hun har det, det er også, der har jeg også noget af en del af det, og at jeg lærer en meget en masse af det her. For der var nok noget jeg skulle have gjort anderledes, altså det der med og at gå ind og **korrigere sin egen måde at handle på**. Og det er bare noget vi snakker om.*
(A: 184)

Ronja er altså blevet opmærksom på sin egen rolle i Najas angst, en indsigt hun deler med Naja, og nu forsøger hun at korrigere sin adfærd. Med udgangspunkt i Vygotskys (1978) begreb om ZPD kan der argumenteres for vigtigheden af forældrenes egen læring, idet læringen i barnets ZPD kræver, at forældre må være mere kompetente end barnet i den henseende, hvor de skal guide barnet. Via deres inddragelse i terapiforløbet bliver forældrene klædt på til at guide barnet i ZPD. Denne proces afspejler også *transfer of control* elementet, hvorigennem der sker en gradvis overføring af viden, evner og metoder fra terapeut til forælder til barn. Overføringen afspejler også, hvorledes forældrene via inddragelse og psykoedukation lærer at balancere deres hjælp til barnet, så det støttes, men ikke overbeskyttes. Ved at muliggøre samt støtte barnet i eksponeringsopgaver kan forældre udfordre barnet, hvilket ud fra Heckhausen (1999, p.82) muliggør, at børnene kan opfylde deres potentiale og herigennem bekæmpe angsten. I denne proces ligger også en vekselvirkning, idet forældrene samtidig får lejlighed til at se barnet i et andet lys, som mere kompetent. Terapiens virkning og overførelse til hverdagen muliggøres således af både børnenes og forældrenes læring.

5.3.2. Gruppesynergiens terapeutiske effekt

Den anden del af terapiens oplevede virkning er på det emotionelle plan. Her oplever forældrene, at de får støtte til at være gode forældre. Da jeg spørger, hvad forældrene oplever som årsagen til, at deres børn ændrer sig, svarer Ronja, at den store betydning for hende er den støtte, hun får på AK, som gør til hun kan være mere vedholdende over for Naja. Denne støtte får forældrene både i kraft af de kognitive teknikker, men i høj grad også via gruppeformatets støttende effekt, hvilket illustreres i følgende sekvens fra fokusgruppeinterviewet:

D: Men **som forældre** er det også dejligt at opleve, at man **ikke er alene i verden**.

P: Mmm

B: Mmm

L: Ja

D: Omkring at have et barn, der har nogle problemer.

L: Ja

D: Ikke også. Og at at de der ting man har oplevet med barnet, hvor man har tænkt: åh nej! Ikke også, det er pinligt det her! At man ved, at jamen det er det jo ikke, men og der er andre, der har samme følelser, ikke også

B: Mmm

D: Og kan (.) og har har haft svært ved at arbejde med det. Det giver en **lettelse** inde i kroppen, ik, at man ik sidder med de der store (.) følelser omkring ens barn der (.) der hopper ved siden af alle de andre, ik.

G: Ja

R: Når jeg tænker på nogle af de første gange vi var her, hvor hvor hvor lettet jeg i hvert fald var over og sidde og snakke til nogen, som vidste lige hvordan jeg havde det

B: Mmm

L: Mmmm

R: Og at de bare sad der alle sammen og nikkede ik, det var jo fantastisk ikke, det var jo, det var virkelig det **at blive mødt** ikke, **og blive forstået**. Det var en **kæmpe lettelse**.

(A: 321)

Af citatet fremgår det, at det ikke blot er børnenes angst, der normaliseres i kraft af mødet med gruppen, forældrene oplever også en normalisering ift. at være forældre til et angst barn. Forældrene oplever en stor støtte i og lettelse ved at sidde sammen med andre forældre, der er i samme situation, hvorfor de føler sig mødt og forstået. Specielt i interview C med Søren og Lise kommer effekten af forældrenes gruppefællesskab til udtryk i forældrenes fortælling om gruppen og den selvhjælpsgruppe, de har forslået at oprette efter sessionernes afslutning:

S: Og et eller andet sted, så har de [de andre fra gruppen] jo fyldt meget i vores bevidsthed de sidste 2½ måned. Øhh (..) og et eller andet sted bare slutte (griner), det er sådan mærkeligt synes jeg

L: mmm

S: Og øhh opnået en **fortrolighed** som som, der er mange jeg ikke har lyst til at give den **fortrolighed**

I: ja

S: det ville jeg ik gøre hvis jeg møder folk ellers jo, så det er den der i et der, sammenhæng der, så snak (griner)

L: Jeg vil også sige, vi har fortalt nogle ting derinde, og det tror jeg

da har været gældende for alle forældre, fortalt nogle ting, som vi aldrig ville fortælle nogen andre mennesker.

I: Nej, fordi man har vidst at der har siddet nogen på den anden side af bordet som har haft det på samme måde?

L: Ja,

S: ja

*L: og som ikke ville begynde og fordømme eller synes det var vores **skyld**, at vores børn er blevet sådan, og som bare lytter og nikker og siger:*

I: mmm

*L: "Jamen det har vi også prøvet en gang" og. Det synes jeg virkelig har været sådan en helt øhh (..) **kæmpe lettelse***

(C: 1701)

Lise og Søren udtrykker her, at erfaringsudvekslingen med ligesindede i gruppen har været unik og af stor betydning for dem. De oplever, at der er skabt en fortrolighed i gruppen i kraft af, at forældrene er fælles om udfordringerne med deres angste børn. I denne fortrolighed kan forældrene få luft for både den tabuiserede angst og deres dårlige samvittighed over at have ageret uhensigtsmæssigt over for det ængstelige barn. Indlevelsen og forståelse blandt forældrene var også meget tydelig i min observation af terapien. Den store forståelse i gruppen har if. Lise muliggjort, at forældrene har kunnet fortælle om ting, som de ellers *aldrig* ville have fortalt *nogen* andre, uden at nogen dømmer dem. At kunne tale frit til mennesker i samme situation opleves som en stor lettelse. Det synes herudfra, at forældrene føler sig anerkendt i gruppens normalisering og forståelse, hvorved angstens tabuisering igennem italesættelsen heraf erstattes med normalisering og accept. At lettelsen ved at blive forstået i gruppen også har betydning for forældrenes oplevelse af dem selv, fremgår af følgende sekvens i interviewet, der kommer i forlængelse af spørgsmålet om, hvornår i forløbet, forældrene oplever, at det har været særligt vigtigt med deres tilstedeværelse:

*L: Og så får man det bare **dårligt som forældre** bagefter over at man har*

I: ja

*L: i al sin **afmagt** har råbt eller sagt noget dumt, eller sagt: åhh, hvor kan du ikke være som alle de andre! (siges med en vrede og hård stemme). Eller hvad man nu virkelig kunne finde på at sige, ik eller komme til at sige, vil jeg hellere sige*

I: ja

L: Og det har bare virkelig været godt at høre nogle andre forældre der har sagt præcis de samme ting,

I: ja

L: man behøver altså ikke være en dårlig forælder fordi man bliver kørt derud

I: nej

L: på den kant, hvor man bare ik kan mere

(C:561)

I citatet kommer det til udtryk, hvordan forældrene anerkendes som ikke dårlige, men derimod gode nok forældre i kraft af erfaringsudvekslingen med resten af gruppen. At dette er Lises svar på, hvornår hun har oplevet sin tilstedeværelse som særligt vigtigt, indikerer endvidere, at anerkendelsen af forældrene også opleves som givtig for barnets bedring.

Det fremgår af nærværende analyse, at flere af de fordele, som studier af kognitiv gruppeterapi til børn argumenterer for, at der ligger i gruppeformatet, også gør sig gældende for forældregruppen. Der synes at være en høj grad af gruppesamhørighed (Janis, 1983) i terapigruppen, hvilket kan forklare, hvorfor forældrenes fortællinger afspejler, at gruppeterapiforløbet og mødet med ligesindede skaber fællesskab, solidaritetsfølelse og fortrolighed i gruppen.

Den store betydning, terapigruppen får for forældrene, kan ydermere forklares ud fra de i teori afsnittet 2.5.1. fremlagte gruppespecifikke faktorer. Følgende afsnit analyserer, hvorledes forældrenes oplevelse af gruppens terapeutiske virkning samt den kognitive terapiform kobler sig til Foulkes' faktorer. Igennem social integration bringes forældrene ud af isolation, hvor de har følt sig alene om at have et angst barn, ind i en social situation, hvor de kan udtrykke sig og får italesat den ellers tabuiserede angst, og hvor de føler sig forstået (Foulkes & Anthony, 1965). I bogen *Parent-Child Group Therapy* (1985) om kognitivmultifamilie terapi beskriver Arnold og Estreicher denne mekanisme som gruppens ventilation. Ligeledes kan spejlingsfænomenet med et mere kognitivt udtryk beskrives som den normalisering, hvor både børn og forældre føler lettelse ved at opdage, at andre har samme vanskeligheder som dem selv, hvorved skylden mindskes. Denne oplevelse af jævnbyrdighed mellem gruppemedlemmerne, følelsen af at være i samme båd, kan if. Foulkes gøre det nemmere at acceptere gruppemedlemmernes udtalelser frem for terapeutens, hvilket i empirien kan forklare, hvorfor forældrene også har stort udbytte af alenetiden uden terapeuten, de bliver for så vidt i nogen udtrækning hinandens terapeuter (ibid., p.39). Støtten forældrene imellem illustrer ydermere, hvorledes forældrene hjælper hinanden i deres ZPD til bedre at kunne hjælpe deres angst børn. I dette

støttende miljø finder Foulkes' beskrivelse af genklang i høj grad sted og synes afgørende for, at forældrene føler, at de i gruppen kan dele erfaringer og oplevelser, som de aldrig ville have delt med andre. I den terapeutiske gruppe er accept endvidere et nøgleord, og at forældrenes oplevelser accepteres og anerkendes af gruppen, kan være afgørende for deres engagement i terapien, idet oplevelsen af gruppeaccept og tilhørsforhold har afgørende betydning for engagement (Høgsbro Lading & Jørgensen, 2010, p.18; Jørgensen, 2010, p.92). I kraft af gruppens terapeutiske betydning, og dét at forældrene lærer af hinanden, får terapien karakter af Marlboroughmodellens *flerfamilieterapi*, en systemisk- og gruppeanalytisk inspireret intervention, der bringer familier sammen i en terapeutisk kontekst for at samarbejde om overvindelsen af problemer (Asen & Scholz, 2011, pp.7,11-14).

Udover terapigruppen kan *familien* endvidere betragtes som en særlig gruppe, hvis hovedopgave er at facilitere alderssvarende udvikling for dens medlemmer (Visholm, 2010, pp.271-272). Med udgangspunkt heri analyserer følgende afsnit angstens familiære indlejring.

5.4. Angstens familiære indlejring

I forældrenes fortælling om deres oplevelse af at blive inddraget i deres angste barns terapi, tydeliggøres det, hvor meget både angstlidelsen og terapiforløbet har påvirket hele familien. Dette skildres ud fra tre undertemaer (Smith, 1999, p.223) omhandlende forældrenes rolle i angsten, betydning af det fælles projekt i familien samt inddragelsens implikationer for forældreidentiteten.

5.4.1. Fra et individuelt til et fælles problem

Gennem inddragelsen og psykoedukationen i forældrenes tid sammen med terapeuten er forældrenes rolle i barnets angst og lidelsens vedligeholdelse blevet italesat, hvilket synes at have gjort stort indtryk på forældrene. Angstvedligeholdende forældreadfærd ift. meget ængstelige børn er fx forsikringer af barnet om, at der ikke sker noget eller forstærkning af undgåelsesadfærd, der resulterer i, at barnet ikke får afkræftet sin frygt:

*L: [...]Men noget andet vi jo så også har lært fra det her, det er at: vi har jo **fastholdt ham i angsten**,*

I: ja

*L: Fordi vi jo har **forsikret ham** om, at på en eller anden måde, at det han var bange for, det var farligt*

I: mmm

L: Fordi hvis han ikke ville cykle ned til Brugsen, nå men så kørte vi derned i bil, og det har vi jo så lært nu, at at det er jo egentligt at understrege over for ham: ja, det er farligt at cykle ned i Brugsen

I: ja

I: så derfor kører vi i bil. Og det har vi gjort i massevis af tilfælde i en en god mening, afholdt ham fra det

(C: 952)

Lise giver i denne sekvens tydeligt udtryk for den indsigt, hun har fået i sin egen uhensigtsmæssige adfærd ift. Carls angst, og den rolle forældrene selv har spillet i angstens vedligeholdelse i kraft heraf. I en god mening, og for at passe på sønnen, har forældrene afholdt ham fra ting ved at indrette sig og tilpasse sig angsten (C:102; C:152). Lise beskriver, at hun igennem forløbet er blevet opmærksom på sin egen reaktion og hvilke signaler, hun sender til sine børn om at være i denne verden (C:393; C:404; C: 414). Lise påpeger senere også betydningen af, at hun selv kender til angst, og med indsigten fra forløbet på AK nu kan se, at hun selv har været et angst barn. Hun mener derfor, at hun både genetisk, men også gennem sin adfærd kan have overført sin angst til Carl (C:731;C:749). Ronja har ligeledes selv haft angst, og kan nu se, hvordan hun gennem sin overbeskyttelse af Naja måske har videreført angsten (B:627;B:688). Pga. forståelsen for deres egen uhensigtsmæssige adfærd ift. at vedligeholde angsten, som forældrene i gruppen generelt er meget enige om (A:100;A:187;A:443;A:477;A:488;A:568;A:840), er forældrene også meget indstillede på, at dette fælles problem må have en fælles løsning:

*L: Øhm, Så jeg tror det der med at det er **et fælles projekt** [...] han har gået ved en psykolog, hvor vi kørte ham hen til en psykolog, og så sad jeg uden for og ventede, og så var det jo stadigvæk Carls problem kan man sige ikke, altså jeg afleverede ham et sted og så skulle nogen gøre noget for ham, og så tog jeg ham med hjem igen og så fortsatte det ellers ufortrødent, som det altid havde gjort. Øhh, så så det synes jeg er det aller aller vigtigste, det der med at det er blevet et fælles proj problem eller **en fælles udfordring** [...]*

(A: 145)

Det fremgår af citatet, som bakkes op af flere af forældrene (A:24;A:81), at der er sket en bevægelse væk fra at se angstlidelsen som barnets individuelle problem hen imod en forståelse for problemet som indlejret i familien, et fælles problem, hvis løsning familien må være fælles om. I gruppeinterviewet beretter forældrene også, at flere af familierne har været i andre, ikke succesfulde behandlingsforløb, før de kom på AK. I de individuelle interview uddyber forældrene, at dét, de har oplevet som

den store forskel ved at komme på AK, har været den aktive inddragelse samt italesættelsen af deres egen rolle i barnets angst (A:100;B:319;C:700). I følgende uddrag har jeg spurgt Ronja, om der var en forskel i måden, hun oplevede det individuelle forløb, hvor hun også var med til terapien, og forløbet på AK:

R: Øhm (..) der der var jeg meget passiv

I: okay

R: fordi det handlede jo om om om Naja. Birgitte hed psykologen, hun gik ved. Altså det var meget sådan kommunikationen mellem Birgitte og Naja og hvor jeg sådan lyttede for og så (.) kunne hjælpe Naja bagefter

I: Ja

*R: Øhm (.) Men der var aldrig noget, der handlede om **min rolle***

I: Nej

*R: Altså **min uhensigtsmæssige** øh **måde at have været på**, eller min, øhh, hvad jeg kunne gøre. Jo jeg kunne støtte det som Birgitte, psykologen sagde, øhm og sige til Naja: jamen prøv at sig til den der angst, der var placeret på hendes skulder, at den skulle gå væk og bla bla bla. Men øhh det var sådan noget, hvor det her det har været meget mere konkret.*

I: Ja

*R: og det har, der har været noget **værktøj til mig**.*

I: Ja

*R: hvor hvor jeg kan se min andel og hvor jeg kan (.) **agere**. Altså jeg føler mig **ikke magtesløs** nu,*

I: nej

R: det det følte jeg meget førhen, ik, det var sådan (..). Det var så ukonkret og så

I: Ja

R: Og det er en meget stor forskel

I: Ja, ja

R: det er meget større tilfredsstillelse.

(B:312)

I inddragelsen er Ronjas rolle gået fra passiv til aktiv i skiftet fra det individuelle forløb til AK, hvor hun i højere grad føler sig inddraget, idet forløbet også angår hende og hendes rolle i angstens vedligeholdelse. Ronja oplever ydermere at der i forløbet på AK er nogle værktøjer til *hende* som forælder, hvilket har gjort, at hun nu føler en tilfredsstillelse ved at kunne agere frem for at være magtesløs. Lise bekræfter, at det oplevedes som afgørende, at forældrenes rolle ikke blev adresseret i det individuelle forløb (C:419). Carls forældre er også enige om, at de nu kan se, at teknikkerne, som de kort blev introduceret for hos psykologen ved de enkelte samtaler, hvor de var med, fx realistisk tænkning, minder om AKs teknikker, men

pga. forældrenes meget begrænsede inddragelse blev teknikkerne ikke sat ind i en forståelig kontekst i det individuelle forløb (C:453;C:456). Der er altså stor forskel på typer af inddragelse, om forældre er med til et par enkelte samtaler, sidder passivt med inde i terapirummet eller aktivt tager del i terapien og gøres opmærksom på deres egen rolle i angstens vedligeholdelse. Med indsigten fra terapien på AK fremkommer det i samtlige tre interview, at det nu er en gennemgående oplevelse for forældrene, at deres aktive inddragelse er en nødvendighed for en succesfuld behandling, både fordi de bidrager med kognitiv støtte og fordi problemet er fælles og indlejret i familiens relationer, hvorfor barnet ikke kan løse det alene (A:84; A:108;A:296;A:393;A:434;A:462;B:372;B:1604;C:426;C:1115;C:1015;C:1253).

Udover inddragelsens nødvendighed, oplever forældrene også inddragelsen som meget naturlig og meningsfuld. Kim beskriver *”men i øvrigt så synes jeg jo at man er forældre, man er jo også forældre i den der situation, og det er man også på Angstklinikken”* (B:1145). I rollen som forælder oplever Ronja også, at det er forældrene, der har ansvar for barnets bedring og for at arbejde med barnet omkring angsten (B:1154), derfor oplever hun sin rolle som meget vigtig i terapien (B:1115). Det synes centralt for forældrenes oplevelse af inddragelsen som noget positivt, at terapiforløbets italesættelse af forældrenes rolle i barnets angst ikke lægger vægt på skyld, men derimod på forældrenes medansvar for barnets bedring.

Idet de 12 årige børn befinder sig i præadolescensen, kan en af familiens udviklingsopgaver betegnes som en tilpasning af forældre-barn relationen til at tillade mere autonomi (Carr, 1999, p.5), og netop manglende autonomitildeling er forbundet til angstvedligeholdelse (se figur 6). Heri findes måske en udviklingspsykologisk forklaring på, hvorfor forældrene her oplever en udfordring ift. at balancere deres hjælp til det angste barn, en udfordring de får hjælp til at håndtere gennem inddragelsen. Teoriafsnittets kognitivt udviklingspsykologiske argumentation for forældrenes nødvendige inddragelse i kraft af deres kognitive stilladseringsfunktion³⁴ understøttes af forældrenes oplevelse af deres vigtige rolle ift. barnets gennemførsel af programmet. Den mere kontekstuelle og relationelle tilgang³⁵ til forældreinddragelsens betydning understøttes ligeledes i forældrenes fortællinger, og ud fra den udvidede caseformuleringsmodel (figur 6) kan forældrenes adfærd før forløbet på

³⁴Se afsnit 2.3.1.

³⁵Se afsnit 2.3.2.

AK betegnes som en risikofaktor, idet den vedligeholdte angsten. I den aktive inddragelse adresseres både faktorer ved forældre, deres opdragelsesstil og adfærd i form af bl.a. forældrenes manglende viden om angst, fastholdelse af bekymringer, forstærkning af frygtfølsomhed samt uhensigtsmæssige copingstrategier, der har fastholdt barnet i angsten (Carr, 1999, pp.502-503). Disse vedligeholdende faktorer vendes gennem inddragelsen til beskyttende faktorer, idet forældre nu anerkender problemet og er dedikerede til løsningen heraf, og familien får mere funktionelle copingstrategier via de kognitive teknikker, hvilket også betyder, at forældrene nu kan modellere hensigtsmæssige strategier til angsthåndtering frem for modellering af angst- og undgåelsesadfærd (ibid.; figur 6). At den fælles forståelse og kamp mod angsten opleves som så betydningsfuld, kan psykologisk forklares ud fra Tudges (1999) beskrivelse af, hvorledes det intersubjektive samarbejde hen imod fælles kommunikationsgrundlag og forståelse medfører forandring. Barn og forældres samarbejde imod at opnå en fælles forståelse for angsten og dens behandling synes således at have haft stor betydning for hele familiens forandringsproces.

Et andet væsentligt element ved forløbet på AK er begge forældres aktive inddragelse, hvilket betyder, at det ikke kun er moren, som det traditionelt ses i RCTs (fx Cobham et al., 1998, p.897; Wood, McLeod, Piacentini & Sigman 2009, p.303), men også faren, der er involveret. Sidstnævnte er i sig selv en beskyttende faktor (Carr, 1999, pp.66,503). Begge forældres inddragelse giver også en enighed forældrene imellem, hvilket følgende afsnit sætter fokus på.

5.4.2. Det fælles projekt betyder enighed og åbenhed i familien

Afsnit 5.3.2. fokuserede på gruppefællesskabets store betydning, men ud fra forældrenes fortællinger ses det endvidere, at der skabes et for forældrene betydningsfuldt fællesskab barn og forældre imellem. Da jeg som det første i gruppeinterviewet spørger ind til, hvordan forældrene oplever deres inddragelse, nævner samtlige forældrepar i gruppen betydning af det fælles projekt barn og forældre imellem. Forældrene giver udtryk for, at det fælles projekt, hvori børn og forældre får den samme information og lærer de samme teknikker, betyder, at der opstår en enighed i familien omkring, hvordan angsten håndteres. Erfaringer fra tidligere mislykkedes eller mindre virksomme behandlingsforløb, hvor forældrene ikke har været aktivt inddraget, understreger for flere af forældrene i gruppen vigtigheden af deres inddragelse og af det fælles projekt (A:26;A:106;A:147;B:312). Enigheden omkring

angsten og håndteringen heraf bliver af stor betydning barn og forældre imellem, men er samtidig vigtig for mor og far indbyrdes:

*L: [...]der kan man sige at vi (kigger på Søren) har jo på en eller andet måde fået **et fælles sprog**, altså fordi du syntes nogle gange at jeg gik alt for langt i den ene grøft, og jeg syntes nogle gange du var (.) alt for langt væk fra den der grøft, hvor jeg sad, ik (griner)*

I: (griner)

*L: Og der synes jeg vi sådan har fået **et fælles sprog**, altså*

S: ja ja

L: hvor vi sådan, vi tackler det helt ens nu, det gjorde vi ikke før

[...]

*S: ...det er vigtigt vi har den **samme fælles referenceramme**...*

L: ...ja, så vi ikke skal igennem det der: Jeg tror altså ikke du skal si-ge sådan! Jeg tror ikke du skal gøre sådan! Fordi vi (griner) bare ikke vidste, hvad vi skulle gøre

(C: 1119)

Lise oplever, at hende og Søren på AK har fået et fælles sprog og en fælles forståelse, som gør til, de bedre kan samarbejde om håndteringen af Carls angst frem for at modarbejde hinanden. Senere beskriver hun også betydningen af, at Carl pga. forældrenes enighed nu altid møder den samme reaktion (C:1161).

At forløbet på AK er et fælles projekt opleves af flere forældre også som en legalisering af angsten, der er nu skabt en åbenhed og en fælles referenceramme, der muliggør, at de kan snakke om angsten i familien (A:18;A:60;A:78,A:906). Der er blevet sat ord på problemerne og deres løsning, og det fælles sprog, som familien har fået, giver en stor åbenhed til at tale sammen om angsten. Lise oplever også, at Carls lillesøster bliver delagtiggjort via det fælles projekt, idet familien kan tale om angsten. Hvor problemerne tidligere har været forbundet med meget hemmelighedskræmmeri, er der nu kommet en meget større åbenhed i familien (A:158). Ronja bekræfter, at der er kommet en stor forståelse mellem hende og datteren (A:192), men Tessa siger i den uformelle samtale, at de to skilte forældre nok vil få hver deres måde at gøre tingene på. At de ikke længere er én samlet familie medfører sandsynligvis, at de ikke får den samme grad af enighed om tilgangen, men de har dog den samme forståelse. Måske er det også forældrenes enighed, Naja søger, når hun insisterer på, at begge forældre deltager i terapien, således at der kan skabes en alliance imellem dem frem for konflikt.

At forældreinddragelsen er vigtig pga. den enighed, der skabes via mor, far og barns fælles inddragelse i terapien, bemærker gruppens terapeut Tessa også i vores uformelle samtale. Hun fremhæver endvidere, at der bliver tale om en livsstilsændring i familien: *"Det er lidt en livsstilsforandring (...) det her er en forandring, vi skaber i måden at tænke omkring vores barn og vores måde at være på i vores hverdag"*. Dette synspunkt bekræfter Søren: *"jamen det er en livsstilsændring, og så skal man jo have familien med"* (1271). Indikationer på, at der reelt er tale om livsstilsændringer ses også i Ronjas beskrivelse af, at hun nu kan være mor efter kl. 20 (B:1181), hvilket uddybes i næste undertema.

En psykologisk forklaring på betydningen af forældrenes og familiens enighed omkring tacklingen af angsten kan bl.a. findes i nogle af familiesystemets beskyttende faktorer, som Carr (1999, p.506) beskriver. Idet familien får et fælles sprog om angsten, bliver familiekommunikationen klarere, hvilket er en beskyttende faktor. Ligeledes fremhæver Hafstad og Øvreide (2004) kommunikationens vigtighed i relationen. Overensstemmende med tankegangen bag forældretræningsteknikken *contingency management* (se figur 7) har forældrene også lært at være konsekvente over for barnet både ved, at familien holder sig til behandlingsplanen, at barnet møder det samme hos mor og far, samt at barnets indsats imod angsten belønnes. Den mere konsekvente, autoritative opdragelsesstil definerer Carr (1999, p.506) også som en beskyttende faktor. Hvorledes forældrenes anderledes og mere positive syn på dem selv også kan være en beskyttende faktor beskrives i følgende afsnit.

5.4.3. Inddragelsens implikationer for forældreidentiteten – at være en god nok forælder

En analyse viser, at forældre får et andet syn på sig selv gennem inddragelsen i barnets terapi. De indser, at de har en del af ansvaret for angstens udvikling og vedligeholdelse pga. uhensigtsmæssig adfærd ift. at beskytte og forsikre barnet, og dette synes at have betydning for opfattelsen af dem selv som forældre. Den potentielle negative effekt, dette kunne have på deres selvopfattelse som forældre, normaliseres imidlertid i kraft af forældregruppens erfaringsudveksling – de har alle gjort nogle ting, som de i lyset af psykoedukation om angstens vedligeholdelse nu kan se, ikke var hensigtsmæssige, men de er fælles om at have begået disse fejl. Denne normalisering og mødet med ligesindede, der har oplevet de samme problematikker med deres børn, lader tilsyneladende forældrene tilbage med en fornemmelse af, at

de er gode nok forældre. Denne følelse bekræftes af de succeser, de oplever med deres barn, både fordi barnet bliver mindre angst, men også fordi barn og forældre nu i samarbejde kan tackle angsten med den viden og de værktøjer, forløbet på AK har givet dem. Hvorledes terapiens virkemidler, hhv. de kognitive og de emotionelle, hver især giver forældre tiltro til deres forældrekompetencer og følelsen af at være en god nok forældre, kan skildres ud fra citater fra interview B og C. I følgende uddrag har jeg spurgt Najas forældre, hvilken forskel de kan se fra før forløbet startede og til nu, hvis de kigger sig selv i spejlet:

R: åhhh, mine skuldre de sidder ikke oppe over oppe omkring ørene mere, og jeg er meget mere afslappet, øhh

I: ja

*R: det at det er, (..), jamen det er (.) jamen midt inde i forløbet, der ku jeg jo, der behøver jeg jo ikke at kunne sige øhh, til Naja, nu er klokken 20, og nu øhh og nu nu kan du ikke forvente hjælp af mig mere til noget. Øhh, og så vidste hun godt at nu nu øhh skal hun hverken komme med lektier eller med og flippe ud når hun øhh i seng om aftenen eller noget, nu ku jeg ku jeg **nu kunne jeg også være mor efter 20**, ik altså jeg ku*

I: ja, det syntes du ikke du kunne før men det kan du nu? Ja okay.

R: nej, det kunne jeg ikke, jeg kunne slet ikke klare de der konfrontationer på en ordentlig måde

I: nej [...]

I: så du har på en eller anden måde fået mere overskud nu?

R: Helt sikkert

I: ja

*R: helt sikkert. Mere overskud og mere, og det er jo fordi, at øhh jamen de **værktøjer** jeg har fået, jamen når jeg bliver presset så læner jeg mig bare fuldstændig op af dem*

I: ja

R: ik fordi, så er det bare det jeg skal gøre og det jeg kan gøre

I: ja

R: og jeg ved det er rigtigt at gøre det,

I: ja

R: og så kan jeg bare sige det. Så behøver jeg ikke tænke mere over, øhh, ej, skulle jeg nu også og, hvad gør jeg nu og.

I: så det giver en sikkerhed?

R: ja og det giver en øhh ro,

I: ja

R: så jeg øhh når jeg kigger mig i spejlet tænker: nå mor, klarer du det okay? Ik så: ja, det går faktisk rigtig godt.

I: ja

R: det er jo en stor tilfredsstillelse.

(B: 1173)

Ronja beskriver her, hvordan hun nu, i kraft af de værktøjer, hun har fået på AK, oplever at kunne være mor efter kl. 20, hvilket hun ikke har haft ro og overskud til før. Hendes beskrivelse indikerer, at hun nu føler sig klædt på til og kompetent til at håndtere konfrontationerne med Naja, og at dette har stor betydning for hendes opfattelse af sig selv som mor – det går rigtig godt med at være mor nu. Der er altså både sket store forandringer for Naja og hendes mor i løbet af forløbet på AK, der er sket et skift i hendes identitet som forælder, idet hun nu kan være mor ”på fuld tid” og ved, hvad hun skal gøre. I citatet fremhæves udbyttet af de kognitive teknikker, Ronja har lært på AK, og i Lises udtalelse i citatet (C:561) fra afsnit 5.3.2. fremhæves betydningen af det emotionelle udbytte, da Lise fortæller om betydning af at møde ligesindede i gruppen. Fordi Lise føler sig mødt, forstået og normaliseret i gruppen, føler hun sig ikke som en dårlig forælder over at have skældt sin søn ud i sin afmagt over ikke at vide, hvordan angstproblematikken skulle tackles. Terapiens emotionelle udbytte i form af mødet med gruppen og accepten får altså stor betydning for måden, hvorpå Lises ser sig selv som mor og ser sine forældrekompetencer. En tolkning af analysens fund er, at dét at føle sig som gode nok forældre kan give forældrene overskud til at være bedre forældre for deres barn.

Opsummerende fremgår det af nærværende analyse, at terapiens virkemidler, både de kognitive og de emotionelle, if. forældrene ikke kun har skabt ændringer hos barnet, de har også haft implikationer for forældrenes oplevelse af dem selv og deres forældreidentitet. Forældre kan altså ikke kun *bidrage* med både emotionel og kognitiv støtte, jf. teori-afsnittets argumentation for forældreinddragelse, men oplever også selv både kognitivt og emotionelt *udbytte* af terapien.

Ud fra Hafstad og Øvreeides (2004) beskrivelse af børn og forældre som en udviklingsenhed kan det forklares, hvorledes forandringerne både angår barn og forældre. Alle udvikles de i de samhandlingsprocesser, de indgår i, professionelle omkring barnet må derfor bistå forældre i deres udviklingsproces for at bidrage til barnets udvikling. Overensstemmende med tilgangen på AK advokerer Hafstad og Øvreeide (2004, p.16) for at gøre forældre aktive og mere ansvarlige i arbejdet med løsningen af opståede problemer ifm. barnet, bl.a. igennem, at forældrene aktivt kan hjælpe med at udvikle sig selv i relationen til barnet. Denne delagtiggørelse og medansvarliggørelse af forældrene i selve behandlingsarbejdet synes AK at opnå via italesættelsen af forældrenes rolle både i barnets angst og løsningen heraf, det fælles projekt.

Herigennem håndteres den modsigelse, der også fremhævedes i teoriafsnittet: *"At skulle hjælpe et barn kræver, at vi er i stand til at håndtere den modsigelse, at forældrene bidrager til barnets problem, samtidig som de er den vigtigste ressource for at barnet skal kunne overkomme sit problem"* (ibid., p.17). Modsigelsen håndteres bl.a. gennem at fremme den udviklingsstøttende dialog (ibid., p.15), hvilket forløbet på AK bidrager til gennem udviklingen af et fælles sprog og en fælles forståelse for angsten barn og forældre imellem.

Hafstad og Øvreeides (2004, p.15) beskrivelse af det forældrefokuserede arbejde med børn kan endvidere anvendes til at forklare betydningen af anerkendelsen af såvel barn som forældre, idet forfatterne fremsætter, at kommunikationen mellem barn og forældre må have en tryk platform at kommunikere ud fra for kunne mediere udvikling og forandring. Derfor må barn og forældre blive set og respekteret i deres eget fokus. Analysen viser, at anerkendelsen af forældrene som gode nok forældre bidrager til deres tiltro til forældreevner, hvilket if. Carr (1999, p.503) også er en beskyttende faktor ift. barnet. Honneth (2006) understreger ligeledes, at vores identitet er afhængig af anerkendelse; gruppens normaliserende anerkendelse af forældrene som gode nok forældre bliver derfor vigtig for, hvorledes forældrene ser sig selv. Hvordan forældrene ser familiens fremtid, er en anden faktor, som synes at have stor betydning for familiernes engagement i og motivation for at gennemføre terapiforløbet, følgende afsnit omhandler derfor håbet som en vej ud af angsten.

5.5. Håbet i angsten

I den første observation på AK blev jeg opmærksom på betydningen af, at samtlige børn allerede ved 3. session havde gjort store fremskridt ift. deres angst. Lise beskriver om Carls fremskridt: *"Jeg tror det er gået op for Carl, at han har indflydelse på tankerne – det har åbnet noget for ham, at der også er et liv på en anden måde"* (observation 1). Psykoedukationen om sammenhængen mellem kognition og emotion – og at Carl har indflydelse på tankerne – samt forandringerne i kraft af Carls forbedring åbner op for, at han selv og forældrene kan forestille sig et liv på en anden måde end den hverdag, hvor angsten har begrænset hele familien, idet den har ligget over dem *"som en osteklokke"* (observation 1). Der vækkes hermed et håb i angsten.

5.5.1. Angstens begrænsninger

Min fornemmelse af, at håb bliver af betydning for barn og forældre i deres forandringsproces, bekræftes i fokusgruppeinterviewet, da jeg spørger ind til, hvad

forældrene mener, er årsagen til, at deres barn faktisk ændrer sig; her nævnes støtten til forældrene, det systematiske arbejde, normaliseringen, men Pia sætter også fokus på håbets betydning:

*P: Men jeg tror da også, at det har givet lidt **håb**, også i børnene, også i de voksne, også i forældrene.*

I: Ja

*P: Om at der der der findes **en vej ud**, og noget ude på den anden side. Altså.*

(1062)

Pia bekræfter her oplevelsen af, at håbet har betydning for barnets bedring, både for barn og forældre, og håbet hænger sammen med troen på, at der findes en vej ud af angsten. I de individuelle interviews ønskede jeg at forfølge betydningen af håb. I interview B kan Ronja og Kim ikke umiddelbart genkende håb som et centralt element, men Ronja beskriver, at håbet om forandring bliver vigtigt, fordi angsten begrænser, og man som forælder oplever at være under pres:

*R: og i og med at man synes, at **ens barn begrænser**, jeg tror ikke på, at man kan have den der øhh øhh fornemmelse af, at ens barn begrænser en uden at ens barn opdager det.*

I: nej nej

R: og læ, det det er jo, det er jo en frygtelig byrde at lægge på sine børn.

(B: 1389)

Ronja oplever, at barnets angst er meget begrænsende, og det belaster hende, ydermere fordi hun er opmærksom på, at Naja opdager, at hun begrænser sin mor. Ronja føler dermed, at hun lægger en byrde på sin datter. Håbet om en anderledes hverdag og en bedre fremtid hænger derfor for hende sammen med lettelsen over, ikke længere at skulle have dårlig samvittighed over at få datteren til at føle skyld, fordi Ronja nu ved, hvordan hun skal tackle pressede situationer (B:1194;B:1428). Lise fortæller også om håbets betydning i relation til angstens begrænsninger, men hun er mere bekymret for de begrænsninger, angsten har lagt på Carls liv:

I: hvilken rolle spiller den der følelse af håb mon? For Jer forældre?

S: (griner)

*L: Jamen det spiller jo rigtig stor rolle, fordi man jo altid **håber**, at ens børn får et godt liv,*

I: ja, ja

*L: og når man så kan se, at den måde de agerer på **begrænser dem** i utrolig mange ting, som de ville elske at gøre*

I: ja

L: Så er det ligesom om, så kan man slet ikke se (.) altså man kan jo ikke leve, hvis man skal sove sammen med sin far eller hvis man skal bo sammen med sin mor. Altså det bliver jo ikke et normalt liv

I: nej

*L: øhm, og derfor så har jeg det sådan, allerede efter de første par gange, at pludselig så ku, så fik jeg **et håb**, om nej*

I: ja

L: Jeg kunne pludselig se, at at øhh (.) han skulle nok komme til at få et godt, selvstændigt liv

I: ja

L: Som ville være fyldestgørende for ham: og et øhm (..), det synes jeg bare har været virkelig virkelig vigtigt for mig

I: ja

L: Også at se, man gider godt kæmpe hvis man kan se det nytter noget. Øhh, (.) så så det der med at gå fra sådan en situation, hvor alting står stille og man kan slet ikke se, vi vidste jo ikke hvordan vi skulle få ham ud af den seng der, for han gik jo i panik om aftenen, hvis vi foreslog noget. Til sådan at komme hen til, at det at det kan godt lade sig gøre. Og han tror i øvrigt selv på det.

I: Ja

L: Det øhm betyder rigtig rigtig meget synes jeg

(C: 1175)

Håbet hænger også for Lise sammen med angstens begrænsninger, som har gjort hende bekymret for Carls fremtid. At opnå troen på, at Carl nok skal få et godt og selvstændigt liv, har været meget vigtigt for Lise. Hun oplever, at familien med forløbet på AK er gået fra en situation med stilstand og panik til en tilstand, hvor barn og forældre har tiltro til, at det kan lade sig gøre at bekæmpe angsten.

5.5.2. Tiltro til kompetencer – nøglen i en kognitiv opfattelse af håb

I beskrivelsen af håbets betydning er det centralt, at håbet for Søren og Lise i høj grad også hænger sammen med tiltro til egne forældrekompetencer og tiltro til barnets kompetencer:

*L: [...]de værktøjer, som vi har lært at bruge rigtig godt, og som jo giver os **en tryghed når vi kigger ind i fremtiden**,*

I: ja

L: At at nu øhh kan vi klare næsten hvad som helst når det gælder angst, fordi vi ved hvad vi skal gøre.

(C:643)

I kraft af det, familien har lært på AK, har Lise en tro på, at familien kan håndtere angsten, og det giver hende tryghed og håb for fremtiden, fordi hun ved, de aldrig vil falde tilbage til det gamle mønster (C:1456). Denne opfattelse deler Ronja (B:1199).

Carls forældre giver udtryk for, at de frem for at være magtesløse ift. angsten nu føler sig klædt på til at tackle den (C:1451;C:1466,C:1499), og de anerkender og glædes ved at se sønnens udvikling og løsrivelse fra dem (C:384;C:887;C1339). I kraft heraf har forældrene nu meget lyse fremtidsudsigter for Carl og har tiltro til hans kompetence til at håndtere angsten (C:1307), hvilket står i kontrast til Lises oplevelse af, at hun tidligere måske har bildt sin søn ind, at der var en masse ting, han ikke kunne (A:832). Forældrenes anderledes syn på deres børns kompetencer faciliteres sandsynligvis også af eksponeringen og den assertionstræning, som er en del af børnenes KAT program. Heri lærer børnene at agere mere assertivt og selvsikkert, fx via øvelser hvor familier og terapeuter sammen tager ud i et storcenter, hvor børnene skal øve sig i at spørge om vej eller spørge en ekspedient om hjælp (Rapee et al., 2010).

Hhv. forældrenes beskrivelser af håb for fremtiden og deres anderledes syn på barnet som mere kompetent kan ud fra Charles Snyders (2002) teori om håb kobles via forståelsen for håb som sammenhængende med agency – følelsen af, at være herre over eget liv.

Ud fra betragtningen, at mennesker generelt foretager selv vurderinger af deres evner til målopnåelse, definerer Snyder (2002, pp.249-250) i sin teori om håb, håb som den opfattede evne til at udlede veje til ønskede mål (*pathways*) samt motivere en selv ved hjælp af handlekraftig – eller assertiv – tænkning (*agency*). I *The Trait Hope Scale*, som bygger på Snyders teori, beskrives agency ud fra evnen til at efterfølge mål, at føle sig forberedt, tidligere succesfulde oplevelser samt at man indfrier målsætninger, mens pathways kendetegnes ved evnen til at finde på måder at komme ud af vanskeligheder og evne til problemløsning (ibid., p.274). I sin teori placerer Snyder (2002, p.251) tænkning frem for emotion som kernen af håb, og målsætning defineres endvidere som den kognitive komponent, der forankrer teorien om håb. At tænke handlekraftigt er motivationskomponenten i teorien om håb. At tænke og agere handlekraftigt er netop, hvad børnene lærer i KAT programmets assertionstræning³⁶.

³⁶Banduras (1982) begreb om self-efficacy har relation til såvel assertionstræning som Snyders teori, der imidlertid adskiller sig ved sit fokus på håb ifm. selvanalyse af ens overordnede evner og vilje til at skabe veje til mål på tværs af situationer

Fokusset på kognition i håbteori og opfattelsen af, at håb primært er en måde at tænke, er overensstemmende med tilgangen i KAT, hvor emotioner anskues som et direkte resultat af tanker (ibid., p.249). I interviewene eksemplificeres dette ved forældrenes tiltro til, at de kan klare, hvad der måtte komme, altså en overbevisning, der giver dem håb. Utilfredsstillende livsomstændigheder kan anskues som en grundlæggende betingelse for håb (Lazarus if. Snyder, 2002, p.250)³⁷, og i kraft af angstens invaliderende indvirken på både børn og forældres hverdag, kan de alle siges at være ”disponerede for håb”. Dette kan forklare forældreparrenes oplevelse af angstens begrænsninger som centralt for betydningen af håbet for en bedre fremtid.

I forældrenes fortælling om håb for fremtiden ses de to hovedelementer i Snyders håbteori, *agency* og *pathways*. Agency ses både i forældrenes ændrede syn på barnet som mere kompetent og i deres tiltro til egne forældrekompetencer, at de nu føler sig klædt på til at håndtere og bekæmpe angsten sammen med barnet. Agency omhandler endvidere at kunne efterfølge og indfri målsætninger, og den kognitive terapi fokus på målsætninger lægger i høj grad op til at tænke målorienteret om arbejdet med angsten. Flere forældre, specielt fædrene, beskriver også, at de sætter pris på det systematiske, logiske arbejde i terapien (A:1057;B:385;C:1066). Essensen i begrebet om pathways, eller veje til målet, er at have metoder til at håndtere problemer og på den måde besidde problemløsningsstrategier. Forældrene oplever i høj grad, at de nu besidder problemløsningsstrategier i form af de kognitive teknikker, de lærer sammen med barnet. På baggrund heraf, kan der fremsættes en formodning om, at selve KAT arbejdet med målsætninger og assertionstræningen skaber grundlag for håb, som forstærker tiltroen til de forandringer, der finder sted, samt holdbarheden af disse, hvorved der skabes en positiv spiral frem for angstens onde cirkel (C:1520). Snyder (2002, p.262) påpeger overensstemmende hermed, at højere håb er relateret til bedre resultater i psykoterapi, og uanset typen af terapi vil den succesfulde behandlings forandringer reflektere, at klienten lærer mere effektiv målorienteret tænkning samt assertiv motivation til at benytte de lærte veje til målet.

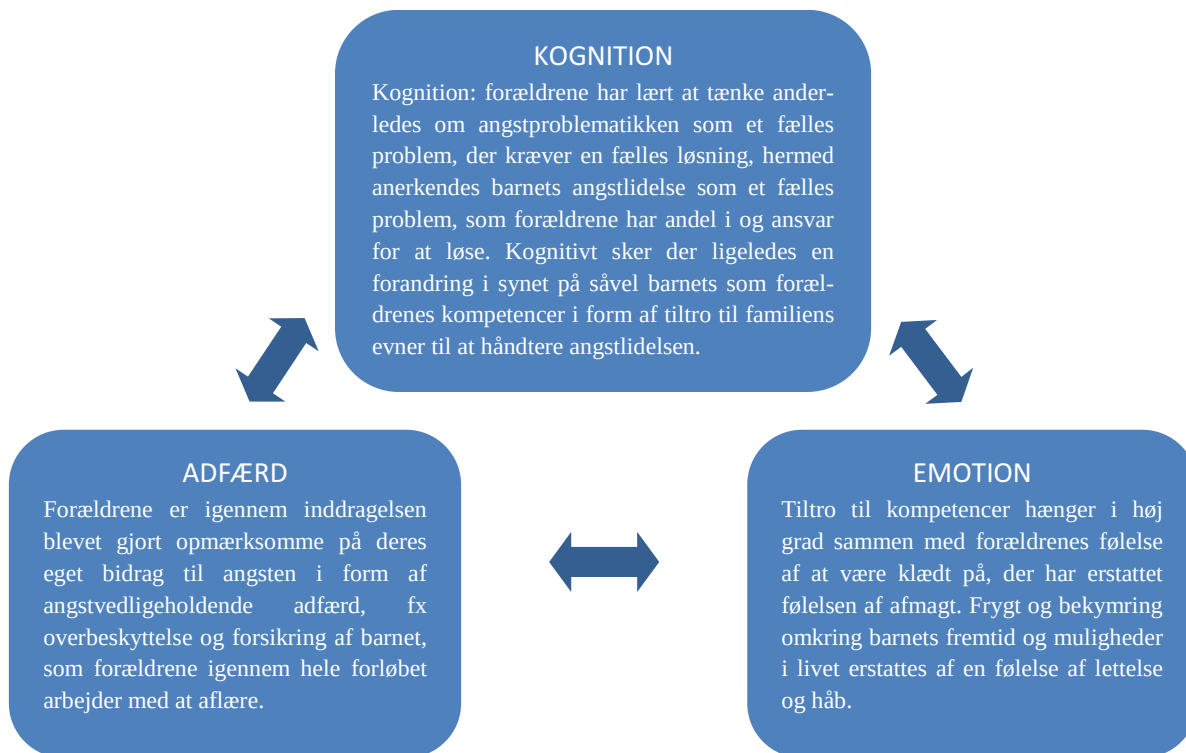
5.6. Analyseopsummering

På baggrund af ovenstående analyse fremgår det, at der i behandlingsforløbet ikke kun sker ændringer hos barnet, men også hos de aktivt inddragede forældre. Ud fra

³⁷Dog anerkender Snyder (2002, p.250) selv også positive mål og skelner mellem ”reparationsmål” og ”forbedringsmål”

analysens fire mastertemaer er det et interessant resultat, at disse ændringer kan karakteriseres som både kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige. At disse tre elementer netop er tæt forbundne størrelser, er yderst centralt i kognitiv teori om psykoterapi (Alford & Beck, 1997, p.14). Inspireret af modellen *den kognitive diamant* opsummerer jeg derfor de beskrevne ændringer hos forældrene i nedenstående model:

Figur 12: Forældrenes kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige ændringer



(Egen fremstilling) Figurforklaring: Den kognitive diamant er en bredt anvendt model, der bruges til at undersøge sammenhænge mellem tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd (Oestrich, 2008, p.121). Ovenstående model er inspireret heraf og afdækker, hvorledes forældrenes ændringer kan konceptualiseres inden for de tre områder kognition, emotion og adfærd (den kropslige fornemmelse fra den kognitive diamant er her udeladt, da den ikke kommer til udtryk i data). Den indbyrdes sammenhæng mellem de tre typer af ændringer kommer til udtryk fx ved, at forældrene ændrer adfærd i kraft af psykoedukationen, der har påvirket deres måde at tænke om barnet og angsten. Ydermere lader forældrenes ændrede forældreadfærd dem se barnet i et andet lys, hvilket mindsker deres frygt for fremtiden og styrker deres håb. Følelsen af lettelse, og at kampen mod angsten skrider fremad, giver mod til at kæmpe videre (adfærd).

6. Diskussioner af specialets fund og implikationer

Nærværende diskussionsafsnit er bygget op omkring tre overordnede diskussioner. Først vil en *diskussion af forandringsmekanismer* tage analysens fund et skridt videre og først diskutere, hvorledes forældres oplevelse kan påvirke barnets og hele familiens forandringsproces, dernæst diskuteres forandringsprocesser i terapien mere overordnet ift. den gensidige påvirkning forældre og barn imellem. Anden del af diskussionen beskæftiger sig med *undersøgelsens metodiske grundlag*, dens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. I en diskussion af specialets kvalitet og den kvalitative metodes potentielle faldgruber argumenteres der for begrænsningernes håndtering. I diskussionens tredje og afsluttende afsnit forsøges specialets fund løftet op til et mere praksisanvendeligt niveau i diskussionen af *empirifundenes implikationer for klinisk psykologisk praksis* i arbejdet med angst børn og deres forældre.

6.1. Hvordan faciliteres forandring?

Forandring kan anskues som målet for terapi (Stallard, 2007, p.15), og igennem hele specialet har jeg beskæftiget mig med forandring, både i form af terapiens oplevede forandringsmekanismer og hvorledes forældre kan fungere som forandringsfacilitatorer. De følgende afsnit diskuterer forandringsprocesser i terapien og bidrager med nye perspektiver ift. hvilke implikationer, forandringerne kan indebære for barnets bedring og for familien som helhed.

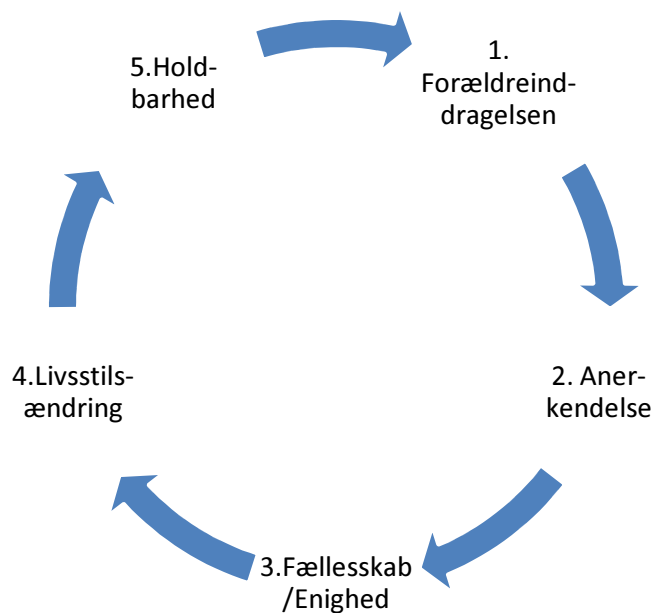
6.1.1. Livsstilsændring og ændringernes holdbarhed

I arbejdet med specialets analyse blev jeg optaget af, hvorvidt analysens fire mastertemaer kunne siges at skildre trin i en forandringsproces. Følgende afsnit diskuterer derfor både en forbindelse temaerne imellem samt deres sammenhæng med specialets udgangspunkt i form af de sensitiverende begreber: forældres oplevelse, virkemidler og forandringsmekanismer. Det første skridt hen i mod at arbejde med angstlidelsen er forældrenes erkendelse og anerkendelse af angstlidelsen og behandlingsforløbet. Forældrene oplever deres inddragelse som vigtig, idet den formidler anerkendelse, som er vigtig for barnet. Forældrenes oplevelse af inddragelsen opfattes altså af dem som betydningsfuld for barnets bedring. Terapiens virkemidler, både kognitive og emotionelle, er stærke forandringsmekanismer for både barn og forældre og bidrager til, at der bliver skabt en positiv spiral frem for angstens onde cirkel. Angstens familiære indlejring viser både forældrenes rolle i angsten, men også hvorledes de oplever sig selv som forandringsfacilitatorer for barnets bedring.

Centralt i denne oplevelse bliver enigheden, åbenheden og forældrenes ændrede syn på dem selv som kompetente forældre. I kraft af terapiens virkemidler, og dét familierne har lært på AK, kan angstens familiære indlejring siges at blive ændret til *håndteringens familiære indlejring*. Familierne ved nu, hvordan de skal håndtere angstlidelsen, og ændringerne i familien har karakter af en livsstilsændring. Det sidste trin, håbet for fremtiden, kan ses som mere fremadrettet og hænger sammen med oplevelsen af, at ændringerne, familien har gennemgået, er holdbare. I kraft af tiltro til egne og barnets kompetencer tror forældrene på, at de kan opretholde den ændrede livsstil.

Men hvorledes bliver den her skildrede sammenhæng aktuel ift. barnets bedring og RCTs, der viser, at det ikke har signifikant effekt at inddrage forældre? På baggrund af den i analysen beskrevne mulige sammenhæng mellem inddragelse, anerkendelse og livsstilsforandring opstiller jeg i følgende model en hypotese omkring sammenhæng mellem forældreinddragelse og holdbarheden af behandlingsresultater:

Figur 13: Hvordan forældreinddragelse kan skabe ændring og holdbarhed



(Egen fremstilling) Figurforklaring af de centrale elementer i ændringsprocessen, der bidrager til behandlingsresultaternes holdbarhed: Ad 1: Forældrenes aktive inddragelse og deltagelse i barnets KAT.

Ad 2: Anerkendelse af problemet og forældrenes andel heri, samt anerkendelse af behandlingen og forældrenes ansvar for barnets bedring. Med forældrenes anerkendelse kan barnet dedikere sig fuldt ud til behandlingsforløbet, og anerkendelsen bidrager til barnets tiltro til egne kompetencer. Ad 3: Kampen mod angsten bliver et fælles projekt for familien, og idet barnet og begge dets forældre deltager i samme forløb, bliver der enighed omkring, hvordan angsten tackles, både mellem barn og forældre og forældrene imellem. Ad 4: Forandringer i kraft af behandlingsforløbet involverer hele familien og bliver en livsstilsændring, idet både barn og forældre ændrer deres måde at handle og tænke. Der skabes en forandring hos forældrene i måden at se dem selv og deres barn og i måden at være sammen med deres barn i hverdagen, en forandring de agter at vedligeholde. Ad 5: Enigheden, de fælles værktøjer til håndtering af angsten, den fælles reference-ramme og livsstilsændringen får sandsynligvis afgørende betydning for behandlingsresultaternes holdbarhed, idet forandringerne føres over i hverdagslivet gennem livsstilsændringen.

Jeg er bevidst om, at der i sammenligning af kvalitative og kvantitative resultater er tale om forskellige vidensparadigmer, og dermed forskellige tilgrundliggende sandhedskriterier. Derfor kan det diskuteres, hvorvidt mine kvalitative resultater kan belyse kvantitative studier? Jeg tilslutter mig imidlertid synspunktet, at de to metoder kan supplere hinanden, som eksemplificeret ved mixed-methods tilgangen (Kelle, 2006). Specialets ærinde har delvist været at undersøge om RCTs, der ikke finder signifikant øget effekt af at inddrage forældre, måske overser medierende mekanismer i forældrenes oplevelse af inddragelsen. Forældrenes anerkendelse af barnet i kraft af deres inddragelse samt gruppens anerkendelse af forældrene kan være en medierende faktor, og modellen skildrer, hvordan centrale elementer i familiernes forandringsprocesser leder til en livsstilsændring, som sandsynligvis vil øge mulighederne for, at behandlingsresultaterne opretholdes på længere sigt. Modellens cykliske udformning symboliserer, at påvirkningerne går i ring, at forældrenes inddragelse i barnets kamp mod angsten fortsat gennem udviklingen vil påvirke forandringerne, samt at fx holdbarheden af behandlingseffekten igen vil påvirke forældrenes anerkendelse af barnet. Relateres diskussion om holdbarheden til eksisterende forskning i forældreinddragelse kan det diskuteres, hvad effekt egentlig er? Størstedelen af RCTs, der sammenligner KAT med og uden forældreinddragelse finder ikke signifikant øget effekt af at inddrage forældre, målt på diagnostiske interviews samt selvrapporteringsspørgeskemaer før og efter behandling. Et andet væsentligt effektmål opnås ved at inkludere et followup mål – dette effektmål tester holdbarheden af behandlingseffekten. Begge mål er vigtige. Terapiens effekt målt umiddelbart efter behandlingens afslutning er væsentlig, idet tilstedeværelse af angst i barndommen som indledningsvist beskrevet har potentielle invaliderende konsekvenser for såvel social som emotionel udvikling, så jo hurtigere en behandling har effekt, jo bedre (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007, p.240; Englyst & Trillingsgaard, 2005, p.130). Ved behandlingsafslutning viser kun et enkelt studie på området, Barrett et al. (1996), at det har signifikant øget effekt af at inddrage forældre, men den øgede effekt aftager i løbet af en årrække (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001).

Et studie af Cobham et al. (1998) viser derimod, at det postbehandling ikke har signifikant effekt at inddrage forældre, men tre år efter behandlingens afslutning viser follow-up målinger, at forældreinddragelsen har haft signifikant effekt – børn i

gruppen med forældreinddragelse har et lavere angstniveau end gruppen af børn, hvor forældre ikke var inddraget (Cobham et al., 2010). Fundene tyder på, at forældreinddragelsen muligvis ikke øger effekten af terapien signifikant umiddelbart efter terapiens afslutning, men at forældreinddragelsen bidrager på sigt til behandlingsresultaternes holdbarhed. En mulig forklaring af disse resultater kan være, at effekten af KAT til angste børn har noget, der ligner en løfteeffekt, hvorfor inddragelsen af forældre postbehandling ikke umiddelbart viser yderligere effekt. Denne formodning understøtter Tessa i vores samtale. Det er dog plausibelt, at forældreinddragelsen på længere sigt vil have effekt ift. resultaternes holdbarhed. Dette skyldes at livsstilsændringen, som forældrene oplever finder sted, betyder, at behandlingsresultaterne succesfuldt overføres fra det kliniske setting til hverdagen og vedligeholdes over tid, specielt idet forældrene med deres aktive inddragelse i terapien føler sig klædt på til at tackle eventuelle tilbagefald (B:1537;C:1454). I Carrs (1999) optik kan forældreinddragelsen altså være en beskyttende faktor også på længere sigt. Det må dog understreges, at hvad jeg her fremlægger, er hypoteser på baggrund af forældrenes fortællinger, idet jeg ikke kan forudsige, hvorvidt børnenes rent faktisk er blevet angstfrie, eller om de vedligeholder deres behandlingsresultater på længere sigt. Det kunne derfor være interessant med et opfølgende longitudinelt studie, der om 1 eller 3 år fulgte op på behandlingseffekten og dens holdbarhed. At RCTs ikke finder entydig signifikant effekt af inddragelsen på barnets angstniveau, kan imidlertid også skyldes, at ændringen sker på et mere overordnet, globalt niveau i familien. Understøttende for denne hypotese er empiriske studier, der viser, at KAT med forældreinddragelse ikke forbedrer barnets angstniveau signifikant mere end KAT uden forældreinddragelse, men derimod ses der i gruppen med forældreinddragelse en signifikant forskel i barnets globale funktion målt ud fra klinikere og forældres vurdering (Khanna & Kendall, 2009; Mendlowitz et al., 1999). En mere global ændring kunne fx være i form af familiens anderledes syn på sig selv, hvilket følgende afsnit uddyber.

6.1.1.1. Et ressourceorienteret narrativ

I diskussionen af forandringer hos børn og forældre er det ydermere spændende at se nærmere på, hvorledes familierne har forandret sig, muligvis har de også forandret sig på områder, som AKs diagnostiske interview og spørgeskemaer ikke umiddelbart indfanger. Som beskrevet i analysen er det centralt for forældrenes oplevelse, at der

er sket ændringer hos både forældre og børn, samt at forældrene har fået et anderledes syn på barnets og egne kompetencer. I forløbet på AK synes der at være indlejret et narrativt element ift., at familierne får skabt en ny fortælling. Narrativ betyder fortælling, og centrale teoretikere inden for den narrative terapeutiske tilgang såsom Michael White og Alice Morgan (2007) beskriver, hvorledes den narrative terapi er optaget af sproget - hvordan ord genererer mening og mening ændres gennem ord. I narrativ terapi arbejder man med at skabe en rigere, mere nuanceret historiefortælling om barnet med barnet og dets forældre. Angstbehandlingens narrative element ligger bl.a. i, at forældrene via inddragelsen får mulighed for at se barnet i et andet lys gennem den anderledes forståelse, som den rigere fortælling skaber. Igennem det fælles sprog, som barn og forældre får via deres fælles deltagelse på AK, får familien en ny måde at tale om angsten, og i kampen mod angsten bliver der sat fokus på familiens ressourcer frem for dens begrænsninger. Der kan således argumenteres for, at en af de betydningsfulde ændringer, der sker i terapiforløbet, er, at familien får et ressourceorienteret narrativ frem for et deficitorienteret narrativ. AKs vægtning af begge forældres aktive inddragelse i behandlingen vidner endvidere om et ressourcefokuseret syn på forældrene – man inddrager dem ud fra en tro på, at de kan bidrage til barnets bedring. Centralt i det ressourcefokuserede arbejde på AK er endvidere deres anerkendende tilgang til arbejdet med børn og familier, hvor forældres rolle i angstens vedligeholdelse italesættes, men på en måde, hvor der ikke placeres skyld, men opnås en følelse af ansvar og gensidig forpligtigelse ift. løsningen af problemet. Den anerkendende og ressourcefokuserede tilgang, de narrative elementer samt flerfamilieterapeutiske³⁸ inspirationer viser, at den kognitive adfærdsterapi, som den udføres på AK, endvidere er inspireret af og kompatibel med terapeutiske tilgange udover den kognitive, og disse familieterapeutiske inspirationer kan siges at være nødvendige i et holistisk arbejde med børn og forældre.

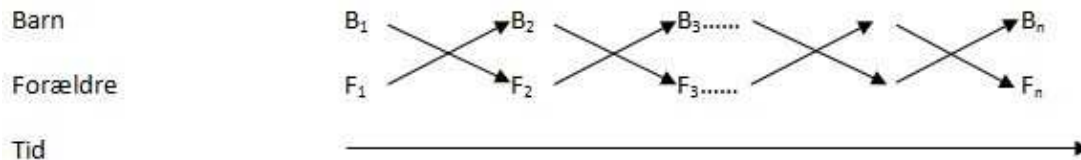
6.1.2. Bidirektionelle forandringsmekanismer

Specialets forforståelse har lagt vægt på forældre som mulige risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer ift. hhv. vedligeholdelsen og løsningen af barnets angstlidelse. Dette er den mest udbredte forståelse inden for forskning i effekten af forældreinddragelse, idet der fremsættes hypoteser om, at forbedring i forældrevariable, fx forældres adfærd over for barnet, nedsætter barnets angst (Silverman et al.,

³⁸Se afsnit 5.3.2.

2009, p.474). Den forståelse ønsker jeg imidlertid at nuancere i en diskussion af den gensidige påvirkning barn og forældre imellem. Med ”*The Transactional Model of Development*” beskriver Arnold Sameroff (2009) fra et udviklingspsykologisk standpunkt, hvorledes børn og kontekst former hinanden, en forståelse som Carr (1999, p.461) bekræfter ift. angst. Modellen nedenfor er min modifikation:

Figur 14: Den gensidige påvirkning mellem barn og forældre



Figurforklaring: Modellen er min egen gengivelse og modificering af den transaktionelle udviklingsmodel oprindeligt præsenteret i 1975 af Sameroff og Chandler. Den transaktionelle udviklingsmodel har spillet en central rolle i forståelsen af samspillet mellem arv og miljø i forklaringen af udviklingen af positive og negative udkom for børn. Udvikling af enhver proces i individet ses i modellen som påvirket af samspillet med individets kontekst. Modellen inddrages her som en generel forklaringsramme for den gensidige og konstante påvirkning mellem barn og forældre, der hver især ændrer hinanden over tid.

I den originale model skildrer Sameroff den gensidige påvirkning mellem *constitution* (struktur) og *environment* (miljø), men beskriver i 2009, at struktur kan opfattes som eller udskiftes med ”*barnet*”, samt at miljø også kan opfattes som *erfaring*. Til mit illustrerende formål beskriver jeg i modellen miljøet som *forældrene*, således at modellen afspejler den gensidige påvirkning mellem barn og forældre.

Sameroffs (2009) forståelse for barnets udvikling kan bidrage til forståelse for samt diskussion af angstens ætiologi og vedligeholdelse, men formålet med nærværende afsnit vil være at belyse den gensidige påvirknings betydning for inddragelsen i terapien. Min empiri synes indirekte at give støtte til modellen, idet empirien viser, at påvirkninger i inddragelsen ikke kun går fra forældre til barn, men også fra barn til forældre. Fx oplever forældrene, at børnene opnår mere frihed i takt med, at de bekæmper angsten, og børnenes større frihed betyder større frihed for forældrene (B:1244;C:1215). Empirien har dermed ekspliciteret en udvidet horisont for mig, hvor påvirkninger går både fra forældre til barn og fra barn til forældre. Denne bidirektionale forståelse for ændringsmekanismerne mellem barn og forældre kan hjælpe med at forklare, hvorfor og hvorledes der sker ændringer hos både forældre og barn i løbet af behandlingsforløbet – og hvorfor det netop er vigtigt, at det er et fælles projekt, som barn og begge forældre er en del af. På AK italesættes den bidirektionale påvirkning rent faktisk også, idet Tessa sætter fokus på forældrenes andel i barnets forandringer, og samtidig siger til forældregruppen, at barnets ændringer også vil påvirke dem selv (observation 1).

I evalueringen af, hvorvidt forældreinddragelsen øger effekten af KAT til angst børn, synes det centralt at medtænke denne gensidige påvirkning og mulige bidirektionalitet i ændringsprocesserne. Derfor undersøger Silverman et al. (2009) potentielle modeller over forandringsdynamikker mellem barn og forældre i et RCT af forældreinddragelse. Resultaterne viser, at der ikke er signifikant forskel på barnets angst i en intervention, der direkte adresserer forældrevariable³⁹ (KAT med forældreinddragelse) sammenlignet med en intervention, som ikke inddrager forældre. Derimod påvirkes forældrevariable af en intervention, der kun adresserer barnets angst (KAT uden forældreinddragelse). På denne baggrund argumenterer forfatterne for, at ændringsmekanismerne flyder fra barn til forældre i højere grad end omvendt. På baggrund af studiet synes det plausibelt, at der sker en gensidig påvirkning mellem barnets angst og forældre variable, men en kritik af studiet er imidlertid, at denne type psykologisk forskning ikke kan udsige sig om retningen af effekten, men derimod påpege sammenhænge (Gosch, 1997, p.97⁴⁰). Endvidere risikerer Silverman et al.'s studie og lignende forskning at falde i den modsatte lineære grøft, hvis kun barnets påvirkning af forældre og ikke forældres påvirkning af barnet anerkendes, frem for en interaktiv tilgang, hvor ændringsmekanismer i begge retninger anerkendes.

I specialets empiri synes det tydeligt, at forældrene oplever, at ændringerne i barnets angst har stor betydning for forældrene og påvirker dem og deres adfærd. Dette ses fx ved, at de mindsker deres hjælp til barnet i takt med, de via eksponeringsopgaverne erfarer, at barnet er kompetent til at klare mange opgaver selv (fx A:832;A:1170). Men denne synergi opstår i høj grad i kraft den fælles aktive deltagelse i terapien og samarbejdet om hjemmeopgaver og eksponering. Forældrene synes derfor at bidrage til faciliteringen af barnets forandringer, hvorfor forandringens retning ikke kan siges alene at gå fra barn til forældre. Søren beskriver i interview C eksplicit, hvorledes både Carl og forældrene oplever positive spiraler i takt med ændringerne. Barn og forældres spiraler kan anskues som indbyrdes forbundne, idet Carl bliver mere glad og får mere tiltro til egne evner i kraft af forældrenes glæde over samt anerkendelse af hans fremgang (C:1520). I kraft af oplevelsen af forløbet på AK og kampen mod angsten som et fælles projekt får man oplevelsen af, at forældre og børn bidrager til

³⁹Studiet adresserer forældres positive og negative adfærd overfor barnet, konflikter i forældre-barn dyaden samt forældres egen angst

⁴⁰kritikken fremlægges af et lignende studie

hinandens forandringsprocesser og forstærker hinanden i en positiv udvikling, overensstemmende med figur 14s illustration.

Opsummerende om diskussionen af studiets resultater kan det fremhæves, at forældreinddragelse set fra forældrenes perspektiv tilsyneladende kan have betydning for forandringsmekanismer i terapien ift. behandlingseffektens holdbarhed samt familiens forandringsprocesser i form af gensidig påvirkning forældre og barn imellem. Følgende afsnit har til hensigt at vurdere kvaliteten af resultaterne.

6.2. Kritisk metodisk diskussion – kvalitative kvaler eller kvalitet?

Videnskabelig metode har til formål at frembringe en viden, der er så pålidelig og så valid (gyldig) som mulig (Zachariae, 1998, p.13), så for at vurdere kvaliteten af specialets frembragte viden, er nærværende afsnit en kritisk stillingtagen til specialets metode. I en diskussion af tre helt centrale kvalitetskriterier: *reliabilitet*, *validitet* og *generaliserbarhed*, fremlægger følgende afsnit problematiske aspekter ved den kvalitative metode og diskuterer, hvorledes nærværende speciale har forsøgt at imødekomme udfordringerne. I en påpegning af den kvalitative metodes potentielle kvaler vil jeg dog endvidere sættes spørgsmålstegn ved, om man bør eller kan vurdere kvaliteten af kvalitativ forskning ud fra et positivistisk vidensideal? I en problematisering heraf påpeges en anden sprogbrug og andre metoder til vurdering af videnskvaliteten.

6.2.1. Reliabilitet – eller subjektivitet som forudsætning frem for bias?

Reliabilitet omhandler forskningsresultaternes troværdighed, hvorvidt resultaterne ville kunne reproducere i en replikation af studiet, og formålet med reliabilitetskriteriet er at minimere fejl og bias i studiet. Specialet har gennem alle undersøgelsens faser forsøgt at opnå en god reliabilitet ved at være gennemsigtig omkring metode og fremgangsmåde samt systematisk at operationalisere og dokumentere så mange trin som muligt i forskningsprocessen, både ift. design, empiriindsamling samt analyse og tolkninger. Denne gennemsigthed skulle gerne muliggøre, at andre forskere kan ”se mig over skuldrene” og foretage samme undersøgelse. Imidlertid er det et kritikpunkt for kvalitative studier generelt, at reliabiliteten kompromiteres, idet metoden er personafhængig (Yin, 1994, p.37). Selvom jeg vedlægger min interviewguide, vil andre ikke kunne gentage præcis de samme interviews, da de har fundet sted i den sociale interaktion, interviewet er, og fordi interviewet er et personligt håndværk. Af netop denne årsag kritiseres kvalitative undersøgelser ofte for at være

subjektive og personafhængige, men idet subjektivitet i nogen grad er en forudsætning for at udføre kvalitativ forskning, synes dette ikke at være et egnet kriterie i vurderingen af et kvalitativt studies kvalitet. Der kan argumenteres for, at for at forstå menneskeliv i dybden må man gøre det indefra. At forskeren går tæt på, er således ikke en af den kvalitative metodes *kvaler*, men en betingelse for at forstå *kvaliteten* af fænomenets egentlige karakter (Kvale & Brinkmann, 2009, pp.192-193; Tanggaard & Brinkmann, 2010, p.31).

I min undersøgelse oplevede jeg, at jeg gennem min observation af terapien i gruppen forud for interviewene både opnåede kendskab til forløbet og gruppen og blev et kendt ansigt for gruppemedlemmerne. Via min tilstedeværelse i gruppen forud for interviewene kan der argumenteres for, at jeg har opbygget et gradvist tillidsforhold til informanterne, og på den måde forsøgt at lade det relationelle bære den tematiske dialog i interviewet overensstemmende med Øvreeides (1998, p.135) anvisning. Tillidsforholdet og kendskabet til gruppen muliggjorde min indlevelse i forældrenes fortællinger, og jeg tror, det var i kraft heraf, at jeg blev lukket ind i gruppens fortrolighed. Dette muliggjorde, at forældrene i både gruppeinterviewet og de individuelle interviews delagtiggjorde mig i aspekter af deres oplevelser, som de ikke ville have delt med en udenforstående uden kendskab til AK og forløbet (C:1709). Via mit forarbejde fik jeg således et unikt indblik i forældrenes oplevelse af inddragelsen, og hvis en replikation af studiet skulle opnå samme resultater ville det være nødvendigt at gentage samtlige trin i designets empiriindsamling.

6.2.2. Validitet – også som håndværksmæssig kompetence

Et andet centralt kvalitetskriterium i en videnskabelig undersøgelse omhandler validitet, der if. Kvale og Brinkmann (2009, p.272) refererer til sandheden, rigtigheden og styrken af et givent udsagn, og en gyldig slutning er korrekt udledt af sine præmisser. If. Yin (1994, p.35) er dette den interne validitet, og en granskning af heraf fordrer kritisk stillingtagen til slutninger foretaget på baggrund af empirien, samt mulige alternative forklaringer på det, der udledes heraf.

Ved at følge IPA stadiene har jeg forsøgt at forankre min analysemetode i en systematisk produktion af ny viden (Zachariae, 1998, p.27), hvor mine slutninger er begrundet ud fra reference til interviewtransskriptionerne, således at læseren selv kan gå tolkningerne efter. Det kan imidlertid ses som en begrænsning ved studiet, at der

kun har været én fortolker af empirien. Denne begrænsning har jeg forsøgt at imødekomme ved at lave en tilbagemelding til AK vedrørende mine analyseresultater, og løbende igennem projektets faser at sparre med dem omkring mine observationer og tanker⁴¹. At inddrage nøgleinformanter i validering af resultater vedrører if. Yin (1994) undersøgelsens begrebsvaliditet: korrekt operationalisering af undersøgte fænomener. Jeg har endvidere søgt at sikre begrebsvaliditeten via operationalisering og definition af undersøgelsens centrale begreber samt via undersøgelsens metodetriangulering.

En interviewundersøgelses validitet er endvidere afhængig af forskerens håndværksmæssige kompetence (Kvale & Brinkmann, 2009, p.274). Her er det nødvendigt at være selvkritisk: jeg er ikke en trænet interviewer, og fokusgruppeinterviewet var mit første interview som moderator. Dette kan have haft implikationer for den indsamlede data: stiller jeg interviewguidens spørgsmål præcist og kort nok? Er jeg balanceret i min styring af interviewet, så der både er plads til den interviewedes livsverden, men samtidig fokus på emnet? Jeg har forsøgt at imødekomme mulige faldgruber via grundig forberedelse til interviewene samt ved gennem hele undersøgelsesfasen at anvende Kvale og Brinkmanns (2009, pp.186-187) kvalitetskriterier som retningslinjer. Herudfra har jeg forsøgt at afklare betydningen af relevante aspekter af de interviewedes svar samt verificere mine tolkninger af svarene under selve interviewet for således at bestræbe, at de tre interviews fortolkes i løbet af interviewet og dermed fremstår som selvstændige, selvrapporterede historier.

6.2.3. Generalisering – fra statistisk til analytisk generalisering

En almen kritik af kvalitative studier vedrører deres manglende generaliserbarhed, eller eksterne validitet (Yin, 1994, p.35): der kan ikke generaliseres fra få tilfælde til en større sammenhæng. En begrænsning ved mit studie er derfor, at jeg udover fokusgruppeinterviewet med 11 deltagere kun har interviewet to forældrepar individuelt. Med flere interviewdeltagere havde jeg måske fundet frem til andre resultater. Tidsfaktoren er endvidere en begrænsning, da jeg kun havde én time i forældrenes alenetid til at foretage gruppeinterviewet; havde jeg haft længere tid, kunne forældrene evt. have nuanceret deres svar yderligere. Den begrænsede tid forsøgtes struktureret ved at anføre tid på interviewguidens temaer. Fokusgruppen fungerer

⁴¹Min tilbagemelding til forældrene finder først sted ved deres boostersession i august, og kan derfor ikke anvendes i validering af specialet

også som en art validering af de to individuelle interviews, idet den resterende gruppe af forældre bekræfter relevansen af de temaer, de individuelle interviews centrerer sig om. Det er også en begrænsning ved studiet, at jeg kun undersøger én terapigruppe, en gruppe, der endvidere if. terapeuten synes særligt positivt stemt over for gruppeterapiforløbet. Tessa beskriver imidlertid, at gruppen minder om de fleste andre grupper på AK. Den manualbaserede behandling, der følger specifikke trin i de 10 sessioner kan overensstemmende med Hougaard (2007, p.148) betragtes som en art standardiseret terapi med høj teoretisk integritet. Dette vurderer jeg ydermere kan øge sandsynligheden for, at en anden undersøgelse af et lignende program ville opnå nogle af de samme resultater. AKs italesættelse af forældrenes rolle i angsten synes at have stor betydning for forældrenes oplevelse af deres rolle i terapien, hvorfor en undersøgelse af forældres oplevelse af et forløb, der ikke gør forældre bevidst om deres vedligeholdelse af angsten, måske ville opnå andre resultater.

I relation til den kvalitative undersøgelses manglende generaliserbarhed vil jeg fremhæve vigtigheden af at skelne mellem forskellige typer af generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009, p.289; Yin, 1994, p.10,30). Hvor statistisk generalisering drager slutninger fra et repræsentativt populationsudsnit til et større udvalg, bør det kvalitative studie i stedet tilstræbe en analytisk generalisering, hvor fund knyttes til eksisterende teori. Analytisk generalisering foretages ud fra en velovervejet bedømmelse af, hvorvidt resultaterne kan være vejledende for, hvad der kunne ske i en anden situation. En sådan art generalisering har jeg allerede delvist foretaget i analyseafsnittets psykologiske forklaringer på analysefundene. Ydermere kan jeg tilstræbe analytisk generalisering ud fra en sammenligning af mine fund med andre studier, der måske viser mønstre og sammenhænge, der tyder på, at mine resultater gælder bredere (ibid.; Kvale & Brinkmann, 2009, p.289). Følgende afsnits sammenligning af mine resultater med de i afsnit 2.4. fremlagte resultater har endvidere til formål at placere specialets resultater i den større ramme af forskning inden for forældres oplevelse ifm. barnets behandling.

Hartzell et al.s (2010) rapportering af, at forældre i deres møde med psykiatrien erfarer, at problemet, familien søgte hjælp til, ikke kun var barnets problem, går tydeligt igen i mine resultater. Uddybende viser mine resultater, at forældrene oplever et skift i forståelsen af angstlidelsen som barnets problem til at være et fælles problem, hvis løsning familien må være fælles om. Ligeledes er forældrenes møde

med psykiatrien hos Hartzell et al. (2010) præget af accept og håb, temaer der, som vist i analysen i form af anerkendelse og håb i angsten, bliver yderst centrale for forældrenes oplevelse på AK. I kraft af mit studies procesorienterede perspektiv uddyber det i modsætning til Hartzell et al. imidlertid, hvorledes forældrenes håb fremspirer som en proces, der er forbundet til både barn og forældres ændringer. Mine resultater uddyber endvidere, hvorledes anerkendelse og håb opleves som vigtig af forældrene, idet det også opleves som hårdt at være forældre til et angst barn (A:727;A:785; C:653). Ligesom Storch et al. (2009) rapporterer, er det altså en foruroligende oplevelse at være forældre til et angst barn. Som det er tilfældet i undersøgelsen af forældre til børn med OCD, synes det givtigt for forældrene på AK, at der via inddragelsen skabes et rum for disse oplevelser og frustrationer, som normaliseres og accepteres. I forlængelse heraf peger mine resultater som noget nyt på, at forældrenes alenetid i terapien er et egnet forum hertil.

Overensstemmende med både Hartzell et al. (2010) og Farrell et al.s (2009) resultater, oplever forældrene en grad af usikkerhed omkring deres rolle og selve forløbet på AK. Usikkerheden angår dog hovedsageligt deres rolle i og formålet med forældrenes alenetid. Forældrene oplever, at de tidligt i forløbet manglede information om sessionens opbygning og om hensigten med deres alenetid (A:1290;B:900;A:1612). Hvad der imidlertid adskiller sig fra Hartzells et al.s fund (2010) er, at de enkelte forældre på AK har en klar oplevelse af, hvad deres rolle ift. barnet er, og de oplever deres inddragelse som yderst væsentlig og nødvendig for barnet. Dette forklarer jeg ud fra AKs italesættelse af forældrenes rolle og vigtigheden af deres inddragelse samt det element, at forældrene her er inddraget i et *terapiforløb*. Mit studie peger derfor på, at italesættelsen og den fælles forståelse, der herigennem medieres, opleves som meget central for forældrene. På baggrund af mit studies unikke indsigt i forældrenes alenetid synes en italesættelse af formålet hermed – et frit rum til erfaringsudveksling – ydermere at kunne forbedre forløbet for forældrene på AK.

Specialets analyseafsnit har forfulgt mastertemaer, der er gået igen i de tre interviews, men i en dybere diskussion af resultaterne synes modsigelser i empirien også interessante. Forældrene oplever deres roller i forløbet og ift. barnet forskelligt. De fleste, heriblandt Lise og Søren, oplever dem selv som støttende coaches, der også måtte skubbe barnet frem fx ift. hjemmeopgaver (A:646;A:655;A:691). Kim derimod udtaler ved gruppeinterviewet, at han mere oplever, at hans rolle er i slipstrømmen

(A:659), idet Naja har taget forløbet meget seriøst, og han føler, han må følge hendes seriøsitet. Det er altså ikke i udgangspunktet faren, der har taget forløbet og hjemmeopgaverne seriøst. Forskellen i forældrenes oplevelse kan måske både forklares ud fra de forskellige familiekonstellationer, de er en del af, men også ud fra, at børnene er meget forskellige og har brug for noget forskelligt fra deres forældre (skub og støtte vs. seriøsitet). Denne pointe fremhæver igen den gensidige påvirkning mellem barn og forældre, diskuteret i afsnit 6.1.2.

Den her fremlagte analytiske generalisering kan siges at være læserbaseret (Kvale & Brinkmann, 2009, p.290) – ud fra de fremlagte sammenligninger med eksisterende forskning gives læseren mulighed for at vurdere holdbarheden af generaliseringspåstanden og heri også kvaliteten af specialets fund. Sammenligningerne synes givtige for en placering af mine fund i eksisterende forskning og teori, imidlertid synes selve ordvalget i begrebet *analytisk generalisering* en smule problematisk – hvori ligger egentlig generaliseringen? Hvis den kvalitative forskning skal finde en ny sprogbrug til vurdering af kvaliteten frem for at forsøge at tilpasse sig til den kvantitative, synes det ikke hensigtsmæssigt blot at modificere en kvantitativ opfattelse af generalisering. Selvom jeg i specialet fortsat vil holde fast i den eksisterende terminologi, analytisk generalisering, gør jeg mig samtidig overvejelser omkring, hvorvidt denne type teoretiske validering med et mere passende navn kunne kaldes en *analytisk sammenligning med henblik på teoriudvidelse*.

Opsummerende om undersøgelsens kvalitet vil jeg argumentere for, at den kvalitative metode set ud fra et positivistisk vidensideal har nogle faldgruber, der begrænser, hvilke typer af konklusioner, der kan drages på baggrund af studiet. Jeg har forsøgt at tage højde for udfordringerne bl.a. via gennemsigtighed, metodetriangulering samt systematik. Jeg har endvidere ud fra begrebet om analytisk generalisering og subjektivitet som en forudsætning, argumenteret for, at kvalitativ forskning muligvis ikke kan eller bør forstås inden for en positivistisk ramme, idet den har et andet syn på viden som kontekstuel og knyttet til oplevelse (Kvale, 1997, p.51-52). Yderligere argumentation for kvaliteten af specialets viden i form af dets anvendelighed ift. klinisk praksis diskuteres efter følgende etiske refleksioner.

6.2.4. Etiske refleksioner

Etiske refleksioner i relation til interviewkvaliteten må sondre mellem et videnskabeligt og et etisk ansvar. Interviewerens etiske dilemma kan fx ligge i en potentiel konflikt mellem, at intervieweren ønsker, at interviewet skal være dybdegående, men at dette kan komme til at krænke interviewpersonen, som man ønsker at respektere (Kvale & Brinkmann, 2009, p.196). Netop respekt bliver særligt centralt for psykologen som interviewer, idet respekt er et af hovedprincipperne i *Etiske Principper for Nordiske Psykologer* (2008-2010, p.31). Forældrene i min undersøgelse befinder sig i en potentielt sårbar situation, idet omdrejningspunktet er behandlingen af deres angste barn og deres rolle som forældre. I interviewene valgte jeg derfor at udvise respekt herfor fx ved ikke selv at italesætte forældrenes rolle i barnets angstlidelse eller spørge ind til, hvorvidt de selv har oplevet angst. Til stor gavn for interviewenes kvalitet og dybde bragte forældrene selv disse temaer på banen, hvilket legitimerede, at de blev en del af interviewet og deres oplevelse. Jeg har imidlertid af etiske hensyn hverken i selve interviewet eller i analysen forfulgt betydningen af mødrenes egen angst, idet det synes at ligge udover rammerne af det, informanterne på forhånd har indvilget i, at interviewet skulle omhandle.

Etiske overvejelser er nødvendige ikke blot i selve empiriindsamlingen men i alle undersøgelsens faser, fx i designfasen, hvor informeret samtykke er indhentet. Også undersøgelsens formål kan etisk vurderes ud fra forbedringen af den menneskelige situation (Kvale & Brinkmann, 2009, pp.81,284), og her synes forskning i forbedring af terapi til børn ikke bare at have videnskabelig, men også menneskelig værdi.

En mere overordnet etisk overvejelse er varetagelsen af barnets tarv – hhv. det enkelte barns tarv og angste børns tarv generelt. Set i lyset af betydningen af hurtig og effektiv behandling for børnenes fortsatte udvikling kan der argumenteres for, at det ikke er i det enkelte angste barns tarv at blive tildelt en ventelistekontrolgruppe, som først senere modtager terapi. Men for at kunne forske i terapi og forhåbentligt muliggøre, at der kan tilbydes bedre behandling til børn med angst, er det nødvendigt, at det enkelte barns tarv for en stund tilsidesættes for et større mål: at forbedre angste børns vilkår generelt. Pga. sådanne etiske dilemmaer ifm. udførelsen af forskning er det både vigtigt, at forskeren er etisk bevidst og reflekterer over disse problemstillinger, men endvidere er godkendelse af projektet af en etisk komité afgørende.

Idet forskningens endegyldige mål gerne skulle være at kunne forbedre klinisk praksis vil følgende afsnit – med nærværende kritiske og metodiske refleksioner over specialets resultater som grundlag – diskutere, hvorledes den viden, der er opnået i specialet, kan anvendes i det praktiske, kliniske arbejde med angstbørn.

6.3. Implikationer for klinisk psykologisk praksis

På baggrund af specialets undersøgelse synes det relevant at diskutere, hvorledes den viden, jeg har frembragt, kan anvendes i og måske forbedre klinisk praksis. Diskussionen retter sig hovedsageligt imod bidrag til den kognitive behandling af angstbørn, men flere af elementerne synes at være centrale og brugbare for arbejdet med børn og deres forældre generelt. I relation til generaliseringsdiskussionen kan overvejelser omkring fundenes praktiske anvendelighed endvidere betegnes som generalisering i praksis (ibid., p.274; Molander, 1996). Følgende afsnit diskuterer derfor elementer i AKs behandling, som kunne overføres til klinisk praksis, og endvidere reflekteres der over, hvorvidt min undersøgelse vil kunne bidrage til udvikling af behandlingen på AK.

Ift. det kliniske arbejde med angstbørn og deres familier synes et af specialets væsentligste resultater at være, at forældre oplever deres inddragelse som meget vigtig, givtig og nødvendig – både for barn og forældre. En central diskussion er derfor, om forældre ikke bør inddrages i barnets terapi, selvom forældreinddragelsen i RCTs indtil nu ikke har demonstreret en entydig effekt? I specialet har jeg fremsat den formodning, at ændringerne i familien fører til en livsstilsændring, som sandsynligvis vil øge holdbarheden af behandlingsresultaterne og klæde familierne bedre på til at tackle tilbagefald, hvilket der er empirisk belæg for (Cobham et al., 2010).

I min undersøgelse af forældres oplevelse har det overrasket mig, i hvor høj grad forældrenes inddragelse har betydning for ikke bare barnet, men også forældrene selv. Ud fra Vygotsky (1978) kan der argumenteres for, at forældrene i kraft af inddragelsen udvikler sig i deres ZPD. Som skildret i afsnit 6.1. samt figur 12 og 13 oplever forældrene, at der også sker ændringer hos dem selv specielt i deres selvopfattelse som forældre. Idet der sker ændringer hos både barn og forældre i inddragelsen, synes det givtigt i behandlingen af børn at betragte barn og forældre som en udviklingsenhed. Et yderst centralt element ved forældreinddragelsen på AK, der faciliterer en livsstilsændring, er, at begge forældre deltager i terapien. På dette punkt

adskiller behandling sig fra de fleste andre RCTs, der oftest kun inddrager moren i behandlingen. Hermed kan der argumenteres for, at anskuelse af familien som en udviklingsenhed netop indfries på AK. Begge forældres inddragelse synes i kraft af den enighed, der opstår, afgørende for forældrenes oplevelse af forløbet som et fælles projekt for hele familien, og at forandringerne opleves som livsstilsændringer. En anden interessant overvejelse er, hvorvidt AKs terapiforløb med meget aktiv forældreinddragelse af begge forældre ville vise en øget signifikant effekt, hvis denne gruppe sammenlignedes med en gruppe uden forældreinddragelse? En sådan sammenligning er imidlertid ikke mulig, da AK vægter forældreinddragelsen så højt, at de ikke laver forløb uden forældres inddragelse.

Kognitiv behandling af angste børn i klinisk praksis⁴² ville muligvis kunne drage nytte af en mere aktiv forældreinddragelse med begge forældre. Et andet element ved AKs behandling, som jeg vurderer, vil være centralt i højere grad at udbrede i praksis, er terapiens gruppeformat. Udover omkostningsmæssige og tidsmæssige fordele giver forældrene i min undersøgelse udtryk for, at både børn og forældre har stort udbytte af gruppeterapiformatet, idet det muliggør normalisering og støtte fra gruppemedlemmerne. På AK er man bevidst om effekten af terapiens gruppeformat, og Tessa bekræfter gruppeterapiens dobbelte virkning, idet hun mener, forældrene både lærer noget af terapeuterne og af hinanden. AK har altså en formodning om, at forældrene også har udbytte af deres alenetid (Hougaard et al., 2011), men de ved reelt ikke, hvad der foregår i denne time, idet der hverken er terapeuter tilstede eller tændt videokamera. Min observation af forældrenes alenetid har således givet et unikt indblik i betydningen af gruppen og mødet med ligesindede forældre.

Formålet med forældrenes alenetid er ikke ekspliciteret i Cool Kids® programmet, det er altså fra programmets side et mindre intentionelt udbytte, forældrene her har af terapien. Derfor vil jeg gerne understrege mine fund omkring forældrenes oplevelse af alenetiden som meget vigtig og brugbar. I specialet har jeg fremhævet forældregruppens betydning ift. erfaringsudvekslingen samt anerkendelse og normalisering af forældrene. Disse elementer får tilsyneladende stor betydning for forældrenes forandringsproces og oplevelse af sig selv som kompetente forældre. Hvis gruppeterapiformatet anvendes i praksis, er det derfor centralt at bibeholde AKs opdeling

⁴²Sammenligningen med klinisk praksis bygger på mine begrænsede erfaringer fra et halvårigt praktikophold på en børnepsykologisk arbejdsplads

mellem tid, hvor familien er samlet, samt alenetid for børn og forældre. Såfremt man ikke ønsker at anvende gruppeterapi, eller det vurderes, at et barn ikke egner sig til gruppeterapi – fx hvis man arbejder med børn med store kognitive vanskeligheder – kunne et omkostningslavt alternativ være at inddrage forældrene i den individuelle terapisession og her adressere deres mulige rolle i angsten, og herudover etablere selvhjælpsgrupper for forældre med samme ramme som forældrenes alenetid på AK.

På trods af en generelt meget positiv holdning blandt forældrene til forløbet på AK, synes der på baggrund af forældrenes oplevelse af deres rolle i inddragelse at være enkelte punkter, hvor forældreinddragelsen på AK kunne forbedres. Flertallet af forældre oplever, at de i programmets tidlige faser ikke var tilstrækkeligt informeret omkring selve forløbet og hensigten med deres alenetid, en uklarhed, der går igen i andre undersøgelser (se afsnit 6.2.3.). Forældrene ville muligvis få mere udbytte af terapien, hvis AK havde et større kendskab til og formidlede til forældrene, hvorledes alenetiden kan blive udbytterig, fx ved at italesætte forældrenes alenetid som et forum til erfaringsudveksling og gensidig støtte. På trods af, at Kim efterlyser et mere struktureret program for forældrene (B:1641), viser det sig i min undersøgelse, at netop de uformelle snakke uden faste rammer og erfaringsudvekslingen opleves som meget vigtige for forældrene i gruppen (B:1072; C:1666). Dette element kunne AK derfor fremhæve som hensigten med alenetiden.

I lyset af mine analyseresultater kunne et andet udviklingsområde være en udvikling af AKs ressourcefokuserede arbejde i relation til håbets betydning for forældrenes oplevelse. Tessa beskriver i vores samtale, at der opstår en fælles ansvarsfølelse ift. angstens behandling via forældrenes inddragelse heri. I AKs arbejde fokuserer de på at anerkende forældrene og frem for at pålægge dem skyld i stedet nå frem til en gensidig forpligtigelse og ansvarlighed i familien for håndteringen af angstlidelsen. Denne tilgang synes at være vigtig for en positiv tilgang til arbejdet med angsten. I AKs anerkendende ramme får forældrene i undersøgelsen lejlighed til at udvikle et mere ressourceorienteret narrativ, og dette fokus på ressourcer synes at hænge sammen med forældrenes håb for fremtiden. Som støtte og videreudvikling af det ressourcefokuserede arbejde kunne håb evt. bruges som et mere eksplicit klinisk værktøj. Lignende tanker ses hos Frommelt (2005, p.26), der skriver om håbets anvendelse i klinisk praksis i bevægelsen fra håb som et implicit underliggende begreb til et eksplicit begreb, der tematiseres direkte i den terapeutiske samtale via en

sprogbrug, der skaber og synliggør håb. Frommelt anser den håbsfokuserede tilgang som nært beslægtet med den kognitive, og den kan endvidere anskues inden for rammen af positiv psykologi, der også har relationer til den kognitive tradition (Snyder, Rand & Sigmon, 2005, p.257). I KAT kunne arbejdet med håb inkorporeres i målsætningsarbejdet, og ud fra Snyders (2002) håbsteori, hvor motivationskomponenten er at tænke handlekraftigt, kunne fokuset på håb måske understøtte assertions træningen samt familiens motivation for at arbejde med angsten. Ved at adressere forældrenes håb direkte kan der muligvis skabes mere fokus på såvel forandring som ressourcer og kompetencer hos forældre og barnet. Således kan arbejdet med håb måske anvendes som en art coping mekanisme i fokuset på familiernes udvikling af et ressourceorienteret narrativ.

Idet AKs behandling er bygget op omkring et forskningsprojekt⁴³, afviger behandlingen her på nogle punkter fra, hvordan KAT til angste børn almindeligvis udføres i klinisk praksis, fx idet programmet med sine ti sessioner har et fastsat sluttidspunkt, og hver session har et klart og afgrænset indhold. Det kunne være interessant at undersøge, hvorvidt det manualbaserede terapiforløb kan overføres til klinisk praksis, og en sådan naturalistisk undersøgelse af effekten af Cool Kids® i almindelig klinisk praksis starter AK op i nærmeste fremtid (Thastum & Jørgensen, 2011, p.14). Man kan sætte spørgsmålstejn ved, om en manualbaseret terapiform fra et forskningsmiljø vil føre til bedre resultater i klinisk praksis og uden udfordringer kan overføres hertil? Denne diskussion ligger i forlængelse af den i metodeafsnit 4.1. debaterede kløft mellem forskning og praksis. Hougaard (2007,p.153) fremsætter netop terapi-manualer som et muligt bindeled mellem forskning og praksis, men påpeger at: *”manualanvendelse i praksis kræver fleksibilitet og tilpasning til kontekst og den enkelte klient”*. Evidensbaseret behandling er således ikke ”køgebogsmedicin” (ibid.,p.146), og det er nødvendigt at tilpasse den manualbaserede behandling ift. den konkrete kliniske praksis. Angste børn har i dag reelt ikke andre alternativer end den privatpraktiserende psykolog, idet PPR ofte ikke har relevante behandlingstilbud, og angstlidelserne er for ”lette” til psykiatrien⁴⁴. Hvis AKs undersøgelse viser, at Cool Kids® programmet succesfuldt kan overføres til klinisk praksis, kan dette have stor betydning for hjælpen til angste børn, og dermed muligvis indfri forskningsprojektets

⁴³Se afsnit 3.2.

⁴⁴Pressemeddelelse fra AK 13.04.11: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/angstklubben/omtale-af-angstklubben/bedre-behandling-til-boern-og-unge-med-angst/>

mål: at bane vejen for et behandlingstilbud til angste børn i offentligt regi. Den gensidige forpligtigelse på løsningen af barnets angstlidelse, som opstår for familien gennem forældrenes inddragelse på AK, kunne på denne baggrund bredes ud til et større perspektiv ift. en gensidig forpligtigelse i det sociale netværk og i samfundet til at sikre angste børn bedre fremtidsudsigter via bedre behandlingsmuligheder. Et samfundsmæssigt perspektiv på behandling af angstlidelser vil efter specialets konklusion blive omdrejningspunktet for en perspektivering.

7. Specialets konklusion

Med afsæt i et tidligere litteraturstudie har specialets centrale fokus har været kognitiv adfærdsterapi til angste børn og forældres oplevelse af deres aktive inddragelse heri. Emnet afstedkom af en undren over, at randomiserede kontrollerede forsøg ikke viser signifikant effekt af at inddrage forældre på trods af gode teoretiske argumenter for inddragelsens betydning. Specialets problemformulering lød derfor:

Hvordan oplever forældre at blive inddraget i deres angste barns kognitive terapiforløb?

Hvilke perspektiver kan forældres oplevelse give på inddragelsens potentielle betydning for barnets forandringsproces?

I specialets *teoriafsnit* fandtes der såvel kognitive udviklingspsykologiske som mere systemiske og kontekstuelle argumenter for betydningen af forældreinddragelsen ift. barnets bedring. En gennemgang af empiriske studier understøttede endvidere, at en udforskning af forældres oplevelse af samt rolle i inddragelsen i barnets terapi kunne være interessant.

På baggrund af *metodeafsnittets* præsenterede design fandt specialets *analyseafsnit* via IPA metoden frem til fire gennemgående temaer, der skildrer forældrenes oplevelse, problemformuleringens første del:

- 1) Ud fra *anerkendelsens betydning* fandtes der i analysen støtte for, at forældrene oplever, at deres inddragelse og egne refleksioner herover kan påvirke barnets forandringsproces samt mulighed for bedring. Forældrenes anerkendelse af barnets angstlidelse, behandlingsforløbet og forældrenes rolle heri kan således være en medierende faktor for barnets bedring, idet anerkendelsen kan være af betydning for barnets motivation samt selvtillid til at bekæmpe angsten.
- 2) Analysen af forældrenes oplevelse af *gruppeterapiens dobbelte virkning* viste, at forløbet på Angstklinikken opleves som brugbart og betydningsfuldt ikke kun for barnet, men også for forældrene og deres egen forandringsproces. På et kognitivt plan oplever forældrene, at de med psykoedukation og værktøjer klædes på til at tackle angsten, mens de på et emotionelt plan anerkendes og normaliseres i forældregruppens støtte, erfaringsudveksling og fortrolighed.
- 3) Forældrenes delagtiggørelse i terapien opleves som betydningsfuld for et skift i fokus fra angstlidelsen som barnets problem til et fælles problem. I *angstens familiære*

indlejring illustreredes det, hvorledes kampen mod angstlidelsen bliver et fælles projekt i familien, som skaber enighed og åbenhed. Inddragelsen har også implikationer for forældrenes selvopfattelse, og idet forældrene styrkes i deres tiltro til egne forældreevner, kan de i højere grad blive en beskyttende frem for en risikofaktor for barnet, terapiens effekt kan således medieres gennem forældrenes egne ændringer.

- 4) Analysen af *håbet i angsten* viste, at problemløsningsstrategier og forældres tiltro til såvel forældrekompetencer som barnets kompetencer opleves som centrale ift. at kunne se en vej ud af angsten. At føle sig klædt på til at tackle angsten opleves ydermere som vigtigt ift. vedligeholdelse af de opnåede forandringer og behandlingsresultater.

Opsummerende fandtes der via analysen støtte for, at forældrene oplever, at der under terapiforløbet sker både kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige ændringer hos barn og forældre.

For at diskutere inddragelsens potentielle betydning for barnets forandringsproces, problemformuleringens anden del, tog specialets *diskussionsafsnit* afsæt i forældrenes perspektiver, i form af analysetemaerne, som en skildring af familiens forandringsproces ud fra forældrenes perspektiv. Diskussionen tydeliggjorde, hvorledes forældreinddragelsen oplevedes som betydningsfuld for både barnets og forældrenes egen forandringsproces, og endvidere hvorledes forandringsprocesserne mellem barn og forældre kan anskues som bidirektionale. På baggrund af forældrenes oplevelse fremsattes der en hypotese om sammenhæng mellem forældreinddragelse og behandlingsresultaternes holdbarhed medieret af anerkendelse, enighed og livsstilsændringer i familien. Familiens forandring, som den opleves af forældrene, viste sig også at kunne formuleres som et anderledes, mere ressourceorienteret narrativ. En metodekritisk diskussion af specialets grundlag fremhævede, hvorledes den kvalitative metodes udfordringer er forsøgt imødekommet via gennemsigtighed, systematik og metodetriangulering. Ud fra en bredere vidensopfattelse påpegedes endvidere specialets analytiske generaliserbarhed samt værdien af metodens subjektivitet. I specialets afrundende, perspektiverende diskussion af den frembragte videns anvendelsesmæssige kvalitet pegede jeg på, at klinisk praksis ville kunne drage nytte af italesættelse af forældres rolle i angsten og behandlingen, aktiv inddragelse af begge forældre, gruppeterapiformat samt brug af håb som et supplement til det ressourcefokuserede arbejde med familier.

8. Samfundskritisk perspektivering

Ud fra Urie Bronfenbrenners (1979) udviklingsøkologiske teori har specialet centreret sig om mikrosystemet med barnets nære miljø i form af forældrene. Som en perspektivering herpå kan det diskuteres, hvilket ansvar samfundet har for de angste børn og deres bedring? Med specialets fund kunne man gå videre fra mikro- til makrosystemet, det danske samfunds generelle træk bestående af love, resurser og kulturelle værdier, og her pege på, hvorledes samfundet i højere grad kunne tilgodese angste børns behov for hurtig og effektiv behandling ved at etablere offentlige behandlingstilbud. Et sådan tilbud vil kunne drage nytte af en aktiv forældreinddragelse af begge forældre, i et kognitivt gruppeterapiformat, der medtænker et resurseorienteret perspektiv på forældrene som en art medterapeuter. Et mere samfundskritisk perspektiv kan påpege problematikken i, at angste børn ofte overses, fordi man i Danmark mangler viden om angst. Der ligger et dilemma i, at der ikke findes relevante offentlige behandlingstilbud til angste børn, idet angst hos børn ikke kun er et menneskeligt problem, men også bliver også et samfundsøkonomisk problem, hvorfor tidlig behandlingsindsats vil være samfundsøkonomisk besparende i forebyggelsen af psykisk lidelse i voksenalderen. I dette perspektiv synes overvejelser omkring en forebyggende indsats på samfundsniveau frem for terapi til barnet endvidere centrale.

9. Referenceliste

I henhold til en dispensationsgodkendelse fra Studienævnet er kravet om pensum i specialet, jf. KASO § 17 prøve 9, fraviget, hvorfor specialets pensum udelukkende består af følgende referenceliste.

Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.

Allen, J. L., Blatter-Meunier, J., Ursprung, A., & Schneider, S. (2010). Maternal Daily Diary Report in the assesment of Childhood Separation Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (2), pp. 252-259.

Arnold, L. E., & Estreicher, D. (1985). *Parent-Child Group Therapy - Building Self-Esteem in a Cognitive-Behavioral Group*. Massachusetts: Lexington Books.

Asen, A., & Scholz, M. (2011). *Flerfamilieterapi i praksis - begreber og teknikker*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, s. 122-147.

Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should Parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and adolescent Psychology*, 34 (3), pp. 569-581.

Barrett, P. M. (1998). Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), pp. 459-468.

Barrett, P. M., & Shortt, A. L. (2003). Parental Involvement in the Treatment of Anxious Children. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 101-119). New York: Guilford Press.

Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), pp. 333-342.

Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-Bahavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children: Long-Term (6-Year) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), pp. 135-141.

Bechgaard, B. (1994). Gruppeanalysens baggrund. In S. Aagaard, B. Bechgaard, & G. Winther, *Gruppeanalytisk psykoterapi* (pp. 11-23). København: Hans Reitzels Forlag.

Berg, B. L. (2003). Focus Group Interviewing. In B. L. Berg, *Qualitative research Methods for the Social Sciences* (pp. 68-85).

Berk, L. E. (2006). *Child development* (7 ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Blumer, H. (1986). What is Wrong with Social Theory? In H. Blumer, *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley, CA: University of California Press.

Brinkmann, S. (2007). Could interviews be epistemic? An alternative to qualitative opinion-polling. *Qualitative Inquiry* , 13 (8), pp. 1116-1138.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press .

Bryman, A. (2004). Ethnography and participant observation. In A. Bryman, *Social Research Methods* (pp. 291-317). Oxford.

Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review* (26), pp. 834-856.

Carr, A. (1999). *Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: a contextual approach*. Routledge.

Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2003). Parental Opinions Regarding Treatment for Social Anxiety in Youth. *Development and Behavioral Pediatrics* , 24 (5), s. 315-322.

Clasen, L. E. (2010). *Udforskning af forældreinddragelse i angst børns terapi - et procesorienteret litteraturstudie*.

Clasen, L. E. (2010). *Udforskning af forældreinddragelse i angst børns terapi - et procesorienteret litteraturstudie*. Kan rekvireres ved henvendelse på mail: lineclasen@gmail.com.

Cobham, V. E., Dadds, M. R., Spence, S. H., & McDermott, B. (2010). Parental Anxiety in the treatment of Childhood Anxiety: A Different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* , 39 (3), pp. 410-420.

Cobham, V. E., Dadds, M., & Spence, S. H. (1998). The Role of Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , pp. 893-905.

Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family Treatment of Child Anxiety: Outcomes, Limitations and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology* , pp. 232-252.

Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.

Englyst, I., & Trillingsgaard, A. (2005). Kognitiv terapi ved angsttilstande hos børn. In M. M. Mørch, & N. K. Rosenberg, *Kognitiv terapi - modeller og metoder* (pp. 128-151). København: Hans Reitzels Forlag.

Etiske principper for nordiske psykologer. Dansk Psykologforenings Regelsamling (2008-2010).

Family, H. T. (2005). Snyder, C R; Rand, K L; Sigmon, D R. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). Oxford: Oxford University Press.

- Farrell, A. F., O'Sullivan, C., & Quinn, L. (2009). Parent Perspective in Early Childhood Assessment: A Focus Group Inquiry. *3* (1), pp. 61-76.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Unwin.
- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1965). *Group Psychotherapy - The Psychoanalytic Approach* (2 ed.). Harmondsworth: Penguin Books.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents – the Nuts and Bolts*. New York: Guilford Press.
- Frommelt, M. (2005). *Begrebet håb og dets anvendelse i klinisk praksis: : resourcefokuseret og korttidsterapeutisk musikterapi med eksistentielt ramte mennesker i en kræftrådgivning*. Afgangprojekt, Institut for musik og musikterapi.
- Gadamer, H. G. (1993). *Truth and Method* (2 ed.). New York: Continuum.
- Gallimore, R., & Tharp, R. (1999). Teaching mind in society: teaching, schooling and literate discourse. In P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Vol. 3, pp. 296-330). London: Routledge.
- Gerlach, J. (2008). Overblikket. 20 punkter om angst. In J. (. Gerlach, *Angstbogen - angstens symptomer, årsager og behandling* (pp. 8-13). København: Psykiatrifonden.
- Ginsburg, G. S., & Schlossenberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry* (14), pp. 143-154.
- Gosch, A. E. (1997). *The Child's Impact on Parenting in the maintenance of Child Anxiety: Towards an Interactive Model*. Ann Arbor: UMI: Dissertation Services.
- Grova, B. (2008). Kognitive metoder i terapi med barn og ungdom. In H. Haavind, & H. (. Øvreeide, *Barn og unge i psykoterapi, bind 2: Terapeutiske fremgangsmåter og forandring* (pp. 196-223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hafstad, R., & Øvreeide, H. (2004). *Forældrefokuseret arbejde med børn*. Århus: Systime.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. København: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 121-135). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hartzell, M., Seikkula, J., & von Knorring, A. (2010). Parent's Perception of Their First Encounter with Child and Adolescent Psychiatry. *Contemporary Family Therapy*, 32, pp. 273-289.
- Hastrup, K. (2010). Feltarbejde. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 55-80). København: Hans Reitzels Forlag.
- Heckhausen, J. (1999). Balancing for weaknesses and challenging developmental potential: a longitudinal study of mother-infant dyads in apprenticeship interactions. I P. Lloyd, & C.

Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (s. 81-100).

Heidegger, M. (2007/1927). *Væren og tid*. Århus: Klim.

Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2005). *Social psychology* (4 ed.). Harlow, UK: Pearson Education, Prentice Hall.

Honneth, A. (2006). *Kamp om anerkendelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hougaard, E. (2007). Evidensbaseret psykoterapi: Hvordan foregår det i praksis? In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Psykologi - forskning og profession* (pp. 145-179). København: Hans Reitzels Forlag.

Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: teori og forskning* (2 ed.). Dansk Psykologisk Forlag.

Hougaard, E., Thastum, M., Jørgensen, L., & Matthiesen. (2011). *Klinikhåndbog Angstklinikken for børn og unge*. Psykologisk Instituts Forsknings- og Undervisningsklinik, Addelingen for Angstterapi (Angstklinikken).

Husserl, E. (1973/1900). *Logical Investigations*. London: Routledge.

Høgsbro Lading, Å., & Jørgensen, B. A. (2010). Forskellige aspekter af gruppers dynamik. I Å. Høgsbro Lading, & B. A. Jørgensen, *Grupper - om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker* (s. 15-45). København: Frydenlund.

Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 186-205). København: Hans Reitzels Forlag.

Janis, I. L. (1983). Groupthink. In E. Aronson, & A. R. Pratkanis, *Social Psychology Volume III*. Aldershot, UK: Edward Elgar Publishing Limited.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer, *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (pp. 116-118). København: Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, B. A. (2010). Foulkes' teori om grupper. In A. Høgsbro Lading, & B. A. Jørgensen, *Grupper - om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker* (pp. 81-97). København: Frydenlund.

Jørgensen, O. S. (2002). Vejledning, kognitiv terapi og adfærdsterapi). . I: . I L. Lier, T. Isager, O. S. Jørgensen, F. W. Larsen, & T. (. Aarkrog, *Børne og ungdomspsykiatri* (s. 399-406). København: Hans Reitzels Forlag.

Kant, I. (1781). *Kritik af den rene fornuft*.

Kant, I. (1781/2002). *Kritik af den rene fornuft*. Frederiksberg: Det lille Forlag.

Karpov, Y. (2006). *The Neo-Vygotskian Approach to Child Development*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanism of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), pp. 1116-1129.
- Kelle, U. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in research practice: Purposes and advantages. *Qualitative research in psychology*, 3 (4), pp. 293-311.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), pp. 100-110.
- Kendall, P., Aschenbrand, S. G., & Hudson, J. L. (2003). Child-Focused Treatment of Anxiety. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 81-100). New York: Guilford Press.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2009). Exploring the Role of Parent Training in the treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 981-986.
- Kristiansen, S., & Krogstrup, H. K. (1999). *Deltagende observation - Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (1997). *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2007). Professionspraksis som erkendelse - om dilemmaer i terapeutisk forskning. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Psykologi - forskning og profession* (pp. 69-95). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview - introduktion til et håndværk* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Lochman, J. E. (2009). Moving Beyond Efficacy and Effectiveness in Child and Adolescent Intervention Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (3), pp. 373-382.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology. Theory, Research and Method*. Harlow, UK: Pearson, Prentice Hall.
- Leth, I., Esbjørn, B. H., & Levin, E. (2008). Når børn udvikler angst. In J. Gerlach, *Angstbogen - angstens symptomer, årsager og behandling* (pp. 55-68). København: Psykiatrifonden.
- Lloyd, P., & Fernyhough, C. (1999). Introduction. In P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Vol. 3, pp. x-xxvii). London: Routledge.
- Lyneham, H., Abbott, M., Wignall, A., & Rapee, R. (2010a). *Cool Kids® Program - arbejds hæfte for forældre*. Aarhus Universitet, Psykologisk Institut.
- Lyneham, H., Abbott, M., Wignall, A., & Rapee, R. (2010b). *Cool Kids® Program - arbejds hæfte for børn*. Aarhus Universitet, Psykologisk Institut.

- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieztis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-Behavioral Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (10), pp. 1223-1229.
- Merleau-Ponty, M. (1962/1945). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Molander, B. (1996). Kunskap – ett fortsatt sökande. In B. Molander, *Kunskap i handling* (pp. 57-82). Göteborg: Daidalos.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Portland: SAGE Publications.
- Mørch, M. M., & Rosenberg, N. K. (2005). *Kognitiv terapi - Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Oestrich, I. H. (2008). Kognitiv coaching - når der ønskes effektivitet. In K. E. Gørtz, & A. Prehn, *Coaching i perspektiv: en grundbog* (pp. 119-126). København: Hans Reitzels Forlag.
- Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler - Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk Forlag.
- Padesky, C., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind over Mood*. New York: Guilford Press.
- Piaget, J. (1964/1992). *Barnets psykiske udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Piaget, J. (1969). *Barnets psykiske udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- psykologer, E. p. (2008-2010). *Dansk Psykologforenings Regelsamling*.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Spence, S. H., Cobham, V., & Lyneham, H. (2008). *Helping Your Anxious Child: a Step-by-Step Guide for Parents* (2. udg.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Rapee, R., Lyneham, H., Schniering, C., Wuthrich, V., Abbott, M., Hudson, J., et al. (2010). *Cool Kids Angstprogram for børn. Terapeutens manual*. Århus Universitet, Angstklinikken, Psykologisk Institut. Sydney: Center of Emotional Health.
- Rasmussen, J. (1996). *Socialisering og læring i det refleksiivt moderne*. København: Unge Pædagoger.
- Rieper, O. (1993). *Gruppeinterview i praksis - brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*. København: AKF Forlaget.
- Rosenberg, N. (2008). Kognitiv terapi ved angst- og tvangstilstande. In J. Gerlach, *Angstbogen - angstens symptomer, årsager og behandling* (pp. 173-190). København: Psykiatrifonden.
- Sameroff, A. (2009). *The Transactional Model of Development - how children and contexts shape each other*.

- Silverman, W. K., Ginsburg, S. G., & Kurtines, W. M. (1995). Clinical Issues in Treating Children with Anxiety and Phobic Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* , pp. 93-117.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. A. (2009). Directionality of Change in Youth Anxiety Treatment Involving Parent: An Initial Examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 77 (3), pp. 474-485.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , 37 (1), pp. 105-130.
- Silvermann, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , 37 (1), pp. 105-130.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative Phenomenological Analysis. In J. A. Smith, *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Methods* (pp. 53-80). London: Sage.
- Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis. In M. Murray, & K. Chamberlain, *Qualitative Health Psychology, Theories and Methods* (pp. 218-240). London: Sage Publications.
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry* , 13 (4), pp. 249-275.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development* , 55, pp. 17-29.
- Stallard, P. (2007). *Vejledning til gode tanker, gode følelser - Kognitiv adfærdsterapi med børn og unge*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Storch, E. A., Lehmkuhl, H., Pence, S. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., Storch, J. F., et al. (2009). Parental Experiences of Having a Child with Obsessive-Compulsive Disorder: Associations with Clinical Characteristics and Caregiver Adjustment. *Journal of Child and Family Studies* , 18 (3), pp. 249-258.
- Søgaard, J., Bech, P., Albæk, J., & Ankjær-Jensen, A. (2008). Angst og samfundsøkonomi. In J. Gerlach, *Angstbogen - angstens symptomer, årsager og behandling* (pp. 260-275). København: Psykiatrifonden.
- Tanggaard, L. (2006b). A Psychological Field Study of Learning. *Nordic Psychology* , 58 (3), pp. 196-214.
- Tanggaard, L. (2006b). A Psychological Field Study og Learning. *Nordic Psychology* , 58 (3), pp. 196-214.
- Tanggaard, L. (2006a). *Læring og identitet*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Interviewet – samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 29-53). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30 (3), pp. 311-328.
- Thastum, M., & Jørgensen, L. (2011). Behandling af børns angst. *Psykolog Nyt* (7), s. 11-14.
- Trillingsgaard, A. (2007). Diagnosticering og caseformulering. *Psykolog Nyt* (17), pp. 20-27.
- Tudge, J. R. (1999). Processes and consequences of peer collaboration: a Vygotskian analysis. In P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Vol. 3, pp. 195-224). London: Routledge.
- Visholm, S. (2010). Familien som gruppe - familien i gruppen - familien og gruppen. In Å. Høgsbro Lading, & B. A. Jørgensen, *Grupper - om kollektivets bevidste og ubevidste dynamikker* (pp. 269-). København: Frydenlund.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society*. MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: the Development of Higher Psychological Processes*. London: Harvard University Press.
- Wertsch, J. V. (1999). The zone of proximal development: some conceptual issues. In P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Vol. 3, pp. 67-78). London: Routledge.
- Wertsch, J. V., McNamee, G. D., McLane, J. B., & Budwig, N. A. (1999). The adult-child dyad as a problem-solving system. I P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Årg. 3, s. 101-112). London: Routledge.
- White, M., & Morgan, A. (2007). *Narrativ terapi med børn og deres familier*. København: Akademisk Forlag.
- WHO. (2009). *WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.
- Wood, D. J. (1999). Teaching the young child: some relationships between social interaction, language, and thought. In P. Lloyd, & C. Fernyhough, *Critical Assessments. Volume III: The Zone of Proximal Development* (Vol. 3, pp. 259-275). London: Routledge.
- Wood, D., Bruner, J., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of child psychology and psychiatry*, 17 (2), pp. 89-100.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-Year Follow-up of Family versus Child CBT for Anxiety Disorders: Exploring the Roles of Child Age and Parental Intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development* (40), pp. 301-316.

Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (3), pp. 314-321.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods* (2 ed.). London: SAGE Publications.

Zachariae, B. (1998). *Det vellykkede eksperiment. Introduktion til klinisk eksperimentel forskningsmetode*. København: Munksgaard.

Øvreeide, H. (1998). *At tale med børn - samtalen som redskab i børnesager*. København: Hans Reitzels Forlag.

Internetsider:

Pressemeddelelse fra Angstklinikken 13.04.11: *Bedre behandling til børn og unge med angst*, hentet d. 10.6.11 fra: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/angstklinikken/omtale-af-angstklinikken/bedre-behandling-til-boern-og-unge-med-angst/>

Specialets litteratur er godkendt af vejleder:



Kristine Jensen de López