

# **Individuel psykoanalytisk psykoterapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn**

En teoretisk refleksion og analyse af terapeuters beskrivelser af  
terapi

31. MAJ 2012

AALBORG UNIVERSITET

---

NATASJA MOESTRUP, 20072060

Vejleder: Liselotte Grünbaum

Rapportens samlede antal tegn: 191.989  
Svarende til antal normalsider: 80

10. Semester, Psykologi  
Kandidatspeciale

Forsideillustrationen er tegnet af Emilie Bay Rasmussen (forfatterens kusine).

# Abstract

*The treatment of children in care is a topic widely discussed in today's media and recently the residential institutions of this country have been criticized for their use of behavioral regulations and use of force as an approach to treatment. Furthermore a new statistical analysis of demographical records indicates that the placements of children in care do not have the wanted effect propounded in the placement reform of 2006. In light of this knowledge together with the assumption that the treatment of deprived children demands for some form of focused treatment and not just a change of environment, it is the premise of this master thesis, that the quality of children's placements in residential care should and could be better.*

*Based on this premise and the author's own experience with both deprived children in care and individual psychoanalytical psychotherapy with children, the statement of intent in this master thesis involves the wish to study the possibilities for using the individual psychoanalytic psychotherapy with deprived children in care and incorporating this form of treatment in the context of a residential institution. However this is still a relatively unexplored topic – especially in Danish literature and research – and therefore it was considered necessary to begin with an exploration of how a deprived child in care could be understood within a context of individual psychoanalytical psychotherapy.*

*Sixteen cases from the existing literature which included therapists' descriptions of psychoanalytic therapy with deprived children (<13 years old) placed in residential care were analyzed using the principles of interpretative phenomenological analysis (IPA). Through this analysis seven themes were identified, which give a unique insight into the characteristics of the material across all cases, and further what generally could characterize individual therapy with deprived children in care.*

*The themes are subjected to a theoretical reflection where the children's therapeutic material is explored from a perspective of psychoanalytical developmental theory. It is concluded, that it is possible to understand the children's therapeutic material as a way of communicating about as well as working through earlier emotional and developmental conflicts. Through the analysis it was possible to identify several aspects, which seemed specifically challenging when*

*implementing the individual psychoanalytical therapy with deprived children within the context of an institution. Some of these distinctive challenges were discussed and the conclusions were as followed.*

*The material showed that the children often were physically destructive and aggressive in therapy, which put the therapist under a great pressure. It was concluded, that it is essential for the therapist to contain as well as survive the child's aggression. Therefore it can be necessary to set more boundaries in therapy with these children, but this limit setting must be authentic and cannot be a mere reaction to the therapist's own counter transference or projections.*

*Deprived children in therapy seem to have a fundamental mistrust towards the therapist and the offered relationship. This could be seen as a great disadvantage for the therapy, but it is argued that the therapeutic attitude and setting are facilitating for the establishment of a relationship and an alliance with the child. Especially the therapist's interpretation of the child's anxiety and mistrust is central in this aspect.*

*There are also external circumstances which could challenge the individual therapy when this is integrated in an institutional context. It would probably be beneficial to substitute the essential work with parents with a similar work with the personnel of the institution. Furthermore it is argued that this working relationship with the personnel should not compromise the confidentiality of the therapy. Finally the instability of the placements in Denmark is considered so adverse, that the therapist should consider not offering the individual psychoanalytic treatment, when the therapy cannot be secured. It should always be possible for the child to work with the end of therapy, and it would possibly be even more favorable, if the therapy could continue through a shift in the child's placement.*

*The master thesis as a whole gives a deeper knowledge of how to understand deprived children in care as a group within the context of individual psychoanalytical psychotherapy. This knowledge contributes to the relatively unexplored field and helps psychoanalytic therapists to understand the children's actions in therapy and therefore to better endure and contain their behavior. Furthermore the project gives rise to many interesting reflections and offers an understanding of how to respond to some of the challenges, which could arise when working therapeutically with deprived children in residential care.*

# Indholdsfortegnelse

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| INDHOLDSFORTEGNELSE..... | - 4 - |
|--------------------------|-------|

|          |                                                                    |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INDLEDNING .....</b>                                            | <b>1</b>  |
| 1.1      | PROBLEMFORMULERING.....                                            | 3         |
| 1.1.1    | Afgrænsning .....                                                  | 3         |
| 1.1.1.1  | Valg af teori og metode.....                                       | 4         |
| 1.2      | BEGREBSAFKLARING .....                                             | 6         |
| 1.2.1    | Omsorgssvigt.....                                                  | 6         |
| 1.2.2    | Institutionsanbringelser.....                                      | 7         |
| 1.2.3    | Individuel psykoanalytisk psykoterapi.....                         | 7         |
| 1.3      | DISPOSITION .....                                                  | 8         |
| <b>2</b> | <b>PLACERING I FELTET .....</b>                                    | <b>9</b>  |
| 2.1      | ET INDBLIK I EKSISTERENDE EFFEKTFORSKNING.....                     | 9         |
| 2.1.1    | Effekten af individuel psykoanalytisk psykoterapi med børn.....    | 10        |
| 2.1.2    | Effekten af anbringelser af børn og unge udenfor hjemmet .....     | 12        |
| 2.1.3    | Opsamling .....                                                    | 13        |
| 2.2      | INDIVIDUEL PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI MED BØRN .....               | 14        |
| 2.2.1    | Teoretiske forståelser og terapeutiske principper .....            | 15        |
| 2.2.2    | Legen i terapi .....                                               | 17        |
| 2.2.2.1  | Rummets indretning og indhold.....                                 | 19        |
| 2.3      | DET OMSORGSSVIGTEDE BARN I EN PSYKOANALYTISK FORSTÅELESERAMME..... | 20        |
| 2.3.1    | Psykoanalytisk udviklingsteori og omsorgens betydning .....        | 21        |
| 2.3.1.1  | Den tidlige udvikling .....                                        | 21        |
| 2.3.1.2  | Internaliserede relationer og erfaringer .....                     | 22        |
| 2.3.1.3  | Projektiv identifikation og containment .....                      | 23        |
| 2.3.1.4  | Forsvarsmekanismer .....                                           | 25        |
| 2.3.1.5  | Fornemmelse for et selv .....                                      | 25        |
| 2.3.1.6  | Reaktioner på omsorgssvigt .....                                   | 26        |
| <b>3</b> | <b>ANALYSE - METODE .....</b>                                      | <b>27</b> |
| 3.1      | VALG AF METODE .....                                               | 27        |
| 3.2      | PSYKOANALYTISK EMPIRI OG MATERIALETS KARAKTER .....                | 28        |
| 3.3      | VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT .....                             | 29        |
| 3.4      | UDVÆLGELSE AF ANALYSEMATERIALE .....                               | 30        |
| 3.5      | DEN ANALYTISKE PROCES .....                                        | 32        |
| 3.5.1    | Forskningsspørgsmål .....                                          | 32        |
| 3.5.2    | IPA.....                                                           | 34        |

|          |                                                                                      |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4</b> | <b>ANALYSE - PRÆSENTATION AF TEMAER .....</b>                                        | <b>37</b> |
| 4.1      | TEMA 1: AFHÆNGIGHED OG SEPARATED .....                                               | 38        |
| 4.2      | TEMA 2: IDEALISERING OG DEVALUERING .....                                            | 40        |
| 4.3      | TEMA 3: PROJEKTION OG PROJEKTIV IDENTIFIKATION .....                                 | 41        |
| 4.4      | TEMA 4: MISTILLID OG LAVE FORVENTNINGER .....                                        | 43        |
| 4.5      | TEMA 5: BARNETS LEG OG AKTIVITET I TERAPIEN .....                                    | 45        |
| 4.6      | TEMA 6: PSYKISKE GRÆNSER .....                                                       | 47        |
| 4.7      | TEMA 7: SMERTEN OG MODSTANDEN I TERAPI.....                                          | 48        |
| 4.8      | AFRUNDING .....                                                                      | 49        |
| <b>5</b> | <b>METODEDISKUSSION.....</b>                                                         | <b>50</b> |
| 5.1      | OVERFØRBARHED.....                                                                   | 50        |
| 5.2      | TROVÆRDIGHED .....                                                                   | 52        |
| 5.3      | BEKRÆFTBARHED.....                                                                   | 53        |
| 5.4      | OPSAMLING .....                                                                      | 53        |
| <b>6</b> | <b>TEMAERNE I EN TEORETISK REFLEKSION.....</b>                                       | <b>55</b> |
| 6.1      | ANGST FOR AFHÆNGIGHED OG SEPARATED .....                                             | 55        |
| 6.2      | SPLITTING OG MANGLENDE INTEGRERING .....                                             | 56        |
| 6.3      | PROJEKTIV IDENTIFIKATION OG FORVENTNINGSPRES .....                                   | 57        |
| 6.4      | TOMHED I TERAPIEN .....                                                              | 59        |
| 6.5      | LEGENS SYMBOLIK I TERAPI .....                                                       | 60        |
| 6.6      | FORVIRRENDE GRÆNSER OG EN KRÆVENDE HUNGER .....                                      | 60        |
| 6.7      | SMERTEN OG MODSTANDEN I TERAPI.....                                                  | 61        |
| 6.8      | AFRUNDING .....                                                                      | 62        |
| <b>7</b> | <b>AT ANVENDE OG INTEGRERE DEN INDIVIDUELLE PSYKOANALYTISKE<br/>PSYKOTERAPI.....</b> | <b>64</b> |
| 7.1      | AT SÆTTE GRÆNSER I TERAPIEN .....                                                    | 64        |
| 7.1.1    | <i>Delkonklusion</i> .....                                                           | 68        |
| 7.2      | MISTILLID OG ALLIANCE.....                                                           | 68        |
| 7.2.1    | <i>Delkonklusion</i> .....                                                           | 72        |
| 7.3      | RAMMERNE FOR TERAPIEN .....                                                          | 72        |
| 7.3.1    | <i>Hvad med forældrearbejdet?</i> .....                                              | 73        |
| 7.3.1.1  | <i>Delkonklusion</i> .....                                                           | 74        |
| 7.3.2    | <i>Fortrolighed i terapi</i> .....                                                   | 75        |
| 7.3.2.1  | <i>Delkonklusion</i> .....                                                           | 76        |
| 7.3.3    | <i>Ustabilitet og afslutning af terapi</i> .....                                     | 77        |
| 7.3.3.1  | <i>Delkonklusion</i> .....                                                           | 79        |
| <b>8</b> | <b>KONKLUSION.....</b>                                                               | <b>80</b> |
| <b>9</b> | <b>PERSPEKTIVERING.....</b>                                                          | <b>83</b> |

|           |                            |            |
|-----------|----------------------------|------------|
| <b>10</b> | <b>REFERENCELISTE.....</b> | <b>86</b>  |
| <b>11</b> | <b>APPENDIKS 1.....</b>    | <b>92</b>  |
| <b>12</b> | <b>APPENDIKS 2.....</b>    | <b>103</b> |
| <b>13</b> | <b>APPENDIKS 3.....</b>    | <b>111</b> |

# 1 Indledning

Indenfor de seneste år er der kommet øget fokus på de omsorgssvigtede børn i Danmark og på de institutioner, som mange af disse børn anbringes på, når forholdene i familien vurderes at være skadelige for barnet. Debatten i medierne omhandler blandt andet institutionernes hårde tone overfor børnene. Senest udsættes institutionerne for en stærk kritik i martsnummeret af Psykolog Nyt på grund af deres fokus på adfærdsregulerende metoder og magtanvendelser som behandling (Hagelquist, 2012, p. 19). Hagelquist (2012) mener, at disse børn skal tilbydes kvalificerede behandlingsmetoder, som ikke handler om straf, magt og afmagt, og dette er tilsyneladende ikke realiteterne på mange af landets anbringelsesinstitutioner. En ny statistisk undersøgelse fra SFI<sup>1</sup> viser, at anbringelserne langt fra lever op til den målsætning, som anbringelsesreformen fra 2006 fremsætter. Her understreges det, at anbragte børn og unge skal have samme muligheder som andre for uddannelse, arbejde og familieliv, men SFI's undersøgelse viser, at de tidligere anbragte unge klarer sig væsentligt dårligere end selv forholdsvist sammenlignelige grupper på netop disse områder (Olsen, Egelund & Lausten, 2011). Meget tyder altså på, at der er brug for ændringer på anbringelsesområdet, og at kvaliteten af behandlingen af de anbragte børn må hæves.

Tidligere blev utilpassede børn og unge anbragt i plejefamilier på landet, hvor landluften og det hårde arbejde skulle forandre barnet til det bedre, eller på store anstalter, hvor hård disciplin skulle afstedkomme den nødvendige forandring i barnet. Man forestillede sig, at miljøskiftet i sig selv ville påvirke de utilpassede børn og unge, så de kunne inkluderes i samfundet (ibid, p. 16). I dag er indsatsen overfor de omsorgssvigtede børn måske ikke så anderledes, selvom vi nu har en anden forståelse af børn og deres udvikling. Det er: *”den gode plejefamilies hverdagspraksis eller institutionens daglige pædagogiske rammer og indhold, der ses som hovedingrediensen i barnets forandring frem for varierede individuelle interventioner”* (ibid, p. 17). Dette forhold synes umiddelbart ikke tilstrækkeligt ud fra nutidens kendskab til, hvordan barnets tidlige relationer og erfaringer påvirker barnets psykiske, emotionelle og personlige udvikling (jf. Bowlby, 1988/94; Stern,

---

<sup>1</sup> Det nationale forskningscenter for velfærd.

2000 m.fl.). På baggrund af disse overvejelser blev jeg, specialets forfatter, nysgerrig på, hvilke mulige behandlingsmetoder, der kunne være for de anbragte børn.

I min, projektets forfatters, praktik på psykologistudiet blev jeg introduceret til den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn. Her blev jeg præsenteret for en forståelse af barnets problematikker ud fra en kombination af familiens sammenspil – dvs. systemet omkring barnet - og barnets eget indre følelsesliv. I denne behandlingsform fokuseres der på barnets emotionelle udvikling, og der opstår hos mig en interesse for, hvorledes den psykoanalytiske terapi kan bidrage faciliterende til omsorgssvigtede børns udvikling.

Denne interesse er dog ikke helt ny, da jeg gennem min studietid har haft job på en døgninstitution for omsorgssvigtede børn. Her oplevede jeg ofte, hvordan hverdagen var præget af meningsløse regler og strukturer, som til tider stred direkte mod mine egne værdier. Derfor gjorde jeg mig også her mange overvejelser omkring, hvordan vilkårene for de anbragte børn kunne forbedres, og hvordan vi som personale kunne sikre en mere positiv udvikling hos disse børn.

Der findes i dag institutioner, som inddrager den individuelle psykoterapi i arbejdet med de anbragte børn, men der findes også mange institutioner, som slet ikke har fokus på nogen form for psykologisk behandling af børnene. Det er ikke mange år siden, at flere fagpersoner mente, at den individuelle psykoanalytiske psykoterapi slet ikke var anvendelig med de omsorgssvigtede, anbragte børn (eg. Jacoby, 1969). Selvom denne holdning efterhånden er forsvundet fra litteraturen, findes den måske stadig hos nogle praktikere og på institutionerne. Derfor er det interessant at undersøge, om og hvordan den individuelle psykoanalytiske psykoterapi kan anvendes og integreres i behandlingen af de omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Det er dog stadig et forholdsvist uudforsket emne – særligt i dansk litteratur og forskning – og derfor kræver en undersøgelse af dette område muligvis i første omgang en undersøgelse af, hvordan det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn kan forstås i en psykoanalytisk psykoterapeutisk kontekst. Dette bliver derfor projektets fokus.

Dette projekt kan således bidrage med en forståelse af det omsorgssvigtede barn i terapi, som kan være interessant og relevant for psykoanalytiske terapeuter, som arbejder med denne børnegruppe. Det vil ligeledes kunne bidrage til debatten omkring, hvilke behandlingsmuligheder der er for de omsorgssvigtede børn, og det



vil sandsynligvis også kunne tilbyde interessante perspektiver for andre faggrupper, som beskæftiger sig med disse børn.

Disse refleksioner, som er blevet præsenteret på de foregående sider, samt et personligt ønske om at tilegne mig en uddybende viden på dette specifikke psykologiske felt, leder således til følgende problemformulering:

## **1.1 Problemformulering**

***Hvordan kan det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn forstås i en psykoanalytisk psykoterapeutisk kontekst?***

***Og på hvilken måde kan den individuelle psykoanalytiske psykoterapi anvendes og integreres i behandlingen af disse børn?***

### **1.1.1 Afgrænsning**

Projektets problemstilling indeholder to dele. Første del omhandler ønsket om at undersøge det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn i en kontekst af psykoanalytisk psykoterapi. Dette for at få en forståelse af og et dybere kendskab til de temaer, som muligvis kan karakterisere børnenes terapeutiske materiale, samt at undersøge mulighederne for at forstå omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn ud fra en psykoanalytisk teoretisk ramme. Denne del af problemstillingen besvares først og fremmest gennem en fænomenologisk/fortolkende (IPA) samt teoretisk analyse og refleksion af forskellige casebeskrivelser hentet fra den eksisterende litteratur.

Problemstillingens anden del ønsker at undersøge, hvordan den individuelle psykoanalytiske psykoterapi kan anvendes og integreres i arbejdet med de omsorgssvigtede børn i en institutionssammenhæng. Besvarelsen af denne del tager afsæt i analysen og de udfordringer, som kan identificeres på baggrund heraf. Gennem en diskussion af disse særlige udfordringer udforskes det, hvordan terapeuten må forholde sig til udfordringerne – hvad hun<sup>2</sup> må være opmærksom på, og hvilke eventuelle forbehold, der kan være i forbindelse med det terapeutiske arbejde med disse børn.

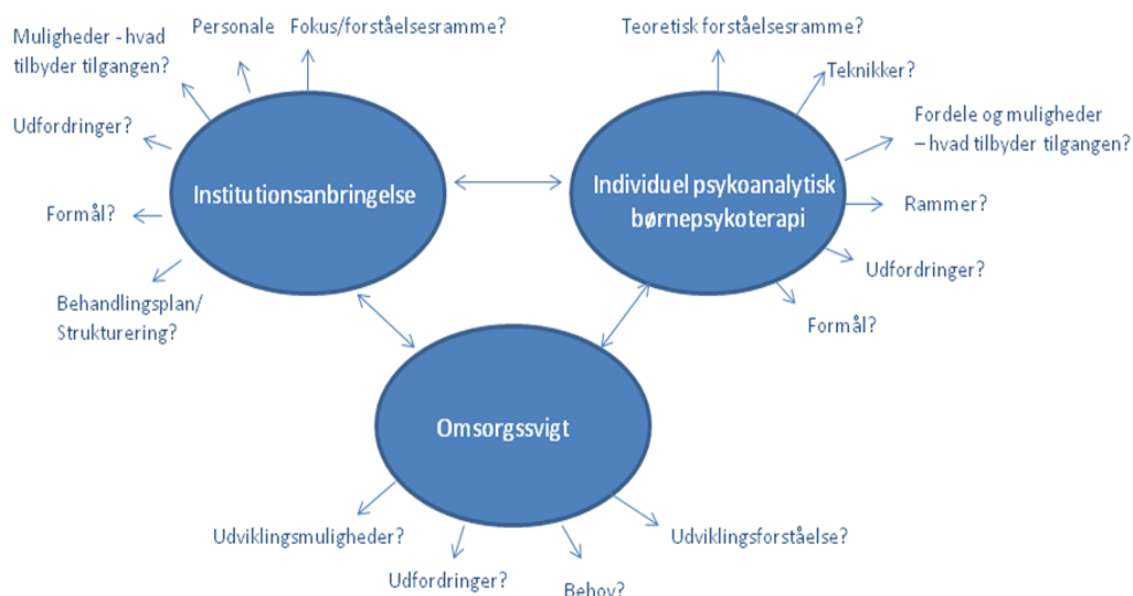
Problemstillingen og projektets genstandsfelt indebærer tre nøgleord: individuel psykoanalytisk psykoterapi, omsorgssvigtede børn samt

---

<sup>2</sup> For at lette læsningen, anvendes de kvindelige pronominer ved henvisning til terapeuter.

institutionsanbringelse. Disse tre nøgleord kan forbindes som illustreret i figuren nedenfor (*Figur 1*). Med interesse for dette felt, kan der fokuseres på forskellige dele af figuren, og alt efter hvilket perspektiv der indtages og hvilken del af figuren, der vælges som det centrale, vil problemstillingerne og mulighederne være forskellige.

**Figur 1. Illustration over problemstillingens nøglebegreber.**



Det aktuelle projekt tager primært afsæt i den individuelle psykoanalytiske psykoterapi, og dette bliver perspektivet hvorfra problemstillingen ansues. Der er fokus på, hvordan man indenfor denne kontekst kan forstå det omsorgssvigtete, institutionsanbragte barn, og hvorledes denne behandlingsmetode kan anvendes med disse børn og integreres i en institutionssammenhæng. Dermed er der ikke fokus på andre forståelser af det omsorgssvigtete barn, ligesom selve det pædagogiske arbejde og andre behandlingstiltag, som anvendes på institutioner, heller ikke udforskes i projektet.

#### 1.1.1.1 Valg af teori og metode

De teoretiske og metodiske beslutninger, som er truffet i forbindelse med dette projekt, vil naturligvis påvirke projektets fund og de konklusioner, som det bliver muligt at drage. Derfor skal dette afsnit forstås som en yderligere afgrænsning af, hvad der kan forventes af projektet på baggrund af den præsenterede problemstilling.

Den psykoanalytiske teori og tradition danner rammen for projektet som helhed, idet det er den individuelle psykoanalytiske psykoterapi, der udforskes og forsøges anvendt i en bestemt kontekst. Beslutningen om at fokusere på den psykoanalytiske psykoterapi blev truffet på baggrund af personlige erfaringer og en forventning om, at denne tilgang vil have noget positivt at tilbyde til behandlingen af det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn. Det er vigtigt at understrege, at det under ingen omstændigheder er projektets hensigt at fremstille den psykoanalytiske teori og behandlingsmetode som den eneste rigtige forståelse af det omsorgssvigtede barn, og projektet skal ikke forstås som en argumentation for, at den individuelle psykoanalytiske psykoterapi alene vil kunne forbedre børnenes anbringelser. Der er bestemt en forventning om, at en forbedring af kvaliteten af anbringelserne kræver en bredere indsats, og at også andre tiltag og teorier vil kunne bidrage på dette område.

Der lægges i projektet særligt vægt på Melanie Kleins teori og objektrelationsteorien, idet disse i høj grad danner grundlag for den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn, som den praktiseres i dag. Dette ses i den anvendte litteratur, hvor forfatterne sjældent eksplicit placerer sig i forhold til forskellige traditioner indenfor den psykoanalytiske børnepsykoterapi, men hvor de i høj grad anvender de objektrelationsteoretiske begreber og forståelser, og dermed primært trækker på denne tradition. På samme måde forholder det sig med projektet. Dertil er det afgørende, at min, projektets forfatters, egen træning indenfor det børnepsykoterapeutiske felt ligeledes er præget af den Kleinianske tradition. Da det er mig, der udfører projektets analyse og forholder mig til resultaterne, bliver det uundgåeligt min egen træning i den psykoanalytiske tradition, der kommer til at præge analysen og fortolkningen. Derfor er det besluttet eksplicit at fremhæve det Kleinianske og objektrelationsteoretiske fokus i projektet.

Det er besluttet at gennemføre en analyse af casemateriale og vignetter fra den eksisterende litteratur, som indeholder terapeuters beskrivelser af terapeutiske forløb med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Dette skyldes, at den viden, som findes omkring de omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn i terapi, ofte fremstilles implicit gennem caseeksempler. Derved relaterer denne viden sig også primært til enkeltstående tilfælde, og der gøres sjældent forsøg på at forstå casene samlet. Analysen har dermed til formål at åbne op for en forståelse af terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn som gruppe, og der er endvidere en forventning om, at den eksisterende litteratur kan give et indblik i de særlige omstændigheder og

udfordringer, som terapeuten må forholde sig til, hvis den individuelle psykoanalytiske terapi skal anvendes og integreres i arbejdet med denne klientgruppe. Yderligere metodiske overvejelser og valg præsenteres senere i projektet (jf.3.1)<sup>3</sup>.

## 1.2 Begrebsafklaring

Her defineres og afgrænses projektets tre nøglebegreber i forhold til deres betydning og anvendelse i projektet.

### 1.2.1 Omsorgssvigt

Bowlby benyttede tilbage i 1950'erne betegnelsen *maternal deprivation*<sup>4</sup>, når et barn berøvedes den betydningsfulde moderlige omsorg (Poulsen, 2007, p. 115). I Bowlbys oprindelige arbejder fokuserede han på berøvelsen af omsorgen på grund af adskillelse mellem mor og barn, men senere er der kommet mere fokus på den manglende eller utilstrækkelige omsorg, som forældre kan tilbyde deres børn. Udtrykket moderlig deprivation bruges i dag sjældent, da man i dag har en oplevelse af, at omsorgen ikke nødvendigvis skal komme fra den biologiske mor. I dag taler man i stedet primært om deprivation eller omsorgssvigt, og disse begreber sidestilles i specialet.

Begrebet omsorgssvigt kan overordnet defineres som, at barnets forældre eller andre omsorgspersoner udsætter barnet for overgreb eller forsømmer det i sådan en grad, at barnets fysiske og/eller psykiske sundhed og udvikling er i fare (Killén, 2005, p. 20). Omsorgssvigt kan forekomme på forskellige måder, og flere forfattere har lavet opdelinger mellem de forskellige typer af omsorgssvigt<sup>5</sup>. Ofte vil børn, som er omsorgssvigtede, være blevet udsat for mere end en enkelt af disse typer af omsorgssvigt, og trods forskellene mellem typerne vil man ofte se, at følgevirkningerne ligner hinanden (ibid, p. 41). Vanrøgt er den mest almindelige

---

<sup>3</sup> Krydshenvisninger internt i specialet markeres fremover på denne måde.

<sup>4</sup> I projektet anvendes engelske termer, hvor der ikke synes at være en dækkende betegnelse på dansk. Disse begreber kursiveres i teksten.

<sup>5</sup> Killén (2005) laver eksempelvis en anvendelig opdeling mellem fysiske overgreb, psykiske overgreb, seksuelle overgreb og vanrøgt.

form for omsorgssvigt, men er samtidig en af de alvorligste trusler, når det gælder barnets kognitive, følelsesmæssige, sociale og adfærdsmæssige udvikling (ibid, p. 42). Ved vanrøgt forstås, at forældrene ikke er følelsesmæssigt tilgængelige for eller engagerede i barnet. Barnets signaler overhøres eller udløser aggressive reaktioner, og barnets – både fysiske og psykiske – behov registreres eller imødekommes ikke (ibid, pp. 42-45). Der kan således være tale om en deprivation af både fysisk og psykisk omsorg. Denne specifikke beskrivelse passer umiddelbart bedst til kontakten mellem spædbarnet og dets omsorgsgivere, men denne form for omsorgssvigt – deprivationen af fysisk og psykisk omsorg - kan naturligvis forekomme gennem hele barnets opvækst.

I dette speciale refererer *det omsorgssvigtede barn* således til det barn, som gennem sin opvækst har været udsat for omsorgssvigt med karakter af vanrøgt – dvs. en deprivation af omsorg og emotionel kontakt fra sine primære omsorgspersoner. Deprivationen kan både ske ved utilstrækkelig omsorg eller ved adskillelse fra og dermed deprivation af selve den primære omsorgsperson.

### 1.2.2 Institutionsanbringelser

I Danmark findes der mange forskellige anbringelsesinstitutioner med forskellige formål samt teoretiske og praktiske værdigrundlag, og hvor børn bliver anbragt på baggrund af forskellige problematikker (Egelund & Hestbæk, 2003, p. 62). Der findes både behandlingsinstitutioner, socialpædagogiske institutioner og akutte døgninstitutioner til midlertidige anbringelser og udredning. De institutioner, som er dette projekts fokus, er alle døgninstitutioner, hvor børn anbringes, når de må fjernes fra opvækstforhold, som vurderes at skade barnets fysiske og/eller psykiske udvikling. Det betyder, at den kritik, som fremsættes i indledningen, ikke vil være retfærdig over for alle institutioner, ligesom nogle af de refleksioner, som gøres gennem projektet, vil være uforenelige med nogle institutioners struktur, mens de muligvis vil være meget genkendelige for andre.

### 1.2.3 Individuel psykoanalytisk psykoterapi

I projektet refererer denne betegnelse til den psykoanalytiske terapiform, hvor legetøj anvendes systematisk i terapien, og legen sidestilles med den voksnes frit flydende opmærksomhed, og derved bliver det medium, hvorigennem barnet kommunikerer

(Klein, 1955). Der trækkes primært på Melanie Kleins tilgang til terapien, da denne tilgang synes mest udbredt i den anvendte litteratur, men der tages ellers ikke specifikt stilling til én bestemt retning indenfor traditionen. Der fremstilles en mere dybdegående beskrivelse af den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn senere i projektet (jf. 2.2). Da det kun er denne terapeutiske tilgang, der undersøges i specialet, er det for at lette læsningen besluttet fremover at forkorte betegnelsen til *psykoanalytisk terapi*.

### ***1.3 Disposition***

Indledningsvist placeres projektet i feltet af allerede eksisterende forskning og teoretisk litteratur omhandlende projektets genstandsfelt. Først præsenteres eksisterende evidensforskning af både psykoanalytisk børneterapi samt anbringelser af børn. Derefter præsenteres den psykoanalytiske terapi med børn – herunder det teoretiske grundlag og de terapeutiske teknikker. Dernæst indføres læseren i en psykoanalytisk udviklingsforståelse med særligt fokus på den omsorgsgivende relations betydning for barnets udvikling for derved at skabe en forståelse af det omsorgssvigtede barns eventuelle problemstillinger. Herefter følger en fremstilling af projektets analyse og de metodiske overvejelser og beslutninger knyttet til denne proces. De temaer, som identificeres gennem analysen, beskrives, og dernæst underkastes disse en teoretisk refleksion, hvor der skabes en teoretisk forståelse af de fremkomne temaer. Afslutningsvist diskuteres nogle af de udfordringer, som synes særligt relevante i forbindelse med gennemførelsen af et psykoanalytisk terapeutisk forløb med omsorgssvigtede børn anbragt på institution. Projektet rundes af med en samlet konklusion og en perspektivering.

## 2 Placering i feltet

Det er besluttet, at undersøge projektets problemstilling med udgangspunkt i en analyse af eksisterende casebeskrivelser fra psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede børn anbragt på institution. Forud for denne analyse er det relevant at placere analysen og projektet indenfor det teoretiske og praktiske psykologiske felt, som projektet beskæftiger sig med. Derfor gives først et indblik i den eksisterende effektforskning på området – dvs. studier, der undersøger udfaldet af henholdsvis anbringelser og psykoanalytisk børneterapi. Dernæst følger en redegørelse for både den psykoanalytiske behandlingsform samt en indføring i elementer ved den psykoanalytiske udviklingsteori, som danner grundlaget for den psykoanalytiske terapi med børn. Disse fremstillinger har særlig relevans, idet de også er fortolkningsgrundlaget for analysen (jf. 3.3).

### *2.1 Et indblik i eksisterende effektforskning*

Inden for de seneste årtier har der været et øget fokus på at evidensbasere forskellige behandlingsformer, idet man i dag kun kan forvente økonomisk støtte til behandlingsformer, som kan påvises at have en positiv effekt (Rønnestad, 2008, p. 6). Derfor er det også relevant i denne sammenhæng at se nærmere på forskningslitteraturen omkring effekten af henholdsvis anbringelser af børn samt den psykoanalytiske terapi med børn – både generelt og mere specifikt med omsorgssvigtede og/eller anbragte børn<sup>6</sup>. Det er naturligvis ikke muligt at redegøre for al eksisterende eller relevant forskning på disse områder, så derfor vil den følgende gennemgang primært forholde sig til tidligere reviews af den eksisterende forskningslitteratur, mens kun enkelte særskilte studier inddrages.

Det har i mange år forholdt sig sådan, og gør det måske stadig aktuelt, at de psykoanalytiske og psykodynamiske terapiformer anses for at mangle en troværdig evidensbaserings (Midgley & Kennedy, 2011, p. 232). Dette skyldes blandt andet, at eksperimentelle studier anses for at være øverst i hierarkiet i forhold til

---

<sup>6</sup> I den eksisterende effektforskning af psykoterapeutisk behandling af anbragte børn skelnes der sjældent mellem anbringelsestyperne, så derfor kan det her ikke adskilles, om der er tale om anbringelse på institution eller i plejefamilie.

anvendeligheden af effektstudier (ibid, p. 234). I dag stilles der ofte krav om randomiserede designs med kontrolgrupper for, at der kan tales om effektbaserende forskning, og denne type forskning anvendes sjældent indenfor den psykodynamiske tradition.

Effektforskning undersøger udfaldet af behandling, men der er langt fra enighed om, hvorledes et positivt udfald af et terapeutisk forløb kan og bør operationaliseres (Fonagy et al, 2002a, p. 4). Skal der anvendes kvalitative eller kvantitative målinger, og er det ønskede udfald en dæmpning af adfærdsmæssige symptomer eller er det personlighedsændring eller psykisk udvikling? Dette er naturligvis overvejelser og forbehold, som man må tage, når man forholder sig til effektforskningen inden for det psykologiske behandlingsområde. Det er endvidere generelt anerkendt, at det kan være problematisk at evaluere effekten af forskellige behandlingsformer, da det generelt er umuligt at kontrollere for alle faktorer, og det kan være svært at påvise, hvad der præcis har skabt de eventuelle ændringer (Midgley, Target & Smith, 2006, p. 261). Dette gælder måske særligt med børn, hvor ændringerne lige såvel kunne være resultat af den naturlige modningsproces (Lush, Boston & Grainger, 1991, p. 191).

### 2.1.1 Effekten af individuel psykoanalytisk psykoterapi med børn

Nogle af de tidligste overordnede resultater på det børnepsykoterapeutiske forskningsområde, som stammer fra forskellige reviews fra 1980'erne, indikerede, at der er en positiv effekt af behandlingen (jf. Midgley, 2009, p. 80). Et review fra 2002 demonstrerer derimod ingen eller kun tentative indikationer for, at psykodynamisk terapi skulle have en virkning med forskellige forstyrrelser (Fonagy et al, 2002a, p. 384). Der findes således både indikationer for og mod behandlingsformen.

Et senere review fra 2004 inddrog 32 studier, der på baggrund af deres kvalitet kunne betragtes som egnede til at uddrage nogle generelle konklusioner omkring effekten af psykoanalytisk børnepsykoterapi (iflg. Midgley, 2009, p. 80f). Dette review viser overordnet, at psykoanalytisk børneterapi har en positiv effekt på



en række områder for børn med en lang række psykologiske forstyrrelser<sup>7</sup> (ibid). Flere af studierne indikerede, at forbedringerne var bevaret eller endda forbedret ved *long-term follow-ups*, hvilket kunne indikere, at der fortsat sker en udvikling efter endt behandling (*sleeper-effect*) ved psykoanalytisk behandling med børn (ibid). Endvidere tyder adskillige studier på, at arbejdet med forældre eller familier sideløbende med den individuelle behandling med barnet er en vigtig faktor for den positive effekt af behandlingen (ibid). Et resultat med særlig relevans for de omsorgssvigtede og anbragte børn er indikationen for, at børn med sværere grader af forstyrrelser synes at respondere bedst på intensive behandlingsforløb, og at disses forbedringer særligt synes at vise sig ved *long-term follow-up* (ibid).

Et casestudie af Lush, Boston, Morgan og Kolvin (1998) undersøgte effekten af psykoanalytisk psykoterapi ved hjælp af en enkelt case med en tidligt depriveret dreng, som blev anbragt først på institution og senere i plejefamilie. De anvendte et *catch-up longitudinal design* med fire målinger. De sidste målinger indebar både terapeutens, plejemoderens og drengens egne vurderinger efter endt terapi. Resultaterne viste blandt andet, at drengen nu blev vurderet som veltilpasset og moden, at han udviste en høj grad af selvsikkerhed og selvtillid, og at hans overordnede sociale tilpasningsevne var tilfredsstillende (Lush et al., 1998, pp. 62f). Idet drengens problematikker ikke var forbedrede, men snarere forværrede, i en alder af 11 år, hvor han påbegyndte sin terapi, og idet han som 15-årig ved sidste måling klarede sig ganske godt, konkluderer Lush et al., at den demonstrerede udvikling må forstås som et resultat af den individuelle psykoanalytiske psykoterapi, som både drengen og hans plejeforældre deltog i (ibid, p. 65).

Lush, Boston og Grainger (1991) har lavet et pilotstudie, hvor effekten af psykoterapeutisk behandling med en større gruppe anbragte børn blev undersøgt gennem terapeutens og omgivelsernes vurderinger. Resultaterne viste blandt andet, at børnene udviklede en øget fornemmelse af sikkerhed og mindre angst for afvisning og det at blive forladt (p. 209). Generelt mente terapeuterne dog også, at der var behov for en større udvikling, førend børnene ville kunne klare sig uden yderligere behandling (ibid).

---

<sup>7</sup> Dokumenteret ved hjælp af både psykologiske og psykiatriske standardiserede målinger (Midgley, 2009, p. 81).

Nogle forskere mener, at man bør fokusere mere på klienternes egne oplevelser af at have gået i terapi som børn. Man har blandt andet gennemført kvalitative interviews med 27 voksne, der som børn gik i terapi, for med en eksplorativ tilgang at undersøge deres subjektive oplevelse af effekten af psykoanalytisk terapi (Midgley & Target, 2005; Midgley et al., 2006). To tredjedele af interviewdeltagerne oplevede, at terapien havde været hjælpsom, hvor den positive påvirkning primært var forbundet med indre forandringer frem for adfærdsændringer. Særligt blev oplevelsen af at have udviklet en evne til at forstå sig selv og reflektere over sit eget sind fremhævet, men dette blev også af nogle set som et negativt aspekt af terapien (Midgley et al, 2006, p. 263f).

## 2.1.2 Effekten af anbringelser af børn og unge udenfor hjemmet

I 2003 er der lavet en dansk forskningsoversigt over effekten af anbringelser uden for hjemmet baseret på 654 empiriske studier (Egelund & Hestbæk, 2003). Effektstudierne viser, at de tidligere anbragte børn som voksne udgør en uforholdsmæssigt socialt dårligt stillet gruppe. De har blandt andet opnået dårlige skolepræstationer, ringe uddannelsesniveau, er oftere arbejdsløse, har dårligere økonomi og helbred end andre unge, som ikke har været anbragt (ibid).

En ny rapport fra 2011 bekræfter disse konklusioner (Olsen et al, 2011). Undersøgelsen analyserer langtidsvirkningerne af anbringelser uden for hjemmet og bygger på registerdata. Rapporten viser blandt andet, at de tidligere anbragte har større sandsynlighed for at have psykiske problemer end kontrolgruppen<sup>8</sup> (ibid, p. 97), og rapporten konkluderer afslutningsvist, at: *”Anbringelse uden for hjemmet har enten negative effekter for forskellige centrale udviklingsudfald eller neutrale effekter, [og] ingen undersøgelse kan opvise positive effekter af anbringelsen uden for hjemmet”* (ibid, p. 111). Rapporten fokuserer dog primært på samfundssociale faktorer og statistikker og ikke på den individuelle psykologiske udvikling.

---

<sup>8</sup> Man har bestræbt at finde en kontrolgruppe, hvor alle faktorer er de samme med undtagelse af anbringelsen, men dette er naturligvis ikke muligt, da der formentlig vil være en årsag til, at netop disse børn blev anbragt uden for hjemmet, mens andre ikke gjorde.

En effektundersøgelse af psykodynamisk miljøterapi på døgnbehandlingshjem viser, at børnene efter cirka 2 års behandling på institutionen<sup>9</sup> er betydeligt mindre psykisk forstyrrede, både kognitivt og følelsesmæssigt; børnene har fået bedre selvtillid og udviser mere selvrefleksion; de har fået bedre kontakt med deres følelser og udtrykker dem på en mere kontrolleret måde; og de har flere positive og mere realistiske forventninger til andre mennesker<sup>10</sup> (Nissen & Hansen, 2006). En yderligere undersøgelse blev foretaget, hvor de børn, som udelukkende deltog i den miljøterapeutiske behandling, blev sammenlignet med de børn, der ud over den miljøterapeutiske behandling, også var i et individuelt psykoterapeutisk forløb (Heede & Rasmussen, 2009, unpub.). Undersøgelsesgruppen var ikke særlig stor, men resultaterne indikerede større ændringer i personligheden hos de børn, der var i individuelle forløb, men effekten fremstod mest signifikant på børnenes kognitive udvikling (ibid).

### 2.1.3 Opsamling

I det foregående er præsenteret en overfladisk indføring i den eksisterende effektforskning. Det er demonstreret, at den psykoanalytiske terapi med børn synes at have en effekt på en lang række områder, også når det gælder behandlingen af omsorgssvigtede, anbragte børn. Det fremgår dog ikke, om denne effekt er så stor, at barnet senere kan fungere normalt udenfor en institutionsanbringelse henholdsvis i en plejefamilie eller som voksen. Der synes ikke at være en tilstrækkelig effekt af anbringelserne af børn generelt, men forskningen på behandlingshjem, hvor der anvendes en psykodynamisk miljøterapeutisk behandling, viser til gengæld positive forbedringer. Igen er det dog ikke klart, om dette er nok til, at børnene senere vil kunne fungere i samfundet på samme vilkår som ikke-anbragte børn.

Det fremgår ikke altid, hvilken behandling og hvilke interventioner, børnene specifikt har været udsat for – dette gælder både for studier af den psykoterapeutiske behandling og for forskningen på anbringelsesområdet. I dag er man ikke interesseret

---

<sup>9</sup> Effekten er således ikke blot af en institutionsanbringelse, men af et psykodynamisk behandlingsarbejde, og en tredjedel af de undersøgte børn har ligeledes været i individuelle psykoterapeutiske forløb (Heede et al, 2009, p. 279).

<sup>10</sup> Den anvendte metode indebar standardiserede, psykologiske, kognitive og projektive tests (Heede et al, 2009, p. 280).

i det simple spørgsmål om, *om* psykoterapi med børn virker, men man beskæftiger sig i højere grad med, *hvad* der virker for *hvem*, samt hvilke processer i terapien der skaber ændring i psykoterapien (Midgley, 2009, p. 80). Denne gennemgang bidrager desværre ikke med en sådan forståelse, men har også kun haft til hensigt at give en kort indføring i det eksisterende forskningsfelt på området.

## *2.2 Individuel psykoanalytisk psykoterapi med børn*

Psykoanalytisk psykoterapi er en samlebetegnelse for en lang række psykoterapeutiske former, som på forskellig vis er inspirerede af den klassiske psykoanalytiske teori og behandlingsmetode. De forskellige terapiformer er ofte tilpasset bestemte klientgrupper eller problemstillinger, og dette projekt beskæftiger sig med den del af den psykoanalytiske tradition, som beskæftiger sig med psykoterapi med børn.

Melanie Klein og Anna Freud var de første til – uafhængigt af hinanden – at udvikle en egentlig psykoanalytisk børneterapiform. De kombinerede begge observationer af børn med den psykoanalytiske teori, men der var vigtige teoretiske forskelle mellem deres forståelser, og børneanalysens grundprincipper har således skabt uenigheder siden sin begyndelse (Grünbaum, 1999/00, p. 245; Horne & Lanyado, 2009). Forskellene mellem Klein og A. Freud har været behandlet i et bredt omfang i litteraturen (eg. Edgcombe, 2000; Likierman & Urban, 2009; Klein, 1975), hvorfor debatten ikke gives særlig opmærksomhed i dette projekt. Endvidere er det i dag de færreste, der i praksis er optaget af, hvilken specifik tradition der arbejdes indenfor, hvilket dog samtidig også betyder, at de psykoanalytisk inspirerede klinikere i dag stadig ikke er enige om, hvordan den psykoanalytiske behandling af børn bør konceptualiseres (Cohen, 1997, p. 500).

Den følgende redegørelse for det, der samlet kan kaldes den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn, er derfor blot et forsøg på at indføre læseren i de mest overordnede teoretiske forståelser og grundlæggende terapeutiske principper velvidende, at der vil være aspekter af beskrivelsen, som vil kunne vække uenigheder indenfor traditionen.

## 2.2.1 Teoretiske forståelser og terapeutiske principper

Helt overordnet er formålet med den psykoanalytiske behandling at facilitere en normal emotionel og psykologisk udvikling hos barnet (Lanyado & Horne, 2009, p. 161). Dette opnås blandt andet ved, at barnet i løbet af terapien vil internalisere den terapeutiske relation, så den bliver en del af barnets indre verden, og at dette skaber en personlighedsændring, som vil fremme barnets muligheder for at indgå i udviklende samspil med omgivelserne (Grünbaum, 1999/00, p. 258). Gennem internalisering af relationen samt identifikation med terapeuten udvikler barnet nysgerrighed for og evnen til at reflektere over sig selv (Lanyado & Horne, 2009, p. 168). Hunter (2001, p. 1) giver i det følgende citat en meget dækkende beskrivelse af den psykoanalytiske psykoterapis fokus og formål:

“[It] focuses on the obstacles to trust and the barriers to free communication, the obstacles and barriers that the self has raised to protect individuals from themselves and from others. The self-defences and the underlying anxieties which have called them into being, can be quietly and carefully given attention and can be understood by therapist and child. Losses can be mourned. Aggression can be owned. The child can be helped to comprehend their feelings and their own responses.”

Al psykoanalytisk behandling bygger på en grundlæggende antagelse om det ubevidstes eksistens, og der er en fælles forståelse af, at en persons tidligere oplevelser og erfaringer gennem det ubevidste vedvarende vil påvirke mange aspekter af personens aktuelle *well-being* (Cohen, 1997, p. 500; Lanyado & Horne, 2009, p. 160; Liekerman & Urban, 2009, p. 17). Som det fremgår af citatet ovenfor, er der endvidere en forståelse af, at en person – eller personens jeg - udvikler forskellige forsvarsmekanismer for at beskytte sig selv mod angst eller håndtere bestemte oplevelser (Klein, 1975, p. 93; Lanyado & Horne, 2009, p. 164).

Omdrejningspunktet for enhver psykoanalytisk terapiform er overføringsmodoverførings-relationen: *”the exploration of the unconscious is the main task of psycho-analytic procedure, and [...] the analysis of the transference is the means of achieving this aim”* (Klein, 1955, p. 123). Dette ud fra en forståelse af, at barnet i overføringen til terapeuten gentager eller genoplever sine tidligere følelser og konflikter, og at overføringen dermed giver adgang til en tidligere oplevelsesverden, som ikke på anden måde lader sig fortolke i noget bevidst (A. Freud, 1948, p. 31;

Klein, 1955, p. 132). Barnets fornemmelse af hvem det er, og hvordan andre vil reagere på det, påvirkes ifølge den psykoanalytiske teori i høj grad af barnets forventninger, som baseres på barnets aktuelle og tidligere relationer (Klein, 1955, p. 138; Lanyado & Horne, 2009, p. 160). Det er overføringen af disse forventninger til relationen med terapeuten, som blandt andet udgør overføringsrelationen (ibid). Når denne relation bliver omdrejningspunktet for terapien, skyldes det, at man især anvender klientens overføring og terapeutens modoverføring<sup>11</sup> til at udforske og forstå klientens ubevidste konflikter, indre fantasier, objektrelationer samt centrale temaer i klientens problemstillinger, som udspiller sig i relationen til terapeuten (Klein, 1955, p. 136-138).

De praktiske rammer for terapien – eller terapiens *setting* – anses for at være afgørende indenfor den psykoanalytiske tradition, idet det skaber et terapeutisk miljø, som er forankret i et mentalt og fysisk afgrænset rum, hvor et overføringsforhold kan udvikles, og en terapeutisk proces kan opstå (Grünbaum, 1999/00, p. 246; Grünbaum, 2007, p. 178). Terapeuten tager et stort ansvar for at sikre de terapeutiske rammer, som både indebærer en bestemt terapeutisk holdning, grundprincipper for spillet mellem de to deltagere, de fysiske og geografiske rammer, en fastlagt tidsstruktur samt arbejde og samarbejde med forældre og andre, der er involveret i barnets omsorg, opdragelse og uddannelse (ibid). Pålidelighed og regelmæssighed omkring de fysiske rammer såvel som den fastlagte tidsstruktur skaber en klar grænse mellem terapi og hverdagsliv, hvilket forstås som havende en containende<sup>12</sup> kvalitet (Hunter, 2001, p. 2). Den terapeutiske holdning i den psykoanalytiske børneterapi indebærer blandt andet en terapeutisk neutralitet, som betyder, at der i terapien er plads til alle typer af følelser – også de fjendtlige og aggressive – og at disse følelser tillades og rummes i terapien (ibid, p. 7). Ifølge Klein er det essentielt, at barnet får lov at udfolde sine aggressioner, men det er endnu vigtigere, at terapeuten forstår, *hvorfor* de aggressive impulser kommer op netop i dette øjeblik i overføringssituationen, og lægger mærke til barnets reaktioner på dem (Klein, 1955, p. 127). Forældrearbejdet og samarbejdet med netværket bliver relevant i det

---

<sup>11</sup> Modoverføring henviser her til alle de følelser, som vækkes hos terapeuten som reaktion på barnets overføring (Gammelgaard, 2007, p. 157).

<sup>12</sup> Begrebet containment uddybes senere i specialet, men kan kort forklares som det, at barnet og dets følelser og udtryk rummes (Bion, 1962).

terapeutiske arbejde med børn, idet børn ikke selv træffer beslutningen om at iværksætte og opretholde den terapeutiske behandling (Grünbaum, 2007, p. 175). Individuel børneterapi har sjældent en positiv virkning uden forældrenes opbakning, og dertil kommer, at mange forløb vil gavne af forældrenes egen udforskning af familiens dynamik og deres relation med og forståelse af barnet (Green, 2000). Klein fremsætter endnu et relevant forhold ved forældrearbejdet, idet barnets aktivitet i terapien ofte bedre kan forstås i forbindelse med den viden om barnet, som terapeuten har fra forældrene (Klein, 1955, p. 131).

Helt grundlæggende for den psykoanalytiske terapi med børn er forståelsen og fortolkningen af de fantasier, følelser, ængstelser og oplevelser, som udtrykkes gennem barnets leg (ibid, p. 124). En tolkning er, når terapeuten sætter ord på den mening, som barnets aktivitet kunne have på det ubevidste plan. Tolkningen skaber på den måde forbindelser mellem det ubevidste og det bevidste.

En tolkning fremsættes på en måde, så den ikke kræver svar af barnet (Hunter, 2001, p. 4; Lanyado & Horne, 2009, p. 168). Efter en tolkning afventer terapeuten barnets reaktion på tolkningen, som vil afsløre, hvordan tolkningen bliver taget imod. Dette kan både vise sig i ord eller handling, men vil oftest vise sig ved en dæmpet angst i rummet eller, at barnets aktiviteter ændrer sig, udvikler sig eller fortsætter efter en afbrydelse eller stilstand (Klein, 1955, p. 123). Tolkningerne var den væsentligste intervention i den klassiske psykoanalyse, men i dag lægges der i den psykoanalytiske terapi med børn også særlig vægt på den containende funktion af terapien, samt at barnet kan opnå nye relationelle erfaringer gennem samspillet med og internaliseringen af relationen til terapeuten (Lanyado & Horne, 2009, pp. 162, 168; Edgcumbe, 2000, p. 161).

### 2.2.2 Legen i terapi

Et af de problemer, som Klein fandt ved at skulle overføre den psykoanalytiske metode til behandlingen af børn, var, at børn ikke er i stand til at give de verbale associationer, som var helt grundlæggende i den psykoanalytiske behandling af voksne (Klein, 1975, p. 7). Som løsning på dette problem satte Klein fokus på barnets leg som havende samme funktion, som Freuds klienters frie associationer, idet barnet i legen udtrykker sine fantasier, ønsker og faktiske erfaringer på en

symbolsk måde<sup>13</sup> (Klein, 1955, p. 123; Klein, 1975, p. 7). Dermed anvendes barnets symbolske leg af terapeuten til at få indblik i barnets ubevidste og forstå barnets indre følelsesverden (Klein, 1955, p. 137). Winnicott (1971) forestillede sig, at det terapeutiske miljø var et *intermediate* eller *transitional space*, hvor leg kan finde sted, og som er et sted mellem den indre og den ydre verden (pp. 104-110). Dermed kunne legen bygge en forbindelse mellem barnets indre følelsesliv og fantasier og den ydre virkelighed, mellem fantasi og realitet og mellem terapi og hverdag. Dette skyldes at relationen til terapeuten både er et overføringsforhold, altså et fantasiforhold, samt en virkelig ny relation, og dermed møder barnets fantasier om terapeuten virkeligheden i interaktionen.

Samtidig med at legen forstås som barnets kommunikation til terapeuten, har legen for barnet en funktion i sig selv, da den giver barnet mulighed for at udleve de følelser eller handlinger, som ellers er begrænset til fantasier i den ydre verden, da de er for overvældende for barnet, og derigennem eksperimentere med forskellige konsekvenser af dette (A. Freud, 1948, p. 41).

Klein (1955) indførte en terapeutisk teknik, hvor legetøj anvendes systematisk i terapien, idet hun fandt, at det var muligt for barnet at overføre eller projicerer fantasier og angst over i ikke-menneskelige objekter (p. 138). I legen får legetøjet en symbolsk betydning forbundet til barnets fantasier, ønsker og erfaringer, og legetøjet kan repræsentere barnet selv eller specifikke sider af barnet samt barnets objektrelationer (ibid, p. 125, 137). Det terapeutiske rum er således udstyret med forskelligt legetøj, som det fremgår af et senere afsnit (jf. 2.2.2.1). Denne projektion eller forskydning til legetøjet sker, når barnet ikke selv kan rumme eller vedkende sig den angst (eller andre følelser), som det føler, og dermed bliver legetøjet og legen et medium, omkring hvilket terapeuten får mulighed for at føre en forskudt samtale med barnet om dets undertrykte og ubevidste sider (Grünbaum, 1999/00, p. 250). Det vil eksempelvis sige, at man taler om kattekillings angst for at blive skubbet ned fra taget af dukkehuset, frem for barnets egen angst for at blive afvist af terapeuten<sup>14</sup>. Det er dog væsentligt her, at fortolkningen af det forskudte materiale bør føres

---

<sup>13</sup> Anna Freud accepterede ikke legen som fuldstændigt substitut for den frie association, men var enig i, at legen giver terapeuten informationer omkring barnets interesser, frygt og fantasier (A. Freud, 1948, p. 42; Edgumbe, 2000, p. 64f).

<sup>14</sup> Opdigtet eksempel.



tilbage til barnet selv, når barnet er i stand til at modtage det (Lanyado & Horne, 2009, p. 168). Analysen af overføringen er central, men Klein mente ligeledes, at det var væsentligt at føre fantasierne og angsten, som tolkes i overføringen, tilbage til deres udspring (Klein, 1955, p. 132).

Det er væsentligt, at terapeuten ikke forsøger at styre eller kontrollere barnets leg. Terapeuten vælger blot at følge de bevidste og ubevidste tanker og følelser, som klienten bringer op i terapien (Lanyado & Horne, 2009, p. 167; Grünbaum, 1999/00, p. 251). Det er således det materiale, som fylder mest hos barnet, der arbejdes med i terapien. Der er ligeledes en forståelse af, at hæmning eller blokering af leg er lige så informativ, som man forstår blokering i den voksnes associationsforløb (ibid). Dette betyder, at et barn ikke behøver at lege for, at terapeuten kan begynde sit terapeutiske arbejde. Selv hvis barnet blot vender sig væk fra legetøjet, kan det give terapeuten en fornemmelse af barnets motiver for ikke at ville lege, ligesom en diskret ændring i barnets holdning eller ansigtsudtryk kan give et indtryk af, hvad der foregår i barnets indre følelsesliv (Klein, 1955, p. 131). Terapeuten fokuserer på relationen og stemningen i rummet, og derfor kan terapien eksistere, selvom barnet er helt stille (eg. Grünbaum, 2006, pp. 66-68).

### **2.2.2.1 Rummets indretning og indhold**

Indholdet og indretningen af et terapilokalet kan variere, men der er alligevel nogle fællestræk, som er udførligt beskrevet i den tilgængelige litteratur omhandlende psykoanalytisk børnepsykoterapi (Lanyado & Horne, 2009; Hunter, 2001; Grünbaum, 1999/00; Klein, 1955). Det vigtigste ved rummet er, at det skaber nogle rammer, hvor barnet trygt kan udfolde sig, og hvor en overføringsrelation kan opstå og udvikles. Der bør ikke være for mange begrænsninger ved rummets indretning, da det kan gå ud over den terapeutiske neutralitets containende kvalitet, hvis terapeuten skal sætte for mange grænser for barnet eller må irttesætte det i terapien (Hunter, 2001, p. 2).

Legetøjet i rummet skal gerne være enkelt og neutralt i den forstand, at det giver barnet mulighed for at projicerer alle dele af sin indre verden ind i legetøjet (Klein, 1955, p. 126). Når barnets leg med legetøjet får en symbolsk betydning, er det nemlig vigtigt at understrege, at det ikke skal forstås som, at et bestemt stykke legetøj har én bestemt symbolsk oversættelse eller betydning: ”*Mere generalized*

*translations of symbols are meaningless*” (Klein, 1955, p. 137). Symbolikken forstås ud fra konteksten og overføringsrelationen, og netop derfor bør legetøjet også være tilstrækkeligt uspecifikt til, at det kan fremme en fri og personlig symbolsk repræsentation (Grünbaum, 1999/00, p. 252; Klein, 1955, p. 137).

Den individuelle eller personlige legetøjskasse, som anvendes på tværs af mange retninger, blev oprindeligt introduceret af Melanie Klein (Grünbaum, 1999/00, p. 253). Kassen indeholder almindeligvis både legetøj og kreative materialer - herunder dukkefamilier, dyrefamilier (både vilde og tamme), biler, redningsfartøjer, papir, tusser, farver, vandfarver, modellervoks, saks, snor, tape og lim (Lanyado & Horne, 2009, p. 158; Klein, 1975, p. 16, p. 34). Den personlige legetøjskasse er af særlig relevans, idet den ofte vil repræsentere meget af det, der foregår og arbejdes med i terapien: “[...] *the state of a child’s individual box can be highly indicative of the child’s frame of mind*” (Lanyado & Horne, 2009, p. 158). Kassen fungerer også som en forbindelse mellem sessionerne, ligesom den også kan blive et meget konkret symbol på containment (Hunter, 2001, p. 3).

## 2.3 *Det omsorgssvigtede barn i en psykoanalytisk forståelsesramme*

Dette speciales problemstilling tager udgangspunkt i en antagelse om, at det omsorgssvigtede barn ofte vil have brug for behandling, men den deskriptive kategorisering af barnet som omsorgssvigtet giver ikke i sig selv en forståelse af konsekvenserne af omsorgssvigtet. Den psykoanalytiske terapi med børn trækker på en psykoanalytisk udviklingsforståelse, og da det er projektets hensigt at forstå det omsorgssvigtede barn i denne kontekst, præsenteres her en psykoanalytisk udviklingsforståelse med særligt fokus på omsorgens betydning for barnets udvikling.

Den følgende beskrivelse tager primært udgangspunkt i en Kleiniansk og objektrelationsteoretisk udviklingsforståelse, idet disse i høj grad danner grundlag for den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn, som den praktiseres i dag (jf. 1.1.1.1). Der drages dog ligeledes paralleller til andre retninger indenfor den psykoanalytiske tradition, hvor dette har relevans og synes at tilbyde noget ekstra til forståelsen af det omsorgssvigtede barn.

Et problematisk aspekt ved denne fremstilling er, at de anvendte teorier har fokus på spædbarnet og den tidligste udvikling. Børn som anbringes udenfor hjemmet som følge af omsorgssvigt er ofte ældre børn, og det er sjældent muligt med sikkerhed at afgøre, om de har været udsat for omsorgssvigt allerede som spædbørn, da anbringelsen sker på baggrund af det aktuelle omsorgssvigtende miljø. Dermed må anvendelsen af de teorier, som beskrives i det følgende, forudsætte, at de aspekter ved den tidlige omsorg, der fremstilles som afgørende for udviklingen, ligeledes må have en væsentlig betydning i barnets senere udvikling. Dette kan forsvares, idet der ligeledes er en forståelse indenfor de pågældende teorier af, at barnet påvirker og påvirkes af sine omgivelser gennem hele sin opvækst, selvom de tidlige relationer tildeles stor betydning.

### 2.3.1 Psykoanalytisk udviklingsteori og omsorgens betydning

Fælles for de psykoanalytiske teorier er, at de anerkender eksistensen af de ubevidste, psykiske processer, der påvirker menneskers liv og handlinger (Mortensen, 2001, p. 26; Lanyado & Horne, 2009, p. 160). Der er en forståelse af, at den emotionelle udvikling i de første leveår er afgørende for individets psykiske sundhed, og at den emotionelle udvikling i høj grad afhænger af de tidlige relationer og samspillet mellem barnet og den primære omsorgsgiver. Forståelsen af det omsorgssvigtede barn må indebære en forståelse af, hvad der er god nok omsorg, og som det vil fremgå, har de anvendte teorier særligt fokus på moderens evne til at tilpasse sig barnets signaler og behov, evnen til empatisk spejling samt til at rumme barnets projektioner<sup>15</sup>. Der er en teori om, at barnet har en medfødt tendens til udvikling, men at denne naturlige udvikling ikke vil ske, hvis ikke betingelserne er gode nok (eg. Winnicott, 1965/1996, p. 11).

#### 2.3.1.1 Den tidlige udvikling

Kleins udviklingsteori indebærer, at barnet bevæger sig fra en paranoid-skizoid position mod en depressiv position. Der er ikke tale om en faseteori som hos Freud,

---

<sup>15</sup> Begrebet projektion dækker over den psykiske proces, hvor barnet projicerer egne følelser og motiver ud af sig selv og tillægger disse til andre (Hunter, 2001, p. 180).

da de to positioner kan veksle gennem hele livet og dermed give anledning til skiftende måder, hvorpå oplevelsen af relationen til andre organiseres (Klein, 1946).

Den paranoid-skizoide position er præget af forfølgelsesangst og primitive forsvarsmekanismer såsom splitting og projektion. Objektet opleves kun som del-objekter, der grundet splittingen opleves som enten gode eller dårlige (ibid, p. 2; Klein, 1975, p. 153). I den depressive position kan mere modne forsvar, kreativitet og evnen til at symbolisere udvikles. Også barnets evne til at acceptere ambivalensen overfor objektet udvikles, således at barnet nu kan forstå objektet som en helhed indeholdende både de gode og dårlige del-objekter (Klein, 1946, p. 3). Dette indebærer integrationen af barnets egen personlighed til en helhed og indikerer en yderligere udvikling af objektrelationerne (Klein, 1975, p. 153; Winnicott, 1965/1996, p. 19). Disse ændringer er således et resultat af en øget evne til at integrere erfaringer og fører til et skift i den primære opmærksomhed fra selvets overlevelse til en bekymring for objektet. Dette giver anledning til følelser af tab, skyld og sorg, som er kendetegnende ved den depressive position, ligesom den også forbindes med en dæmpning af angsten (Diderichsen, 2000, p. 475).

Barnet er i udgangspunktet fuldstændigt afhængigt af de fysiske og emotionelle omgivelser, og derfor må omsorgspersonen med stor følsomhed kunne tilpasse sig barnets udtrykte behov (Winnicott, 1965/1996, p. 11). Barnets udvikling indebærer en gradvis bevægelse mod en større uafhængighed eller individuation (A. Freud, 1965/1968, p. 59; Winnicott, 1965/1996, p. 12). Hvis moderens omsorg ikke er god nok, vil det forårsage sammenbrud i individuationsprocessen, og barnets ægte selv vil ikke kunne formes eller bliver skjult bag et falsk selv (A. Freud, 1965/1968, p. 61; Winnicott, 1965/1996, p. 27).

### **2.3.1.2 Internaliserede relationer og erfaringer**

Som det fremgår af det foregående, spiller integreringen af barnets erfaringer en afgørende rolle for barnets gennearbejdning af positionerne. Helt grundlæggende indebærer barnets personlighedsudvikling internaliseringen af dets primære omsorgspersoner eller primære objekter samt relationen til disse<sup>16</sup>. Denne internaliseringsproces skaber nogle indre, organiserende strukturer, hvorom

---

<sup>16</sup> Det, der internaliseres, er ikke en kopi af det ydre objekt, men snarere barnets subjektive forarbejdning af relationen til den primære, ydre omsorgsperson.

forskellige teoretiske retninger benytter forskellige terminologier, men hvor der trods alt er store ligheder. Bowlby (1988/94) beskæftiger sig med arbejdsmodeller og tilknytningsmønstre, Stern (2000) kalder organiseringen for repræsentationer af generaliserede interaktioner, mens Klein (1955) og hendes efterfølgere betegner den indre organisering eller repræsentation med begrebet objektrelationer. Alle de nævnte strukturer er dannet på baggrund af barnets erfaringer og særligt de relationelle erfaringer i samspillet med omsorgsgiveren. Fælles er også antagelsen om, at de vil påvirke barnets fremtidige erfaringer og relationer, idet barnet på baggrund af disse internaliserede strukturer vil møde og opleve omgivelserne på en særlig måde (Winnicott, 1965/1996 p. 17; Skovborg & Jessen, 2011, p. 29).

Klein tillagde processerne internalisering (*introjection*)<sup>17</sup> og projektion afgørende betydning for barnets udvikling og dannelsen af objektrelationerne (Klein, 1975, p. 142f; Klein, 1946, p. 2). Fra helt spæd internaliserer barnet sine objekter, men de internaliserede objekter vækker også en angst i barnet, hvilket sætter gang i den projektive mekanisme, som indebærer, at barnet udskiller de uønskede følelser og objekter (Klein, 1975, p. 142). Klein indførte en skelnen mellem indre og ydre objekter, det vil sige mellem de faktiske personer og erfaringer i barnets liv og barnets indre, subjektive billeder af dem (Mortensen, 2001, p. 36), og det er disse indre billeder – objektrelationerne - som hovedsageligt bestemmer personlighedens struktur.

### **2.3.1.3 Projektiv identifikation og containment**

Objektrelationsteorien beskæftiger sig især med barnets ubevidste fantasier, og fra fødslen oplever barnet ingen adskillelse mellem fantasi og virkelighed (Mortensen, 2001, p. 121). Barnet føler sig i udgangspunktet omnipotent, idet moderens tilpasning til barnet skaber en oplevelse hos barnet af, at det selv skaber verden omkring sig. Der vil dog ske en gradvis indføring i virkeligheden, idet barnet vil udsættes for frustrationer, som udfordrer omnipotensen, men moderen må tilpasse denne frustration, så den er i overensstemmelse med barnets evne til at tolerere frustration (Winnicott, 1965/1996, p. 30).

---

<sup>17</sup> Begrebet *introjection* dækker over den psykiske proces, hvor ydre objekter, attituder, relationer og erfaringer internaliseres (Hunter, 2001, p. 179).

Et barn, som ikke oplever en god nok omsorg, vil frustreres og overvældes af angst, som kun kan håndteres gennem undgåelse eller benægtelse (Bion, 1962, p. 180). Barnet vil i højere grad benytte sig af projektiv identifikation, som er når barnet projicerer uønskede følelser over i moderen og derefter delvist identificerer hende med disse (Perry, 2001). Når den projektive identifikation dominerer, sker der en forvirring omkring opdelingen mellem selvet og det ydre objekt, hvilket leder til en øgning af angst og rigiditet (Bion, 1962, p. 180; Diderichsen, 2000, p. 474).

Hertil er Bions (1962) begreber om *containment* og *reverie* væsentlige. Bion beskrev, hvordan spædbarnet er for umodent til selv at bearbejde sine erfaringer, men at barnet kan projicere sine følelser til moderen, som ved at føle barnets følelse, holde fast i det og tænke over det kan bearbejde barnets følelser (Kenrick, 2000, p. 395). Containment er således, når moderen rummer barnet og dets følelser, mens reverie indebærer moderens opmærksomhed og tænkning om barnet, hvor følelserne kan gives tilbage til barnet i en meningsfuld form, som barnet kan tolerere (Bion, 1962, p. 182). Gennem denne proces udvikles barnets egen evne til at tænke og give mening til sine oplevelser og følelser. Normal udvikling forekommer, når barnet har mulighed for at projicere sine overvældende følelser, men hvis projektionerne ikke accepteres af moderen, bliver følelsen frataget al mening og barnet re-internaliserer i stedet en ubegribelig angst. Derefter vil barnet fortsætte med den projektive identifikation med øget styrke (ibid, p. 183).

Stern (2000) beskriver endvidere, hvordan omsorgspersonens affektive afstemning af barnets følelsestilstande er vigtig for barnets udvikling af viden om dets egen affektivitet og selvforfølelse (p. 192). Forælderen må være i stand til at aflæse barnets følelsestilstand ud fra barnets ydre adfærd, og forælderen skal udvise en adfærd, som på en eller anden måde modsvarer dette (ibid, p. 186f). Fonagy, Gergely, Jurist og Target (2002b) fremsætter, at moderens evne til at *spejle* barnets følelsesmæssige tilstand er signifikant for barnets tidlige udvikling af et selv (p. 190). Dette er alle måder at forstå næsten samme proces på, hvor forælderen giver mening til barnets oplevelse. Winnicotts begreb om *holding*, som består af en grundlæggende omsorg for barnet, har en tilsvarende afgørende funktion for barnets udvikling og er relateret til moderens evne til at identificere sig med barnet (Winnicott, 1965/1996, p. 30). Ifølge tilknytningsteorien vil et barn altid forsøge at skaffe sig adgang til sine omsorgspersoner, og på den måde afspejler tilknytningstypen barnets måde at håndtere den voksnes reaktioner på barnets følelsestilstande (Lind, 2003, p. 699). Det

er altså fælles for disse forståelser, at barnet og dets eventuelle følelsesmæssige problematikker ofte kan forstås ud fra disse tidlige samspil og omsorgspersonens evne til følelsesmæssig kontakt og forståelse.

#### **2.3.1.4 Forsvarsmekanismer**

Hvis belastningerne i omgivelserne er for store, hæmmes barnets udvikling, og det vil forsøge at beskytte sig selv mod de overvældende omgivelser og mod sit eget indre kaos (Killén, 2005, p. 146). Indenfor den psykoanalytiske teori er det en almindelig forståelse, at der indsættes nogle forsvarsmekanismer mod angstreaktionerne (eg. Klein, 1975, p. 93). Projektiv identifikation, splitting, undgåelse og benægtelse er alle eksempler på sådanne forsvarsmekanismer, men disse betragtes som forholdsvist primitive forsvar, mens andre forsvar betragtes som mere modne og hensigtsmæssige (Rosenbaum, 2007, p. 185). Barnet som grundet manglende containment oplever overvældende angst i den tidlige relation, vil ofte gå tilbage til (*regression*) eller fastlåses i (*fiksering*) mere primitive forsvar eller udviklingsfaser (Klein, 1946, p. 15). Fordi disse forsvarsmekanismer tidligere har været gavnlige for barnet, vil det måske holde meget rigtigt fast i tidligere strategier, selvom de i nye situationer kan være mindre hensigtsmæssige eller direkte hæmmende (Lanyado & Horne, 2009, p. 164).

#### **2.3.1.5 Fornemmelse for et selv**

Ifølge de psykoanalytiske teorier konstitueres barnets personlighed eller selv gennem samspil med andre. Barnets udvikling af en fornemmelse af selv involverer først og fremmest udviklingen af en fornemmelse for sin egen krop og dens fysiske afgrænsning, idet der på det tidligste udviklingsstadium ikke opleves nogen grænse mellem selv og ikke-selv (Horne, 2009, p. 28; Mortensen, 2001, p. 128). Det er, som tidligere nævnt, først i gennemarbejdningen af den depressive position, hvor barnet får en fornemmelse af både sig selv og objektet som en helhed, at objektet opleves som adskilt fra barnet selv (Winnicott, 1965/1996, p. 19). En etablering af et stabilt forhold mellem psyken og kroppen kræver, at omsorgspersonen i en rimelig grad tilpasser sig til barnets behov, og når denne tilpasning slår fejl, synes psyken ifølge Winnicott, at udvikle en eksistens, der kun løseligt relaterer sig til kropslige oplevelser (ibid, p. 13). Stern (2000) beskriver flere forskellige fornemmelser for

selv, som hver især indebærer nogle udviklingspotentialer hos barnet såsom barnets sanseintegration og selv-affektivitet, og det omsorgssvigtede barn kan også forstås som utilstrækkeligt udviklet i sine selvforfølelser (Rask & Tordrup, 2011, p. 11).

### **2.3.1.6 Reaktioner på omsorgssvigt**

Inden for den tilknytningsteoretiske tradition har man observeret spædbørn, som blev adskilt fra deres mor, og de tidligste reaktioner på deprivation har her vist sig at gennemgå forskellige faser. Først en fase med protest, hvor barnet græder og frustreres, som efterfølges af en fortvivelse, hvor barnet bliver apatisk, for til sidst tilsyneladende at stille sig tilfreds og miste interessen i sine forældre (Rutter, 1972, p. 29). Børn, som udsættes for omsorgssvigt i de første leveår, vil sandsynligt udvikle en usikker tilknytning eller en tilknytningsforstyrrelse (Killén, 2005, p. 143), og som det fremgår af de foregående afsnit, vil omsorgssvigtet kunne påvirke barnets emotionelle udvikling på flere områder – blandt andet barnets evne til selv at containe og give mening til egne følelser, at afstemme egen affektivitet samt barnets tendens til regression til primitive forsvarsmekanismer og udviklingspositioner.

Winnicott (1965/1996) mener, at noget af det, der sker i det depriverede barn, er, at had undertrykkes og evnen til at elske går tabt (p. 167). Han mener, at hadet sjældent er følt i det depriverede barn, men at hadet til verden må findes et eller andet sted, og at sundhed er afhængig af hadet (ibid, p. 166f). Han mener, at der er en udvikling i, at et depriveret barn gradvist kan blive vredt, og at det kan være nyttigt, at et depriveret barn er nedtrykt, da det antyder, at barnet har en vis personlighed, indlevelselsfølelse og ansvarsfølelse (ibid, p. 168).

Et barn, som er omsorgssvigtet og derfor anbragt på institution, kan godt have haft en god start på den spæde barndom, og da kan fundamentet for barnets psykiske sundhed godt være grundlagt, mens håndteringen af det spæde barn modsat kan have været så utilstrækkelig, at grundlæggelsen af den psykiske sundhed, når det gælder personlighedsstrukturer og realitetsfølelse, måske er mangelfuld (Winnicott, 1965/1996, p. 170). Ifølge denne forståelse afhænger konsekvenserne af omsorgssvigtet således af, om der har været nogle positive erfaringer tidligt i barnets liv, som har dannet et fundament for en sund psykisk udvikling.



## 3 Analyse - Metode

I det følgende præsenteres projektets analyse. Her redegøres der for de metodiske og videnskabsteoretiske overvejelser, der er gjort i forbindelse med analysen, og selve den analytiske metode og proces fremstilles.

### *3.1 Valg af metode*

Som helhed kan projektet forstås som en metateoretisk refleksion, hvilket vil sige en analyse og kritisk diskussion af teori og empiri (Rønn, 2006, p. 9). På baggrund af en nysgerrighed omkring anvendelsen af individuel psykoanalytisk psykoterapi med omsorgssvigtede, anbragte børn blev det besluttet at udføre en analyse af den eksisterende litteratur på området. Litteraturen består primært af artikler og tekster, som beskæftiger sig med casebeskrivelser, og de teoretiske og tekniske forståelser af denne specifikke klientgruppe synes primært at findes implicit i disse enkeltstående fremstillinger og forfatterens refleksioner omkring dem. Dette betyder, at det ofte kræver et godt kendskab til den psykoanalytiske teori og tilgang at kunne følge pointerne. På baggrund af denne erkendelse igangsattes en analyse af de materialer, som netop inddrager casebeskrivelser. Psykoanalysen har altid været en teori skabt under indflydelse af terapeutisk erfaring (Christensen, 2002, p. 55), og en del erfaring omkring psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn forefindes tilsyneladende allerede i litteraturen. Derfor udførtes analysen ud fra en forventning om, at den eksisterende litteratur på området kunne give en forståelse af det omsorgssvigtede, anbragte barn i terapi samt et indblik i de særlige omstændigheder, udfordringer, fordele og forbehold, som man muligvis må være opmærksom på, hvis man skal anvende og integrere den psykoanalytiske terapi i behandlingen af disse børn.

Analysen har dermed til formål at åbne for en forståelse af terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn som gruppe – en forståelse som endnu kun fremstår implicit i den eksisterende litteratur, hvor hvert tilfælde holdes adskilt fra hinanden. Hertil skal det dog understreges, at det stadig er afgørende, at terapeuten i det psykoterapeutiske møde bevarer oplevelsen af det unikke barn, så terapeuten ikke

lægger en hypotese eller en anden subjektiv ide til grund for sin oplevelse af barnets adfærd eller udsagn (Bion iflg. Gammelgaard, 2010, p. 360).

### *3.2 Psykoanalytisk empiri og materialets karakter*

Siden Freud udformede sin teori om neuroser, har den mest anvendte metode til udforskning og formidling af psykoanalytisk, klinisk arbejde været casemetoden (ibid, p. 355). Dette er også gældende for det børnepsykoterapeutiske felt. Her anvendes casemetoden både til teoretiseringer og illustrationer af teoretiske interventioner og problematikker samt til empirisk effektforskning (ibid, p. 357). Det undersøgte materiale i denne analyse er tekster, som anvender casematerialet illustrativt.

Analysens datamateriale har derfor også en særlig karakter, da det ikke blot er andres empiriske data, der underkastes en kvalitativ analyse. Materialet består i stedet af både vignetter, udpluk fra procesnoter, beskrivelser af hele terapeutiske forløb samt teoretiske og tekniske refleksioner omkring materialet. Det empiriske materiale fremlægges sammenvævet med forfatterens egne overvejelser og forståelser, og derved er det analytiske materiale i dette studie allerede behandlet analytisk og fortolket, hvilket vil gøre analysen mere kompleks.

Med henblik på den aktuelle analyse er det besluttet at forstå materialet som cases, som indeholder både empiriske eksempler og teoretiske forståelser eller tekniske refleksioner, som det sandsynligvis også ville være tilfældet i et kvalitativt interview. Både casebeskrivelserne og de teoretiske refleksioner underkastes den samme analytiske proces, men under analysen har der været en konstant opmærksomhed på, hvornår en terapeut beskriver et barns konkrete adfærd, og hvornår denne adfærd underlægges en teoretisk forståelse. Dette for at sikre en højere validitet af de resultater, som findes gennem analysen. Hertil må det dog understreges, at forfatterne af materialet har fremstillet sit materiale med et formål og i en bestemt kontekst, hvilket naturligvis har påvirket materialets udformning og indhold. Forfatterne har udvalgt og anvendt det empiriske materiale – ofte for at demonstrere eller illustrere en bestemt pointe eller undersøge en bestemt problematik indenfor feltet - hvorfor materialet aldrig kan være helt upåvirket af forfatterens teoretiske forståelse.

### 3.3 Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Til den aktuelle analyse er anvendt en kvalitativ metode, der søger at afdække og beskrive det kvalitative indhold i den eksisterende litteratur indenfor projektets problemfelt. Der er i projektet et ønske om at lave en eksplorativ undersøgelse, som kan åbne for en dybere forståelse af projektets genstandsfelt. Til selve analysen af materialet anvendes principperne fra *Interpretative phenomenological analysis* (IPA), hvilket vil blive beskrevet mere uddybende i et senere afsnit (jf. 3.5.2). Som det fremgår af analysemetodens titel, så indebærer denne analyse både en fænomenologisk og en fortolkende tilgang.

Fænomenologi er kort sagt ”læren om det, der kommer til syne eller fremtræder for en bevidsthed” (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010, p. 185). Når det drejer sig om fænomenologien i en kvalitativ forskningsramme, peger begrebet på en interesse i at forstå fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves af de personer, som indgår i undersøgelsen (ibid, p. 195). Den fænomenologiske analyse vedrører således forståelse frem for forklaring eller kausalitet (Karpatschof, 2007, p. 288). Det er netop formålet med den aktuelle analyse at skabe en forståelse og en beskrivelse af psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn, hvorfor den fænomenologiske tilgang er oplagt. Endvidere tager den fænomenologiske analyse, som nævnt, udgangspunkt i, at der er et menneskeligt subjekt, som oplever et givent fænomen (Karpatschof, 2007, p. 288; Langdridge, 2007, p. 1). Materialet til denne analyse er på sin vis udtryk for en sådan subjektivitet, idet det er terapeuters oplevelse af et psykoterapeutisk forløb med en given klient, som fremlægges. Det er terapeutens procesnoter, som danner udgangspunktet for casebeskrivelsen og dernæst den teoretiske bearbejdning af materialet. På baggrund af denne forståelse kan materialet sammenlignes med det kvalitative interview, hvor en interviewet terapeut beretter om sine oplevelser med psykoanalytisk psykoterapi med et eller flere omsorgssvigtede, anbragte børn. Man kunne forholde sig kritisk til, om man kan stole på terapeuternes fremlæggelser, og på om de reelt har indblik i de processer, som opstår i terapien. Men et væsentligt analytisk princip hos den fænomenologiske tilgang er netop bestræbelsen på en detaljeret og fordomsfri beskrivelse (Jacobsen et al, 2010, p. 197). Det er i analysen bestræbt at bevare denne ukritiske tilgang til materialet, men en analyse vil aldrig

blive fuldstændigt fordomsfri, idet man må erkende det forhold, at forskeren vil påvirke den analytiske proces (Langdridge, 2007, p. 4).

Som det blev fremhævet tidligere, er IPA ikke udelukkende fænomenologisk, men også fortolkende, og det er uundgåeligt, at forskeren vil påvirke analysen gennem sine fortolkninger. Projektets analyse udføres på grundlag af et teoretisk og praktisk kendskab til psykoanalysen og til den psykoanalytiske terapi med børn, og dette kendskab vil unægteligt påvirke analysen og fortolkningen af materialet. I det aktuelle studie bevirker datamaterialets karakter, at et kendskab til den teoretiske tilgang, som beskrives i materialet, er hensigtsmæssigt og måske endda en forudsætning for at kunne forstå materialet. I den forstand kan analysen sammenlignes med netop den analyse og fortolkning, som barnets aktivitet underlægges i en psykoterapeutisk sammenhæng. Ved en hermeneutisk analyse anvendes et bestemt fortolkningsgrundlag som udgangspunkt for en fortolkningsproces af en fortolkningsgenstand (Karpatschhof, 2007, p. 288). Dermed kan analysen forstås som havende et hermeneutisk grundlag samtidig med den fænomenologiske tilgang til materialet, selvom disse to forhold oprindeligt ville fremstå som modsætninger.

### ***3.4 Udvælgelse af analysemateriale***

Udvælgelsen af analysens materiale tog udgangspunkt i allerede kendt materiale omhandlende psykoanalytisk psykoterapi med omsorgssvigtede og/eller anbragte børn, som alt sammen indeholdt brug af cases, casebeskrivelser eller procesnoter. Der blev lavet en grundigere søgning på baggrund af den kendte litteraturs referencelister og gennem en søgning på den elektroniske søgemaskine psycNET, hvor der blev søgt på forskellige kombinationer af ordene: *psychotherapy*, *psychoanalysis*, *child*, *care*, *deprived* og *deprivation*. Denne søgning skulle sikre, at analysen inddrager al relevant og tilgængeligt materiale.

Al den indsamlede litteratur blev gennemgået og opdelt i cases, så hvert enkelt barn repræsenterede en enkelt case. Her identificeredes i alt 65 cases i det tilgængelige materiale. I en overfladisk gennemgang af materialet blev det identificeret, hvor gammelt hvert barn var, hvilken type omsorgssvigt barnet havde været udsat for, hvilken type anbringelse barnet var i, og om barnet var i et

individuelt, psykoterapeutisk forløb. Oversigten over den tilgængelige litteratur fremstilles i *Appendiks 1* bagest i projektet.

Det erfarede således, at der findes et forholdsvist omfangsrigt materiale af den karakter, som beskrives ovenfor. Ikke al materialet syntes dog lige relevant for projektets specifikke problemstilling, og derfor blev det besluttet at opstille nogle inklusions- og eksklusionskriterier for hvilke cases, som kunne inddrages i analysen. Der blev opstillet fem kriterier, som beskrives i det følgende:

### **1. Barnet skal kunne defineres som værende omsorgssvigtet på baggrund af projektets anvendelse af begrebet**

Det første kriterium var, at barnet naturligvis skulle kunne kategoriseres som værende tidligere omsorgssvigtet for at kunne indgå i analysen. Materialet var i forvejen udvalgt på baggrund af, at der arbejdes med omsorgssvigtede børn, men det var vigtigt at få klarhed over, om litteraturens forståelse af begrebet var foreneligt med begrebets anvendelse i det aktuelle projekt.

### **2. Barnet skal være anbragt på institution ved terapiens begyndelse**

Endnu et inklusionskriterium blev, at barnet skulle være anbragt på institution, da dette er projektets fokusgruppe. Dette betød, at meget anvendeligt og relevant materiale omkring omsorgssvigtede børn i terapi blev frasorteret, fordi børnene var anbragt i plejefamilier eller var blevet adopteret. Dog var det kun en forudsætning, at barnet var anbragt på institution ved terapiens begyndelse, da nogle studier beskriver en overgang fra institution til plejefamilie, hvor terapien spiller en væsentlig rolle.

### **3. Barnet skal være under 13 år gammel ved terapiens start**

Et mindre oplagt udvælgelseskriterium var, at barnet i den pågældende case ikke måtte være fyldt 13 år ved terapiens begyndelse. Dette skyldtes, at tidligere forskning indikerer, at unge mennesker reagerer anderledes på den psykoanalytiske terapi (jf. Midgley, 2009, p. 80), og hensigten i det aktuelle speciale har ikke været at sammenligne grupper. At fastsætte en skillelinie ved de 13 år er dog i en vis forstand en kunstig opdeling, da omsorgssvigtede børns biologiske alder sjældent fortæller meget om deres mentale tilstand eller generelle udvikling (Rask & Tordrup, 2011, p. 17). Denne grænse blev derfor sat, da det er den mest almene forståelse af, hvornår et

barn ikke længere kategoriseres som barn, men i stedet kan kategoriseres som teenager eller ung.

#### **4. Barnet skal gennemgå et individuelt psykoanalytisk psykoterapeutisk forløb**

Det viste sig, at noget af det fundne materiale omhandlede assessment af omsorgssvigtede og/eller anbragte børn, eller i nogle tilfælde blot beskrivelser af enkelte møder med disse børn. Da projektets problemstilling specifikt retter sig mod den psykoanalytiske psykoterapi, var det afgørende, at det var terapien, der blev undersøgt, og derfor blev dette et udvælgelseskriterium for analysens datamateriale.

#### **5. Materialet skal være tilgængeligt**

Der blev, som nævnt, foretaget en grundig litteratursøgning for at finde det samlede relevante analysemateriale, som kunne opfylde de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier. Gennem søgningen var det dog muligt at identificere materiale, som muligvis kunne have relevans for analysen, men som ikke var umiddelbart tilgængeligt. Dette materiale blev bestilt, men ikke al materiale kunne nå frem i tide for analysen, som måtte udføres indenfor et bestemt tidsrum grundet tidsbegrænsningen for specialet. Derfor blev et sidste inklusionskriterium tilføjet, om end ufrivilligt, og det var, at materialet skulle være tilgængeligt på tidspunktet for analysen for at kunne inddrages.

### ***3.5 Den analytiske proces***

I det følgende beskrives den egentlige analytiske proces. Alle analysens trin forsøges beskrevet på en måde, så det bliver gennemskueligt for læseren, hvordan projektets forfatter er nået til de resultater, som senere fremstilles.

#### **3.5.1 Forskningsspørgsmål**

Førend selve analysen af datamaterialet påbegyndtes, udfærdigedes syv forskningsspørgsmål, som skulle fokusere analysen mod de særligt væsentlige passager i det omfangsrige og brogede materiale. Dette er et punkt, hvor det hermeneutiske udgangspunkt træder frem, da det kræver et særligt fortolkningsgrundlag at kunne identificere, hvad der er det relevante i denne sammenhæng. For at vende tilbage til sammenligningen med det kvalitative

interview kan udfærdigelsen af disse forskningsspørgsmål sidestilles med, hvordan både forsknings- og interviewspørgsmål dirigerer interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 153). I det semistrukturerede interview gøres der samtidig også plads til nye, uventede temaer, som kunne dukke op undervejs (Tanggaard & Brinkmann, 2010a, p. 35). På samme måde forholder fortolkeren sig til datamaterialet i det aktuelle studie. Forskningsspørgsmålene dirigerer opmærksomheden mod det, som på baggrund af projektets oprindelige problemstilling må vurderes at have relevans for den endelige besvarelse, samtidig med at muligheden for, at ukendte aspekter træder frem, bevares grundet den fænomenologiske tilgang i analysen.

De syv forskningsspørgsmål er en kondensering af en lang række interesselspørgsmål, som er udarbejdet på baggrund af projektets forfatters nysgerrighed i forhold til projektets emne og problemstilling, hendes personlige og professionelle erfaringer samt et vist kendskab til den relevante teori og litteratur på området. Forskningsspørgsmålene fremstilles i skemaet herunder (*Skema 1*).

| Skema 1: Forskningsspørgsmål                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvilke problemstillinger beskrives som henvisningsårsagen for de omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn?                                                                             |
| Hvordan beskrives de omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn i terapien?                                                                                                              |
| Hvilken virkning har den psykoanalytiske psykoterapi, og hvad er udfaldet af terapiforløb med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn?                                                |
| Hvilke udfordringer eller tekniske problemstillinger opstår der i det terapeutiske arbejde med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn – og hvordan forholder terapeuten sig til dem? |
| Hvilke temaer "kommer op" og arbejdes der med i terapien med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn?                                                                                 |
| Hvad gør terapeuten, og hvad oplever hun, der virker?                                                                                                                                    |
| Hvordan opleves det af terapeuten at udføre psykoanalytisk, psykoterapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn? (Modoverføring)                                                  |

Selvom disse forskningsspørgsmål i udgangspunktet blot var tænkt som en måde at fokusere analysen på, får de en mere tydelig funktion i analysen. Hvor IPAens resultater bliver en række fælles temaer, som er identificeret på tværs af de 16 cases, bliver de opstillede forskningsspørgsmål strukturerende for en oversigt over de enkelte cases, som er med til at tydeliggøre den analytiske proces og dokumentere, hvor og hvordan de forskellige temaer kan identificeres i materialet (*Appendiks 2*).

### 3.5.2 IPA

Til selve analysen anvendes principperne for IPA, som er en tematisk analyseform, der indebærer gentagne, grundige gennemarbejdninger af analysematerialet for at identificere overordnede temaer i materialet (Smith & Osborn, 2008). Der findes ikke én rigtig måde at udføre en IPA på, og man må ofte tilpasse metoden til den specifikke undersøgelse, emne og problemstilling (ibid, p. 55).

IPAn består typisk af fire faser (ibid, p. 73). I denne analyse gennemføres hver enkelt fase for hver case, førend den næste fase påbegyndes indtil fjerde trin i analysen, hvor der dannes overordnede temaer på tværs af alle cases. Da processen er udført analogt, kan de enkelte faser desværre ikke dokumenteres.

Første fase indebærer en tekstnær gennemlæsning af materialet, som fokuseres omkring den iboende mening i teksten. Der tilføjes kommentarer i margen omkring meningen af de små segmenter i teksten med fokus på, hvad der sker i materialet, og hvad det specifikt fortæller om projektets genstandsfelt (ibid, p. 67).

Andet trin i analysen indebærer endnu en gennemlæsning af materialet, hvor de små meningssegmenter fra den første fase omdannes til mere meningsfyldte udsagn, som afspejler den bredere essentielle mening i større sektioner af teksten (ibid, 2008, p. 68). Igen noteres disse mindre temaer i teksten. Det er stadig en meget tekstnær proces, hvor der er opmærksomhed på, at de temaer, som defineres på baggrund af noterne fra den første fase, er i overensstemmelse med den mening, som umiddelbart fremtræder af teksten (Langdridge, 2007, p. 111).

Den næste del af processen indebærer at opliste alle de mindre temaer fra hver case separat fra det oprindelige tekstmateriale. Her udarbejdes der forbindelser mellem de forskellige meningssegmenter, og der dannes mere overordnede temaer for hver case (Langdridge, 2007, p. 111; Smith & Osborn, 2008, p. 70). Det er på dette trin i analysen, at der træffes en beslutning om at udarbejde en præsentation af hver enkelt case, førend det analyserede materiale samles til overordnede temaer. Der udformes en tabel (*Appendiks 2*), som viser, hvilken viden hver case bidrager med i forhold til de syv forskningsspørgsmål, som derved bliver strukturerende for tabellens udformning.

Dernæst samles temaerne fra samtlige cases, og de reorganiseres og forbindes på tværs, således at en række fællestemaer med både overordnede og underordnede temaer identificeres (jf. Smith & Osborn, 2008, p. 72). Denne proces blev gentaget af



flere omgange for at få reduceret antallet af temaer og finde frem til endnu oversete forbindelser mellem de forskellige temaer. I denne fase kan nogle temaer droppes, hvis de ikke passer ind i strukturen af temaer og ikke synes relevante for genstandsfeltet (ibid). I det aktuelle tilfælde blev temaer droppet, hvis de ikke omhandlede barnet i terapi, men i stedet primært var temaer, der relaterede sig til ydre forhold. Processen illustreres i *Appendiks 3*, hvor de 27 temaer, som først blev identificeret, opstilles og omdannes til syv grupperinger, hvorefter temaerne navngives. I denne del af processen kan der ifølge Langdridge (2007), laves flere forbindelser til teori, hvilket afspejles i den måde temaerne kategoriseres og navngives (p. 111).

I skemaet herunder (*Skema 2*) opstilles de endelige, overordnede temaer, som alle favner over et forskelligt antal undertemaer, og derfor er forholdsvist brede i deres indhold. Temaerne er fundet på baggrund af analysen af samtlige 16 cases, men selvom hvert tema vil være fremtrædende i flere cases, er det ikke nødvendigvis et tema i alle cases. Tabellen viser derfor ligeledes, i hvilke cases det specifikke tema har kunnet identificeres. Temaerne kan være mere eller mindre fremtrædende i den enkelte case.

| Skema 2: Analysens syv temaer |                                        |                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tema 1                        | Afhængighed og separation              | Vincent, Charlotte, Joseph, Donna, Bobby, Lesley, Chris, Tom, Keith, Ian, William, Rachel, Chloe |
| Tema 2                        | Idealisering og devaluering            | Charlotte, Joseph, Bobby, Lesley, Chris, Tom, Keith, Leroy, Rachel                               |
| Tema 3                        | Projektion og projektiv identifikation | Charlotte, Joseph, Lesley, Tom, Keith, Desmond, Leroy, William, Chloe                            |
| Tema 4                        | Mistillid og lave forventninger        | Vincent, Charlotte, Joseph, Donna, Lesley, Tom, Keith, Desmond, Leroy, Ian, Rachel, Chloe        |
| Tema 5                        | Barnets leg og aktivitet i terapien    | Vincent, Charlotte, Joseph, Lesley, Chris, Tom, Keith, Desmond, Leroy, Ian, Rachel, Chloe        |
| Tema 6                        | Psyiske grænser                        | Charlotte, Joseph, Donna, Lesley, Chris, Tom, Keith, Leroy, Ian, Rachel, Charles, Chloe          |
| Tema 7                        | Smerten og modstand i terapi           | Joseph, Lesley, Tom, Keith, Desmond, Ian, Chloe                                                  |

Den sidste del af den analytiske proces ved IPA indebærer at vende tilbage til den originale tekst og præsentere hvert enkelt tema, som understøttes med referencer til det oprindelige analysemateriale (ibid). Dette gøres i det følgende afsnit *Præsentation af temaer*.

Den i det foregående beskrevne analysemetode adskiller sig fra den klassiske IPA, da der ikke i særdeleshed er fokus på subjektets *oplevelse* af et bestemt fænomen. Målet med analysen er ikke at undersøge, hvordan en enkelt terapeut oplever en specifik terapi, selvom selve analysematerialet i og for sig består af terapeuters formidling af netop dette. Gennem analysen af hver case undersøges hver enkelt terapeuts syn på og oplevelse af emnet, men idet alle cases forenes i en samlet analyse, hvor fællestemaer identificeres på tværs af de mange cases, bevæger analysen sig væk fra den subjektive erfaring mod en generalisering af indtryk fra psykoanalytiske psykoterapier med omsorgssvigtede, anbragte børn<sup>18</sup>. Det er dette samlede indtryk, som præsenteres for hvert enkelt tema i det følgende.

---

<sup>18</sup> En diskussion af den metodiske tilgang og analysens anvendelighed ud fra videnskabelige kriterier forekommer senere i projektet (jf. 5).

## 4 Analyse - Præsentation af temaer

I det følgende fremstilles de syv overordnede temaer hver for sig. Hvert tema beskrives, illustreres og dokumenteres ved hjælp af citater fra og henvisninger til det oprindelige analysemateriale. Hvert tema kan indeholde flere undertemaer, som det fremgår af *Appendiks 3*, men disse markeres ikke eksplicit i teksten, da de er overlappende og svære at adskille, og netop derfor er grupperet under det samme tema.

Gennem den følgende dokumentation af temaerne bliver det tydeligt, hvordan både den fænomenologiske og den fortolkende tilgang til materialet har gjort sig gældende gennem analysen. Det fænomenologiske fremgår ved, at analysen har været meget tekstnær, og derfor kan temaerne ubesværet forbindes til specifikke passager og udsnit af materialet. Samtidig har flere af temaernes titler og beskrivelser krævet en fortolkning af materialet, som tydeligt viser det psykoanalytiske fortolkningsgrundlag. Et eksempel på dette er temaet *Projektion og projektiv identifikation* (Tema 3). Titlen indeholder psykoanalytiske begreber, hvilket betyder, at det materiale, som beskrives under dette tema, er blevet fortolket som eksempler på projektion eller projektiv identifikation. Når der anvendes et psykoanalytisk fortolkningsgrundlag til analysen af psykoanalytisk casemateriale, vil projektion uundgåeligt kunne identificeres som et tema. Formålet med beskrivelsen af temaet er derfor ikke blot at illustrere, at temaet er til stede, men hvad det er, der i materialet kan forstås som projektion og projektiv identifikation, og på hvilken måde disse processer udspiller sig i materialet omhandlende omsorgssvigtede og anbragte børn.

Når der skal refereres til casene i beskrivelserne af temaerne, refereres der til børnenes navne og ikke til forfatterne af den givne tekst. Dette for at eksplicitere, at der er tale om forskellige cases, selvom det er samme forfatter, der har udgivet materialet. Dette skyldes endvidere, at forfatterne ikke altid er terapeuterne, og det ville derfor være misvisende at referere til disse. Det fremgår af *Appendiks 2*, hvilke referencer hver case er knyttet til.

I ovenstående skema (*Skema 2*) illustreres det, i hvilke cases det enkelte tema er identificeret, men ikke alle disse cases kan inddrages i beskrivelsen af hvert tema, da dette bliver for omfattende. De steder, hvor en specifik case fremhæves, og citater inddrages, anvendes derfor til at illustrere eller eksemplificere det bredere tema.

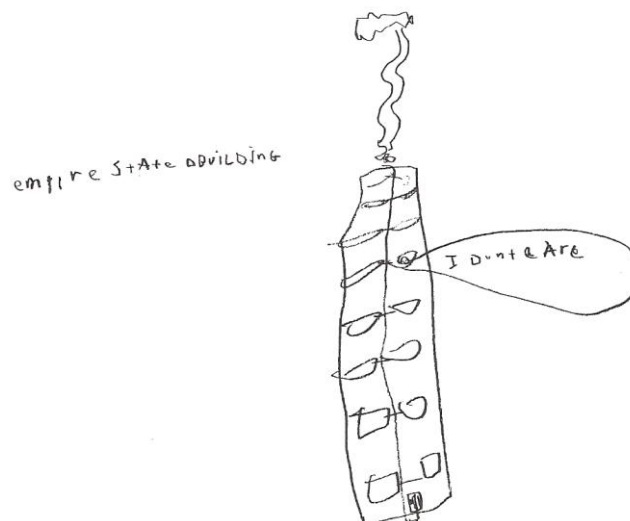
Variationer af disse eksempler vil kunne findes i de resterende cases, hvilket oftest også vil fremgå af *Appendiks 2*.

## 4.1 Tema 1: Afhængighed og separathed

Noget af det, som stod tydeligt frem i det meste af det analyserede materiale, var børnenes ambivalens i forhold til afhængighed og uafhængighed, sårbarhed og usårlighed, forbundenhed og separathed. Dette danner grundlag for det første tema.

Flere af børnene udviser en omnipotent, ubekymret eller indifferent attitude, som udstråler, at barnet har det fint og ikke er afhængigt af terapeuten for dette. Josephs tegning (*Figur 2*) viser tydeligt, hvordan denne ubekymrede attitude fastholdes i situationer, som burde være angstvækkende, mens faren og angsten fornægtes: *"He doesn't care! He isn't afraid"* (p. 53)<sup>19</sup>. Tom (p. 37) smider alle sine legetøjsfigurer ud af vinduet, hvilket i konteksten kan forstås som en måde at skaffe sig af med alt det, der kan tolkes som sårbare sider af ham selv. På denne måde afviser flere af børnene deres egen angst, bekymring og sårbarhed, men de fleste gange synes dette at have en meget overfladisk karakter. Det er særligt tydeligt hos Lesley (p. 13), som siger: *"Anyway I can't be sad, can I? Because I'm always smiling"*.

Figur 2. Joseph's tegning (indsat fra Hunter, 2001, p. 54)



---

<sup>19</sup> Dette er et eksempel på referenceteknikken i dette afsnit. Der refereres til Joseph's case, som ifølge *Appendiks 2* kan findes i Hunter (2001). Sidetallet refererer til det oprindelige materiale.

Modsat den omnipotente og ubekymrede attitude, fremstår flere af børnene også som trængende og umættelige. Donna (p. 103) fodrer på en desperat måde sin tegning af en pige med papirmad og er ligeledes optaget af, at pigen af papir skal klistres "*to something stronger*", så hun kan stå. På denne måde udtrykker Donna måske sine egne behov, hvor sammenklæbningen må forstås som det modsatte af separatheden, og det at skulle klistres til noget stærkere udtrykker et behov for støtte.

Som nævnt er det dog en ambivalens, som præger terapien med de fleste af børnene. De udviser både en omnipotent og afvisende attitude, samtidig med at afhængighed, sårbarhed og infantile behov udtrykkes i det terapeutiske materiale. Dette kommer tydeligt til udtryk i terapeutens oplevelse og beskrivelse af Keith (p. 41): "*He has sometimes looked tiny and fragile, vulnerable to an extreme degree; at other times he has carried himself with a jaunty, cavalier manner conveying a kind of deft, quick cynicism*". Beskrivelsen af en af Chloe's lege (p. 13), beskriver også disse skift mellem afhængigheden og sårbarheden på den ene side og omnipotensen og uafhængigheden på den anden. I legen er terapeuten og Chloe to børn, som er på en telttur, hvor der er farer og varulve om natten: "*they would alternately venture out bravely with torches and knives, or cower fearfully in their tent*".

Separation og afhængighed er et typisk tema for de fleste børn i terapi, hvorfor der ofte arbejdes meget med afsked og pauser indenfor den psykoanalytiske terapiform. Men i de analyserede cases synes temaet særligt fremtrædende, og tilstedeværelsen af dette tema synes på en eller anden måde at have en særlig desperat karakter. Pauserne fremstilles også som særlige udfordringer i enkelte cases – for eksempel med Joseph (p. 64), som altid vender tilbage fra en pause med en fjern og benægtende attitude, hvor han nærmest ikke skænker terapeuten et blik.

Børnenes tendens til at afvise den sårbare side af dem selv og præsentere et uafhængigt selv, viser sig også i, at barnet i udgangspunktet ikke har interesse i kontakten til terapeuten (Vincent, p. 18), eller det har svært ved at lade sig selv tage imod den emotionelle omsorg (Chloe, p. 11). På den måde afviser børnene terapeutens forsøg på at hjælpe. Ians terapeut beskriver eksempelvis: "*Ian seemed intent on shaking me out of any smug thoughts I might have about being helpful, and having the uselessness of what I was giving brought home instead*" (p. 78).

## 4.2 Tema 2: Idealisering og devaluering

Barnets tendens til idealisering og devaluering gjorde sig gældende flere steder i det analyserede materiale. I Bobbys eksempel viser det sig ved, at han indledningsvist i terapien er modtagelig for alt, hvad terapeuten tilbyder, og der sker en idealisering af terapien (Bobby, p. 2). Senere i terapien skifter dette: *"She [the therapist] received the full force of his [Bobby's] acute resentment and hate against parental figures experienced as cruelly abandoning"* (ibid). De to forståelser af terapeuten synes i udgangspunktet uforenelige for Bobby, og det er først senere i terapien, at han kan nuancere sin relation og interaktion med terapeuten.

Hos Joseph viser temaet sig ved, at han i terapien devaluerer sin mor, mens han idealiserer sin far, hvilket kommer til udtryk i den måde faderen portrætteres i Josephs billeder (eg. p. 57). Joseph indrømmer gerne, at han beundrer faderens styrke, men vil ikke indrømme, at han samtidig er bange for faderens aggression, selvom hans materiale tyder på det, og realiteterne omkring faderen retfærdiggør det (ibid). De fleste af børnene synes på samme måde at idealisere og bevare en loyalitet overfor forældrene på trods af det omsorgssvigt, som de har været udsat for (Lesley, p. 19; Chris, p. 21; Rachel, p. 93). Temaet ses også hos Lesley (p. 14), som idealiserer og devaluerer henholdsvis og skiftevis sin gamle og sin nye terapeut, mens Chris (p. 29) i stedet laver en sådan opdeling mellem de personer, som står for hendes omsorg på institutionen. Den person, som står hende nærmest, devalueres, mens andre idealiseres.

Hos Leroy (p. 64) kommer devalueringen og idealiseringen til udtryk på en anderledes måde – nemlig i institutionspersonalets oplevelser og beskrivelser af Leroy. Hos nogle skaber Leroy frustration og voldsomme magtudøvelser, mens han hos andre vækker varme og ømme følelser. På denne måde sker der således også en reel splittelse mellem de mennesker, som er omkring Leroy, og ikke blot i Leroys oplevelse eller fremstilling af dem.

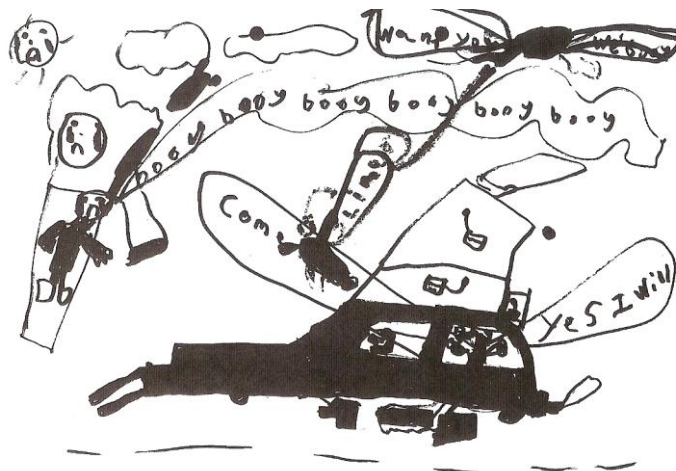
Som et undertema til dette tema er børnenes forvirring omkring, hvad der er godt og dårligt. Denne kategorisering er lavet, da der kan være en forbindelse mellem tendensen til at opdele omgivelserne i devaluerede og idealiserede kvaliteter og denne forvirring omkring dårligt og godt. Man kan eksempelvis se denne forvirring hos Tom i det følgende: *"While drawing he [Tom] got up and went to the sink to drink, commenting on the water which he said was 'dirty, like chocolate'"* (p. 35).

Det, at vandet både er noget beskidt og samtidig er chokolade, illustrerer, hvad der menes med denne forvirring. Også i materialet fra Keiths terapi er der en passage, som kan forstås som hans forvirring omkring, hvorvidt terapien skal ses som noget godt eller dårligt: *"Keith couldn't keep still, jumping around the room and yelling over and over, 'How much time? How much time?'. I [the therapist] asked him how much he felt he needed. Furious, he shouted, '200.000 years to destroy the world'"* (Keith, p. 42). Terapien går her fra at være noget godt, som Keith umiddelbart er bange for ikke at få nok af, til at være en destruktiv proces.

### 4.3 Tema 3: Projektion og projektiv identifikation

Tema 3 handler om, hvordan barnet i terapien får terapeuten til at føle netop de ting, som barnet selv tager afstand fra, hvilket som tidligere nævnt er det essentielle ved de to begreber projektion og projektiv identifikation. Et vigtigt undertema til dette tema er terapeutens oplevelser og følelser i terapien, hvad der tidligere er blevet beskrevet som modoverføring (jf. 2.2.1). Modoverføringen bliver essentiel her, da det ofte er modoverføringen, der fortæller noget om projektionens karakter.

Leroy (p. 64) ignorerer sin terapeut og er fuldstændig stille i terapien. Terapeuten beskriver sin oplevelse af, at Leroy har lukket sig selv inde på et fort, hvor terapeuten er fjenden. Dette kan forstås som projektiv identifikation, hvor Leroy selv undgår at være den, som føler sig lukket ude, mens terapeuten kan føle sig ubrugelig og afvist. Et andet eksempel kan findes i en passage fra Josephs terapi, hvor han tegner en tegning af sig selv på vej på ferie og af en dreng, der ligger på jorden i regnen, som ikke må komme med (Figur 3).



Figur 3. Joseph's tegning (indsat fra Hunter, 2001, p. 61)

Joseph griner og fryder sig over drengens ulykke (p. 60). Med tanke på Tema 1 kan denne sekvens forstås sådan, at Joseph projicerer de uønskede følelser af forladthed, ensomhed og ulykkelighed over i drengen på tegningen, mens han selv får lov at være ubekymret og omnipotent, hvorefter han kan tage afstand til drengen og latterliggøre ham.

Mens nogle følelser projiceres væk fra barnet og identificeres med terapeuten, har flere børnene en tendens til selv at identificere sig med aggressoren. Dette kan eksempelvis ses i et udsnit fra Charlottes terapi, hvor hun taler om filmen *Jaws*:

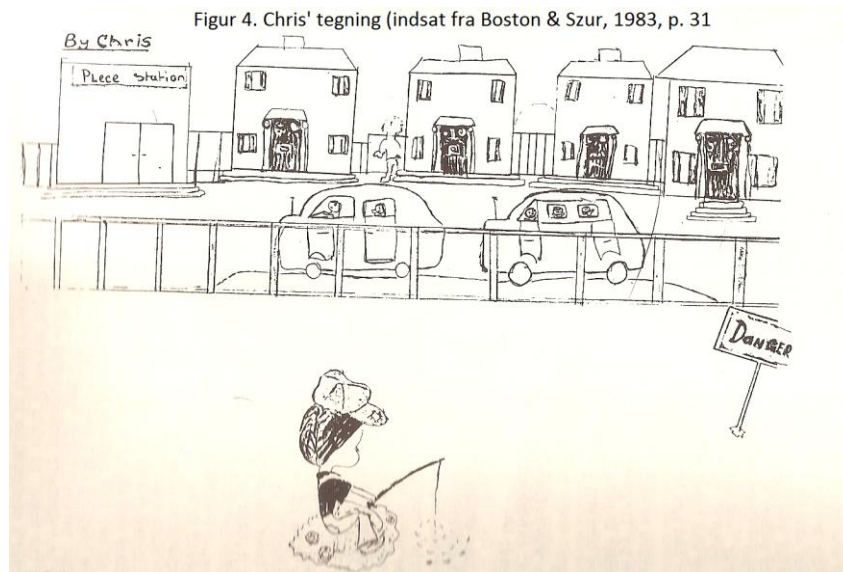
“‘They tricked him’, she sobbed. ‘He thought it was something to eat but it was all wees and poos and bad poison and bad food poison and when he bit it, it was a bomb. He got exploded into pieces’. [...]. ‘Would you kill the shark?’ she asked anxiously” (Charlotte, p. 82).

Charlotte identificerer sig tilsyneladende med hajen, og er derfor bekymret for, hvad terapeuten mener, at man bør stille op med sådan en destruktiv og aggressiv haj. På samme tid identificeres terapeuten derved også som en mulig aggressor, og denne forvirring eller skift i projektioner præger ligeledes en del af det analyserede materiale. Disse skift ses hos Desmond (pp. 52-54), som både skaber en situation, hvor han selv er den destruktive eller kølige overmand, mens terapeuten får rollen som offer, men samtidig gør han det ofte svært for terapeuten ikke at udleve en forfølgerrolle på grund af hendes modoverføring.

Det, at barnet identificerer sig med aggressoren, kan forbindes til et undertema til Tema 3, som er mere implicit i materialet. Flere steder i materialet får man som læser indtryk af, at børnene selv har en oplevelse af, at de indeholder noget ondt eller dårligt. Keith (p. 41), som er meget kontrolleret i sin terapi, synes eksempelvis at være bange for, hvad der vil ske, hvis han slipper sig selv løs i terapien, og hans fantasi om dette udtrykkes muligvis i denne passage: *“he [Keith] drew an orderly ship on a flat and waveless ocean. He was upset when some black got out of the ship and into the, as yet, unperturbed sea”*. På Chris’ tegning (Figur 4) ser man ordet ‘Danger’ på et skilt, men det er uklart, hvad det er på billedet, der er farligt og advares imod. Det er muligt, at det faktisk er Chris selv, som også ses på tegningen, der er farlig, da skiltet er placeret på hendes side af hegnet. Dette kan



således være et udtryk for barnets forestilling om at have noget sort og dårligt i sig selv, som skaber fare eller medfører ulykke (jf. Tema 4).



Mange af børnene er helt konkret meget ukontrollerede, aggressive og destruktive i terapien, hvilket vækker stærke modoverføringsfølelser hos terapeuten. Charlotte laver deciderede fysiske angreb på terapeuten, og Tom er destruktiv overfor rummet, mens Joseph viser sin aggression gennem sine tegninger (Charlotte, p. 76; Tom, p. 35; Joseph, p. 56). Hunter beskriver, hvordan den ukontrollerede adfærd er svær at udholde, og at den ikke skaber meget plads for terapeuten til at tænke (Hunter, 2001, p. 74). Adfærden kan skabe forvirring (Charlotte, p. 75) og overvældelse, fortvivlelse og vrede (Tom, p. 36f; Leroy, p. 65), hjælpeløshed og ydmygelse (Tom, p. 38). Når William (p. 90) ødelægger sine tøjdyr eller det, han har arbejdet på, er det terapeuten, som må opleve chokket og sorgen over det, som om disse følelser netop projiceres over i terapeuten. Børnene udsætter sig selv eller deres legetøj for fare, men mens børnene selv forholder sig ubekymrede og omnipotente, må angsten og bekymringen i stedet føles af terapeuterne (Charlotte, p. 74; Chloe, p. 13). Lesleys terapeut skriver: *"If anyone was to feel deprived, she implied, it would have to be me"* (p. 16).

#### 4.4 Tema 4: Mistillid og lave forventninger

Et tema, som gør sig gældende i meget af materialet, men som umiddelbart viser sig mere implicit i barnets adfærd og udtalelser er en konstant stemning af mistillid og lave forventninger – til andre, til relationer, til terapien og til, hvad barnet fortjener.

Mistilliden til relationer og relationers kontinuitet udtrykkes ofte i forbindelse med pauser. Desmond (pp. 51-55) opfatter pauserne som *"the end"*, hvilket var en del af mange af hans lege. Der er umiddelbart ikke en tiltro til, at terapeuten eller relationen stadig vil være der efter en pause. På samme måde viser Vincent (p. 19) en usikkerhed i forhold til, om der virkelig vil være en næste gang, da han ved enden af sessionen inden ferien siger: *"Oh it's a hole. He's fallen down there... we'll get him out next time... maybe"*.

Leroy (p. 64f) finder en ro i at komme i terapien på grund af de rammer og den struktur, som terapien tilbyder, men han afviser alle terapeutens forsøg på kontakt og oplever det tilsyneladende som invaderende eller som angreb, når terapeuten forsøger at lave terapi. Han synes ikke at forvente, at terapien og relationen til terapeuten tilbyder ham noget positivt.

Forventningen hos flere af børnene er tilsyneladende, at omgivelserne er uforudsigelige, og at man ikke kan stole på dem. Chloe (p. 13) demonstrerer dette i sin leg, hvor det ikke er til at vide, om den voksne vil passe på én eller angribe én: *"Sometimes the Scoutmaster would save them, but sometimes he would turn 'mad', and merge with the werewolf, prowling and waiting in the dark"*. Josephs fortællinger, som knytter sig til hans tegninger, viser også hvordan omgivelserne er uforudsigelige og uigennemskuelige: *"These pictures [...] also portrayed an idea of trickery and mockery. Real alarms and false alarms are present. Is someone playing a joke on the helpers? Things are not what they seem and there is no way to tell real from false"* (Joseph, p. 60). Flere steder i materialet demonstrerer børnene også en manglende tiltro til, at voksne kan eller vil hjælpe dem, redde dem eller passe på dem (Charlotte, p. 79; Lesley, p. 16; Vincent, p. 19).

Et sidste element af dette tema er det indtryk, som børnene giver af kun at forvente dårlige ting til sig selv og forvente, at de aldrig får nok. Vincents konstante overraskelse over det, der tildeles ham, er et eksempel på dette: *"Are these new paints then"* og *"Is this mine now?"* (p. 18), og Keith, der hele tiden spørger: *"How long have I got? How long have I got?"* (p. 41), udtrykker ligeledes en konstant følelse af ikke at få nok eller en forventning om, at der ikke er nok til ham. Forventningen om det dårlige kommer også nogle steder til udtryk som en klagen. Eksempelvis bliver Tom (p. 36) ved at klage over, at hans legetøjsskuffe er den nederste af skufferne i kommoden, og Keith (p. 42) klager over, at hans terapi ikke foregår højere oppe i bygningen, hvor han er sikker på, at andre børn har terapi.

Fælles er følelsen af ikke at få noget, der er godt nok, og en forventning om at blive placeret nederst i hierarkiet og fortjene mindst. Det kan også komme til udtryk som en forventning om, at ting forsvinder eller bliver taget fra barnet, som hos Ian: *"During the session he repeatedly complained of not being able to find things in his box, scrabbling inside it and asking if I knew"* (p. 77).

Hos flere af børnene handler dette tema måske også om, at de føler, at de kun fortjener dårlige ting, fordi de selv er dårlige (jf. Tema 3). Flere af børnene var nemlig optaget af straf og hævn, og syntes at forvente dette. Vincent (p. 18) skyndte sig ængsteligt at fjerne modellervoksen fra bordet, som om han var bekymret for, om han kom til at svine i rummet, og hvad terapeuten i så fald ville gøre, og Lesley (p. 16) sang ofte om en lille pige: *"[...] who had died and wanted to go to heaven to be a queen, but God had said that as she had been naughty she would have to go to hell"*.

## 4.5 Tema 5: Barnets leg og aktivitet i terapien

Det er karakteristisk for flere af analysens cases, at børnene 'fylder rummet' med hyperaktivitet, for eksempel som Chloe (pp. 10-16), der rikochetterer rundt i hele rummet og springer fra et stykke legetøj til et andet, eller som Ian (p. 76), der bombarderer terapeuten med spørgsmål uden at vente på svar. Børnenes aktivitet synes i flere af tilfældene at være en form for inaktivitet eller tilfældig og meningsløs aktivitet. Vincents terapeut beskriver en *"air of boredom"* (p. 18), mens Ians aktivitet beskrives således: *"The activities had the familiar, somewhat hopeless, endless, slightly accusatory air about them"* (p. 79). Dette velkendte og endeløse går igen hos flere af børnene, hvis aktiviteter og materiale præges af gentagelser (Joseph, p. 53; Charlotte, p. 84).

Materialet kommer til at fremstå som tomt og meningsløst for terapeuten, fordi flere af børnene synes at have svært ved at anvende symboler og symbolsk leg. Om Ian står der: *"Only on rare occasions was he able to achieve a perspective on his experience which could enable him to describe it, verbally or even through play"* (p. 76). Evnen til at symbolisere synes dog til gengæld at være noget af det, som udvikles hos flere af børnene i løbet af deres terapi (eg. Charlotte, p. 86). Blandt andet hos Chloe (p. 13) findes der også nogle tydelige eksempler på, hvordan legen kan fungere som en måde at udleve fantasier på eller som en måde at kommunikere

omkring virkelige oplevelser, som er svære for barnet at sætte ord på. Der sker i de fleste cases en vekslen mellem den meningsløse inaktivitet eller hyperaktivitet og egentlig symbolsk leg og kommunikation. Den meningsløse aktivitet synes at være tydeligst, når der er meget angst i rummet, og der er noget, der er svært for barnet at håndtere.

Når børnene evner at udtrykke sig gennem symbolsk leg, synes der at være nogle centrale temaer eller symboler, som er fælles for flere af børnenes materiale. Disse dækker over de undertemaer, der, som det ses i *Appendiks 3*, er kategoriseret under dette tema. Disse uddybes kort i det følgende.

Børnene leger mange 'farlige lege', hvor der hele tiden er en konstant trussel om ulykke. Der er lege fyldt med politi og røvere, farlige afgrunde, vilde jagtscener og redningsaktioner (Chloe, p. 12; Charlotte, p. 79; Joseph, p. 60; Desmond, p. 55). Faren ses meget eksplicit i Chris' billede med skiltet 'Danger' (*Figur 4*), og i Josephs billeder er figurerne altid i fare eller på vej i fare (eg. p. 53).

Faren er ofte forbundet med huller eller afgrunde, hvor barnet eller nogen i legen risikerer at falde eller blive tabt: "*Six brick were arranged in pairs on top of each other and she told me that this was a shop. Above this she placed a roof brick and balanced precariously on the roof she set the girl doll that she always used to represent herself*" (Lesley, p. 17). Charlottes leg illustrerer en uvished omkring, hvornår man er i sikkerhed: "*The baby's bed is on that high ledge?*" I [the therapist] ask, disapprovingly. She [Charlotte] is insistent, 'Yes, the baby is sleeping on a cliff'. She tells me that 'it may fall over or it may balance'" (Charlotte, p. 71).

Jalousi eller misundelse er endnu et fremtrædende tema i materialet, som blandt andet viser sig ved børnenes overbevisning om, at andre børn får mere eller noget bedre af terapeuten (Tom, p. 36; Keith, p. 42; Ian, p. 77; Rachel, p. 95). Jalousien kommer til udtryk på en meget desperat og anklagende måde, som da Keith (p. 43) opdager sin terapeuts medaljon: "*[...] before I [terapeuten] knew what was happening Keith had ripped it from my neck and was desperately trying to open it to see 'the baby inside that you love best'*". I forlængelse af jalousien centrerer flere af børnenes materiale sig ligeledes omkring en grådighed eller en mangeltilstand, som ofte er forbundet til materielle goder og særligt mad. I Charlottes leg (p. 82) er det Woody Woodpecker, som får rollen som den grådige, der aldrig kan få nok: "*When you wake up in the morning all the house is eaten up and Woody Woodpecker is snoring! He's eaten everything! All he food, all the chairs and table, all the cups and*

*saucers*'''. I andre tilfælde kommer grådigheden dog mere eksplicit til udtryk i børnenes klager over ikke at få nok eller få det samme som de andre (eg. Lesley, p. 12).

Endnu et tema, som dukker op i flere af analysens cases, handler om det at blive væk og blive fundet. Charlotte (p. 80) og Chloe (p. 11) leger begge gemmeleg med terapeuten og vil meget gerne findes. Flere af børnene udviser også en angst for at blive glemt og en angst for at blive væk, når man ikke er sammen.

Et sidste tema, som syntes iøjefaldende i materialet, var det, at flere af børnene var meget optagede af affald eller afføring. Charlotte (p. 74f) truer med at smøre urin og afføring på terapeuten og stopper gentagende gange terapeutens toilet, og også Keith (p. 44) er optaget af kloaker og afløb. Både Charlotte og Keith laver også en sammenblanding mellem babyer og afføring eller affald, som om de to ting ikke kan adskilles.

## 4.6 Tema 6: Psykiske grænser

Et tema, som viser sig flere steder i materialet, er barnets manglende fornemmelse for eller forvirring omkring grænser. Dette er både grænserne mellem barnet og andre og grænsen mellem barnets eget fysiske og psykiske.

Ian (p. 78) har tilsyneladende en forestilling om, at når han selv bliver forvirret, må terapeuten også være det: *"[...] Ian began asking if it was the holidays next week (which it was not). He said that he had lost the paper with the dates on... had I decided when the holidays were?"*. Chloe (p. 13) forventer, at terapeuten oplever det samme, som hende selv eller har adgang til Chloes oplevelser: *"She asked me if I [the therapist] could hear it. Could I hear the noise inside her head?"*. Også Charlotte (p. 76) udviser en forvirring omkring, hvem der føler og oplever hvad, da hun fortæller sin terapeut, at hendes tunge er øm og siger: *"Feel how sore it is"* og vil have terapeuten til at røre den.

Temaet omkring grænsen mellem det fysiske og psykiske viser sig i børnenes optagethed af at få opfyldt fysiske behov frem for psykiske. Tom (p. 38) klager over at have (fysisk) ondt, Rachel (p. 94) fortærer grådigt en appelsin i terapien, mens Keith (p. 41) spørger terapeuten, om han vil få appelsinjuice. De fleste af børnene udtrykker også deres følelser på en fysisk måde ved eksempelvis at ødelægge noget

eller smide sit legetøj ud, når barnet umiddelbart føler sig såret eller vred (eg. Tom, p. 38).

Hos Chris (p. 32) prioriteres det fysiske også i kontakten til terapeuten: "[...] *she needed to touch me, wanting me to hold her [...]. She seemed unable to experience contact and acceptance in terms of understanding and empathy [...]*". Denne forbindelse eller forvirring mellem det fysiske og psykiske illustreres ligeledes i det, at Chris' adfærd i terapien er præget af en seksualiseret karakter, hvor masturbation tilsyneladende kan bruges til at berolige hende selv og muligvis også tilfredsstille nogle behov, som hun ikke føler, at hun får fra terapeuten (ibid).

## 4.7 Tema 7: Smerten og modstanden i terapi

Tema 7 omhandler nogle fremtrædende aspekter ved det analyserede materiale, som viser en modstand overfor terapien eller en smerte, som både terapeuterne og mange af børnene forbinder med terapien.

Tom (p. 36) afviser alt, hvad terapeuten siger, som kunne få ham i kontakt med sin jalousi og sine infantile behov, og Desmond (p. 52) oplever tilsyneladende terapeutens ord som angreb og synes at forsøge at ødelægge alle forsøg på at finde en mening i terapien. Disse tendenser fremstår som en modstand mod terapien, som også ses hos Lesley (p. 18), der hurtigt forsvinder ud af den meningsfyldte kontakt: "*I [the therapist] picked up the tenderness and, no sooner had I done so, than she began to make jokes with the singing*".

Chloe (p. 12) siger, at terapi får hende til at tænke, men også at: "*All this thinking is giving me a headache*". I en anden sammenhæng siger hun ligeledes om terapien: "*It's so painful it makes me hurt inside*" (Chloe, p. 14). Et eksempel fra materialet omkring Keith (p. 42), viser også denne smerte:

"Keith seemed torn between allowing the birth of those phantasies and smashing their tentative beginnings. His play suggested some wish to know about his past and what had happened to him, but the pain which this aroused was more than he could bear and he would try to obliterate the meaning of his thoughts and feelings by attacking them in me".

Der synes at være en modstand mod at ville fralægge sig tidligere strategier, hvilket tydeligst ses i Ians eksempel (p. 81), hvor det beskrives, hvordan han tvivler på, om han havde været bedre stillet uden terapien:

”For months at a time Ian would turn his back on his potential for development and seek refuge in various images of himself as crazy and not responsible for his actions. Each episode would involve a long struggle back to a saner self who knew only too bitterly what was happening to him”.

Der er tilsyneladende smerte forbundet med den indsigt, som terapien giver børnene, men ved Chloe (p. 22) understreges det også, hvordan terapien kan medføre et tab, idet hun mister det, hun tidligere har identificeret sig med. Terapeuten beskriver, hvordan Chloe skal overbevises om, at der kan findes muligheder i normalitet. Joseph (p. 56f) må også sige farvel til den omnipotente side af sig selv, men synes stadig at have behov for omnipotens og magisk tænkning, som han i stedet placerer i heltefigurer.

Der synes da også at være en reel risiko for, at terapeuten kan virke angribende eller invaderende. Den stærke modoverføring og projektioner, som tidligere er illustreret, kan bevirke, at terapeuten bliver presset på en måde, så hun eksempelvis kommer med for tidlige tolkninger, som kan opleves som et overgreb (eg. Desmond, p. 54).

## *4.8 Afrunding*

De syv temaer, som er blevet beskrevet her, vil formentlig ikke fremstå som nye, ukendte temaer for terapeuter, som har erfaring med børneterapi, hverken med omsorgssvigtede børn eller børn med andre problemstillinger. Alligevel tilbyder analysen en unik systematisering af de oplevelser og karakteristika, som kan præge det terapeutiske arbejde med omsorgssvigtede, anbragte børn. Analysen viser, hvordan disse specifikke temaer er dominerende på tværs af de analyserede cases, også selvom forfatterne ikke nødvendigvis har fremhævet disse aspekter eksplicit. Derved fremstår disse temaer som særligt relevante og oplysende for det terapeutiske arbejde med denne klientgruppe.

## 5 Metodediskussion

I det foregående er analysens identificerede temaer blevet beskrevet, og disse giver et interessant indblik i terapeuters erfaringer med psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn. Der er allerede præsenteret en del metodiske overvejelser i forbindelse med analysen, men i det følgende præsenteres nogle yderligere refleksioner omkring analysens muligheder og begrænsninger i forhold til en videre anvendelse af analysens resultater.

Når der laves forskning, er det altid relevant at undersøge kvaliteten af forskningen. I dag underkastes forskning ofte kvalitetskriterier fra den kvantitative forskningstradition (Tanggaard & Brinkmann, 2010b, p. 490). Overfører man disse kriterier direkte fra den kvantitative evidensfokuserede forskning, kan den kvalitative forskning hurtigt komme til at fremstå som ubrugelig (ibid). Derfor argumenterer Thagaard (2004) for, at en vurdering af forskningens kvalitet indenfor den kvalitative forskning i stedet kan tage udgangspunkt i begreberne troværdighed, bekræftbarhed og overførbarhed (p. 176). Disse begreber fremhæver den kvalitative tilgangs særpræg, men kan svare til de kvantitative begreber om reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (ibid). I det følgende forholdes dette projekts analyse derfor til disse kvalitative videnskabelige begreber. Forholdet mellem de kvalitative og de kvantitative vidensbegreber udforskes dog ligeledes i hvert afsnit, og derved undersøges analysens kvalitet også i forhold til de kvantitative videnskabsidealer.

### 5.1 Overførbarhed

Generaliseringsbegrebet indebærer i sin oprindelige betydning, at man via et studie producerer lovmæssigheder om menneskelig adfærd, der kan generaliseres universelt (Koester, 2005, p. 56). I kvalitativ forskning forventes det dog sjældent, at resultaterne vil kunne overføres direkte til nogen anden gruppe eller kontekst, og der fokuseres i stedet på en form for teoretisk generalisering, hvor resultaterne forventes at være brugbare i andre kontekster, som har ligheder med den undersøgte (Yardley, 2008, p. 238). Overførbarheden er derfor et udtryk for, om den forståelse, som udvikles inden for rammen af et enkelt projekt, kan være relevant og anvendelig i andre situationer (Thagaard, 2004, p. 177).



I dette projekt behandles de omsorgssvigtede børn som en samlet gruppe, hvor alle eksempler med børn, der har været udsat for omsorgssvigt af en vanrøgtende karakter, indregnes i analysen. I realiteten er de omsorgssvigtede børn dog, som tidligere nævnt, en meget heterogen gruppe. Børnene har ofte været udsat for flere typer af omsorgssvigt, de har hver deres unikke erfaringer i samspillet med andre, og deres anbringelsesforhold varierer i høj grad. Dette betyder, at der bliver en uklarhed omkring, hvem analysen egentlig undersøger, og dermed hvem resultaterne kan forventes at kunne fortælle noget om og dermed generaliseres til. Derudover er alle cases i analysen hentet fra udenlandsk litteratur, og det kan derfor være nødvendigt at lave nogle forbehold, hvis resultaterne skal overføres til danske forhold.

Dertil kommer, at ethvert terapiforløb er unikt og uforudsigeligt, og det er afgørende indenfor den psykoanalytiske tradition, at forståelsen af det enkelte barn ikke domineres af en viden omkring en deskriptiv faktor såsom, at barnet er omsorgssvigtet eller anbragt. Temaerne som fremstilles i analysen kan have mange betydninger alt efter hvilket barn, der præsenterer dem i sin terapi, og som det tidligere er nævnt, må fortolkningen af symboler altid ske i relation til overføringsforholdet og den specifikke kontekst. Dermed kan temaernes betydning ikke ukritisk generaliseres til andre cases.

På trods af disse forbehold er det alligevel forsvarligt at have en vis forventning om, at de identificerede temaer og karakteristika fra analysen vil kunne genkendes i psykoanalytisk psykoterapi med andre omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Dette idet temaerne er så massivt repræsenterede i materialet og synes relevante på tværs af de i alt 16 cases. Her er det væsentligt, at IPA'en er udført på en måde, så temaerne fra den første case ikke kunne påvirke hvilke segmenter, der blev vurderet som relevante i de følgende cases. Dermed synes den viden, som temaerne tilbyder omkring psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn at være overførbart til andre lignende situationer. Det skal ikke forstås som universelle lovmæssigheder, men analysen kan formentlig alligevel bidrage til en dybere forståelse af dette emnefelt. Som det fremgår, må en overførelse af resultaterne fra denne analyse ske med visse forbehold, men mere væsentlig er da også muligheden for, at analysens resultater kan anvendes som udgangspunkt for en grundigere teoretisk undersøgelse af denne klientgruppe, som muligvis kan generere en mere generel forståelse af det omsorgssvigtede, anbragte barn i terapi.

Overførbareheden kan også handle om, hvorvidt tolkningen virker rimelig for læsere med kendskab til de fænomener, der undersøges (ibid). Denne pointe er væsentlig, idet fortolkningsprocessen netop har krævet et kendskab til den

psykoanalytiske psykoterapi, og derfor vil analysen og temaerne give mest mening for en læser med samme teoretiske forståelse, og resultaterne vil også primært have relevans indenfor denne ramme.

## 5.2 Troværdighed

Undersøgelsens reliabilitet omhandler, hvorvidt det samme resultat ville fremkomme, hvis studiet blev gentaget (Kvale, 1997, p. 95). Troværdighedsbegrebet beskæftiger sig i stedet med, om forskningen er udført på en tillidsvækkende måde (Thagaard, 2004, p. 176).

Selvom de identificerede temaer bestemt er til stede i materialet, og det er forsøgt at dokumentere, hvorledes disse temaer synes at fremtræde i de forskellige cases, så har flere af temaerne krævet en fortolkning, som muligvis ikke på samme måde ville være oplagt eller tydelig for en anden fortolker med en anden teoretisk baggrund. Det er dog alment anerkendt indenfor den kvalitative forskning, at forskeren vil påvirke sin forskning, og derfor giver det måske ikke meget mening at tale om reliabilitet i denne forstand. Analysen har krævet fortolkninger, og disse vil altid være påvirket af fortolkerens subjektivitet, og dermed begrænses analysens reliabilitet. Dertil kommer, at materialet, som blev analyseret, var påvirket af forfatternes subjektivitet, og på den måde vil den kvalitative undersøgelse altid være påvirket af sine informanter eller sit materiale (Koester, 2005, p. 54).

Den aktuelle analyse er særligt påvirket af det psykoanalytiske fortolkningsgrundlag, men hertil er det væsentligt at påpege, at når genstandsfeltet er det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn i en psykoanalytisk psykoterapeutisk kontekst, vil forståelsen kræve en psykoanalytisk referenceramme. Dette forhold begrænser ikke nødvendigvis reliabiliteten, idet en anden forsker med *samme* fortolkningsgrundlag sandsynligvis ville kunne genfinde mange af de samme temaer, men det begrænser på hvilken måde resultaterne kan anvendes, da resultaterne helt naturligt er begrænset til en psykoanalytisk kontekst. Derfor er det også afgørende, at det i præsentationen af analysens metode er forsøgt at sørge for en gennemsigtbarhed i forhold til analysens og fortolkerens udgangspunkt samt alle faser og refleksioner i den analytiske proces. Troværdigheden kan netop styrkes gennem forskerens redegørelse for, hvordan data er fremkommet, og hvordan fortolkerens erfaringer og teoretiske viden har betydning for data og proces (Thagaard, 2004, p. 176f).

### 5.3 *Bekræftbarhed*

Validitet handler om, hvorvidt en metode undersøger det, den har til formål at undersøge (Kvale, 1997, p. 233), og i tråd hermed kræver bekræftbarheden en vurdering af de tolkninger, som undersøgelsen fører til – blandt andet i relation til forskerens positionering i forhold til det studerede miljø eller materiale (Thagaard, 2004, p. 177).

I den aktuelle analyse er der en fænomenologisk tilgang til materialet, da det er terapeuternes beskrivelser, der analyseres. Det er altså, som tidligere nævnt, terapeuters subjektive beskrivelser af terapeutiske forløb, som undersøges, og temaerne, som er karakteristiske for det analyserede materiale, identificeres på dette grundlag. Dette har således været en bevidst tilgang til analysen fra begyndelsen. Samtidig ønskes resultaterne dog også anvendt til en mere generel diskussion, idet formålet med projektet som helhed er at skabe en dybere forståelse af den psykoanalytiske terapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn mere generelt. Dette kræver overvejelser omkring anvendelsen af analysens resultater til dette formål.

Spørgsmålet kunne dreje sig om, om man kan forvente, at terapeuten reelt har indsigt i den terapeutiske proces, om man kan stole på terapeutens oplevelse og beskrivelse? Indenfor den psykoanalytiske terapeutiske tradition fokuseres der på terapeutens modoverføring til at få indblik i de terapeutiske processer, og det kan bestemt diskuteres, hvor validt et redskab dette er i en forskningssammenhæng. Det er dog kun et problem for validiteten, hvis man antager, at resultaterne fortæller noget om omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn i psykoanalytisk psykoterapi og ikke kun terapeuters oplevelse af dette. Sådan kunne ønsket om at anvende resultaterne til en mere generel diskussion godt forstås. Det er dog ikke hensigten her. I stedet bygger den videre diskussion på en forståelse af, at den psykoanalytiske psykoterapi påvirkes og er afhængig af terapeutens oplevelse, netop fordi overføringsforholdet er så centralt, og derfor er temaerne et godt afsæt for en videre diskussion af emnet.

### 5.4 *Opsamling*

Formålet med analysen har ikke været at generalisere temaerne til andre cases og på baggrund heraf antage, at temaerne vil være relevante for alle omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn i terapi. I stedet giver analysen et indblik i nogle karakteristika, som er fælles på tværs af de analyserede cases, og som muligvis kan give et dybere kendskab og en dybere forståelse af de omsorgssvigtede,

institutionsanbragte børn i terapi, sådan som det har været projektets fokus. Frem for at anvende temaerne som gyldige sandheder omkring alle omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn, anvendes de i stedet som inspiration til en videre udforskning af dette emne. Hertil synes analysen og dens resultater bestemt gyldige og anvendelige.

## 6 Temaerne i en teoretisk refleksion

Temaerne, som blev identificeret gennem analysen, er tidligere blevet præsenteret tekstnært og deskriptivt. Disse beskrivelser er i sig selv relevante for projektet, idet de giver et grundigt og unikt indblik i, hvad den psykoanalytiske terapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn kan indebære. For at kunne give en dybdegående besvarelse af projektets problemstilling, ønskes der endvidere en mere teoretisk forståelse af det omsorgssvigtede, anbragte barn i terapi. Derfor undersøges det i det følgende, hvorledes analysens temaer kan forstås ud fra en teoretisk forståelsesramme<sup>20</sup>, som både dækker over de psykodynamiske udviklingsteorier samt teori omkring den psykoanalytiske psykoterapeutiske behandlingsform, som er beskrevet tidligere i projektet (*jf. 2.2 og 2.3*).

Antagelsen bag den individuelle psykoanalytiske psykoterapi med børn er, at barnet i terapien vil genleve tidligere og aktuelle konflikter i overføringsrelationen med terapeuten (*jf. 2.2*). I det følgende vil det gennem en teoretisk refleksion over temaernes indhold diskuteres, hvordan temaerne kan forstås som udtryk for netop dette - med særligt fokus på det fælles vilkår, at børnene er tidligere omsorgssvigtede og anbragte udenfor hjemmet.

### *6.1 Angst for afhængighed og separathed*

I Tema 1 beskrives det, hvordan børnene udtrykker en ambivalens omkring afhængighed og separathed. Ambivalensen fremstår, idet begge positioner forsøges undgået og synes at vække angst hos barnet.

Det, at barnet afviser afhængigheden og angsten, kan forstås som et manisk forsvar, som indebærer, at barnet afviser afhængigheden af de gode objekter, mens farerne ved de dårlige objekter benægtes (Mortensen, 2001, p. 132). Dette forsvar er knyttet til gennemarbejdningen af den depressive position, hvor det er forbundet til en benægtelse af de depressive følelser. Dette hænger fint sammen med den ligegyldige attitude, som børnene synes at udtrykke overfor fare.

---

<sup>20</sup> Ikke alle aspekter af temaerne behandles i det følgende grundet begrænsningerne for specialets omfang.

Omnipotensen kan dog også forstås som et forsvar i sig selv, der ifølge Bion (1962) vækkes som resultat af overvældende frustration. Det omsorgssvigtede barn har formentlig tidlige erfaringer med, at dets afhængighed ikke er blevet mødt med en tilstrækkelig opmærksomhed på dets behov, hvorved følelsen af afhængighed er blevet forbundet med en overvældende frustration. Derfor tages der afstand til afhængighed og sårbarhed, og en omnipotens og selvtilstrækkelig attitude anvendes som forsvar mod frustration og angst.

Disse tidlige erfaringer kan ligeledes være afgørende i forhold til barnets angst for separation. Gennem en naturlig udvikling oplever et barn gradvist frustration, eksempelvis når en mor forlader barneværelset og kommer ud af syne. Den sunde udvikling indebærer, at barnet får en fornemmelse af, at moderen vedvarer at eksistere, selv når hun ikke er til stede, hvilket barnet blandt andet erfarer, idet moderen kommer tilbage, hvis barnet græder. Den omsorgssvigtede mor har sandsynligvis ikke konsekvent givet sit barn denne erfaring, hvorfor separation ligeledes har været forbundet med overvældende frustration. Dette kan forklare børnenes oplevelse af, at separation er noget endeligt, hvor relationen helt ophører, som det fremgår af nogle af analysens cases. Der er formentlig et begrænset håb om, at relationer kan bestå, idet det omsorgssvigtede barn ofte vil have oplevet gentagne svigt og relationsbrud.

## *6.2 Splitting og manglende integrering*

Inden for den psykoanalytiske teori taler man om splitting, når en person udelukkende fokuserer på positive eller negative karakteristika ved sig selv eller en anden (Perry, 2001). Temaet omkring idealisering og devaluering kan således forstås som en tendens til splitting hos børnene i materialet. Splitting er en primitiv forsvarsmekanisme, som forbindes til den paranoid-skizoide position, idet objektet her stadig opleves som splittet i gode og dårlige del-objekter. Det, at idealisering og devaluering præger flere af børnenes materiale, tyder altså på, at børnene ofte benytter sig af denne strategi. Dette kan skyldes at barnet ikke har gennemarbejdet den paranoid-skizoide position på tilfredsstillende vis og derfor sidder fast i eller ofte vender tilbage til de strategier, som er typiske for denne position. At integrere de gode og dårlige objekter som en helhed kræver en integrering af barnets egen personlighed til en helhed og vidner om en generel evne til at integrere erfaringer,

hvilket modsat forbindes til den depressive position. Det, at børnene benytter sig meget af splitting, kunne således indikere, at de har en dårlig integration af deres personlighed og erfaringer, samt at de primært fungerer i en paranoid-skizoid position i terapien. Dette kan muligvis forstås ud fra deres opvækstvilkår, hvor der ikke har været tilstrækkelig kontinuitet i barnets indre og ydre oplevelse af sig selv (jf. Kenrick, 2000, p. 396).

### *6.3 Projektiv identifikation og forventningspres*

Det tredje tema fra analysen illustrerede, hvordan børnene i høj grad benyttede sig af projektioner og projektiv identifikation i terapien. Denne tendens kan ligeledes forstås på baggrund af barnets omsorgssvigt, idet Bion (1962) mente, at et barn som ikke oplever god nok omsorg og containment vil frustreres og overvældes af angst, og konsekvensen af dette vil netop være, at barnet i højere grad benytter sig af projektiv identifikation. Det, at barnet benytter sig af denne strategi i terapien, vidner derfor om, at barnet ligeledes oplever angst og frustration i terapien. Ud fra en psykoanalytisk forståelse af terapien vil der være tale om en angst, som er forbundet med tidligere konflikter og erfaringer, og den projektive identifikation bliver således udtryk for en typisk strategi for barnet. Barnet er ikke tilstrækkeligt udviklet, eller udviklingen er ikke stabil nok, til at barnet kan håndtere angsten med mere modne forsvar.

Projektionerne og den projektive identifikation kan også forstås i forbindelse med, at barnets forventninger til omgivelserne, som er dannet på baggrund af tidligere erfaringer, skulle påvirke omgivelserne og den nye relation (jf. 2.3.1.2). Gennem den projektive identifikation lægger barnet et pres på terapeuten om at udfylde en bestemt rolle, og på den måde påvirker barnets indre verden relationen. Af temaerne fremgår det, at terapeuten især tildeles enten en sårbar offerposition eller en rolle som straffer eller hævner, og det fremgår af terapeuternes beskrivelser, at projektioner er særligt udfordrende i terapien med de omsorgssvigtede børn, idet projektioner er massive, og børnene opfører sig på måder, som fremkalder nogle svære modoverføringsfølelser. Barnets projektioner kan dog forstås som en meget primitiv form for kommunikation, og det er sandsynligt, at det omsorgssvigtede barn kun har denne handlingsprægede strategi til at berette overfor terapeuten, hvad det har oplevet.

Det, der beskrives her, er det, som Freud (1920) kaldte ”*the compulsion to repeat*”<sup>21</sup>, hvor barnet gennem gentagelserne i legen indtager en aktiv rolle frem for den passive offerrolle, som barnet tidligere har været i (p. 16). Ifølge de psykodynamiske teorier er de aggressive impulser naturlige hos spædbarnet (eg. A. Freud, 1965/1968, p. 61), men barnet projicerer disse til moderen og frygter derfor forfølgelse og straf. Den omsorgsfulde mor container barnets projektioner og giver gennem reverie mening til barnets følelser, hvilket i sig selv afkræfter barnets forventninger. Den gode mors tilstedeværelse modificerer barnets angst for de internaliserede og eksterne objekter (Klein, 1975). Når den omsorgssvigtede mor ikke formår at containe barnets projektioner, fratages følelsen al mening, og barnet internaliserer i stedet en ubegribelig angst. Denne erfaring kan siges at bekræfte barnets angst for straf og forfølgelse, og disse tidlige konflikter udspiller sig således i overføringsrelationen med terapeuten.

Dertil fremsætter Winnicott (1965/1996) en pointe om, at aggressionen er en naturlig del af barnet, men at ustabile relationer til ustabile eller uempatiske objekter vil forstyrre håndteringen af det aggressive potentiale, hvilket vil resultere i ukontrollabel aggressivitet og destruktivitet (p. 22). Dette kan muligvis også forklare børnenes meget destruktive aktivitet i terapien.

Det, at barnet har en tendens til at opleve sine dårlige erfaringer som en straf, kan relateres til Tema 5, hvor det fremgår, at børnenes aktivitet kan tolkes som, at de identificerer sig med affald og afføring. Det kan forstås sådan, at børnene oplever sig selv som dårlige eller onde babyer fyldt med dårlige ting, som vil kunne ødelægge alle objekter eller få dem til at forsvinde. Der synes at være en forventning om, at ingen vil kunne overleve dem. Denne følelse kan stamme fra de tidlige erfaringer, som beskrevet, men det kan ligeledes skyldes forældrenes egne projektioner. Projektiv identifikation forekommer også fra forælder til barn, og når forælderen i overdreven grad benytter sig af strategien, vil det have seriøse konsekvenser for barnets psykiske udvikling (Silverman & Liebermann, 1999). Den omsorgssvigtede forælder er ofte det omsorgssvigtede barn, der er blevet voksen, og derfor kan det anses for sandsynligt, at der forekommer overdreven projektiv identifikation fra forælderen til det omsorgssvigtede barn. Fonagy et al. (2002b) påpeger, at en

---

<sup>21</sup> *Compulsion to repeat* er, ifølge Freud, ”*the manifestation of the power of the repressed*” (Freud, 1920, p. 20).



afvisende mor måske fejler i at spejle sit barns fortvivelse på grund af de smertefulde erindringer, som dette vækker i hende, og fordi hun mangler evnen til at skabe et sammenhængende mentalt billede af barnets mentale tilstand (p. 43).

En anden mulig forståelse af barnets optagethed af affald og afføring er, at barnet afprøver og benytter sig af terapeutens og terapiens containment. Når barnet dumper alle sine følelser og dårlige sider i terapien og helt konkret stopper afløbet til, så finder barnet ud af, om terapeuten vil overleve den oversvømmelse, som barnet skaber i rummet – både symbolsk og konkret. Meltzer (2008) har med sin betegnelse ”toilet-bryst-funktionen” ligeledes behandlet det, at toilettet bliver et symbol på at ville udstøde sin indre situation (p. 72). Toilettet og ’toiletmoderen’ eller ’toiletterapeuten’ bliver på den måde som en affaldscontainer (ibid, p. 70).

## *6.4 Tomhed i terapien*

Det beskrives under Tema 5, hvordan børnenes materiale ofte domineres af en tomhed og inaktivitet, som terapeuterne ofte oplever i forbindelse med, at der er meget angst i rummet. Dette kan forstås i relation til Bion’s pointe om, at barnets følelse vil fratages al mening, hvis det ikke oplever tilstrækkelig containment. Tomheden i materialet kan forstås som et udtryk for, at barnet på det tidspunkt ikke kan give mening til sine egne overvældende følelser. Inaktiviteten eller hyperaktiviteten kan på den måde fungere som en undgåelse af den overvældende angst, som de ikke-containede følelser vækker i barnet (jf. 2.3.1.3).

Terapeuterne i materialet forbinder selv tomheden og inaktiviteten med deres oplevelse af, at der ikke forekommer symbolsk leg. Barnets kreativitet og evne til at symbolisere udvikles ifølge Kleins teori, i forbindelse med gennemarbejdningen af den depressive position. Dette forhold, kombineret med de andre pointer omkring splitting og projektiv identifikation, indikerer, at det omsorgssvigtede, anbragte barn primært befinder sig i en paranoid-skizoid position i terapien. Når angsten er for høj, er det således ikke muligt for barnet at symbolisere. Det, at barnets evne til at symbolisere udvikles i løbet af det terapeutiske forløb i flere af analysens cases, kan således indikere, at der sker en generel dæmpning af angsten i terapien, og kan muligvis også være udtryk for, at der sker en hel fundamental udvikling, hvor barnet i terapien gennemarbejder de forskellige positioner på nye måder.

## 6.5 Legens symbolik i terapi

Der er således ikke kun tomhed men også symbolik i materialet, og nogle symboler synes at gå igen på tværs af casene<sup>22</sup>. Winnicott beskriver, at mangelfuld *holding* kan give barnet en følelse af at falde fra hinanden og at falde i det uendelige. Det er muligvis denne oplevelse eller angsten for den, som barnet formidler gennem optagetheden af at falde og blive tabt, som beskrives i Tema 5.

I materialet beskrives også en konstant trussel og overhængende fare, som børnene udtrykker og skaber i terapien. Dette kan forstås som en kommunikation af den fare, som barnet selv konstant oplever at være i, som både kan stamme fra forfølgelsesangsten og angsten for de internaliserede og projicerede objekter, men som også kan handle om den fare, som barnet bærer rundt inde i sig selv, som tidligere beskrevet. Denne oplevelse af fare kan også hænge sammen med oplevelsen af og forventningen om omgivelsernes uforudsigelighed, som blev nævnt under Tema 4, der formentlig kan forbindes til det omsorgssvigtede barns tidligere erfaringer med ustabile og forstyrrende opvækstvilkår.

## 6.6 Forvirrende grænser og en krævende hunger

Tema 6 omhandlede barnets forvirring omkring grænser mellem barnet selv og terapeuten samt mellem barnets egen fysiske og psykiske oplevelse.

Oplevelsen af grænsen mellem selvet og det ydre objekt kræver en oplevelse af, at selvet og objektet er to enheder adskilt fra hinanden. Som det er fremstillet tidligere, er børnene i materialet primært i en paranoid-skizoid position og har muligvis ikke en integreret oplevelse af sig selv og sin egen person samt af det hele ydre objekt. Når projektiv identifikation dominerer, som det ofte er tilfældet for børnene i materialet, sker der netop en forvirring omkring opdelingen mellem selvet og det ydre objekt, fordi egne følelser tillægges objektet og identificeres hermed. Derfor kan der altså være denne forvirring omkring grænsen mellem barnets egne oplevelser og terapeutens oplevelser.

Derudover blev en forvirring omkring grænserne mellem det fysiske og psykiske beskrevet. Ifølge Winnicott (1965/1996), kræver etableringen af et stabilt

---

<sup>22</sup> Der blev beskrevet flere symboler under Tema 5, men det har ikke været muligt at behandle dem alle her.

forhold mellem psyke og krop forældrenes tilstrækkelige tilpasning til barnets behov. Det at barnet omsorgssvigtes betyder netop, at barnets behov ikke imødekommes, og da mener Winnicott, at psyken vil udvikle en eksistens, som er løseligt relateret til kropslige oplevelser. Dertil mener Strati (2007, p. 270), at det er et vidne om en manglende stabil og containende morfigur, når barnet sætter sin lid til kropslige ressourcer til udledning af smertefulde følelser og selvberoligelse, som det ses i analysematerialet.

Et af de steder, hvor forvirringen omkring det fysiske og psykiske viser sig, er ved, at børnene udtrykker en sult i terapien og efterspørger materielle ting frem for det terapien egentlig tilbyder. Børnene kan have oplevet både fysisk og psykisk deprivation, men når de er anbragt på institution, må det antages, at de fysiske behov tilfredsstilles, og at den tomhed, som børnene tilsyneladende oplever rent fysisk, faktisk må være udtryk for en følelsesmæssig mangeltilstand. Det er muligt, at barnets krav om materielle ting skyldes, at barnet har brug for helt konkrete og håndgribelige beviser for, at terapeuten vil barnet det godt og holder af det (jf. Heinemann, 2001, p. 8). Ofte er kravet forbundet med jalousi overfor andre virkelige eller forestillede børn, som helt sikkert bliver elsket mere, og dette tyder på, at det faktisk er dette behov – behovet for at blive elsket nok - som børnene udtrykker.

## ***6.7 Smerten og modstanden i terapi***

Under Tema 7 i analysen beskrives det, hvordan flere af børnene og terapeuterne forbinder terapien med noget smertefuldt, og hvordan børnene udtrykker en modstand over for det, terapien tilbyder.

Når der i terapien opstår en god emotionel kontakt, eller når de svære følelser gives mening i terapien, forsøger flere af børnene at ødelægge det. Dette er muligvis fordi, barnet i disse situationer får indblik i, hvad det - grundet omsorgssvigtet - er gået glip af eller stadig mangler. Dette vil naturligvis være en smertefuld erkendelse. Bion (1959) har beskrevet netop dette forhold således: *"The patient feels he is being allowed an opportunity of which he has hitherto been cheated; the poignancy of his deprivation is thereby rendered more acute and so are the feelings of resentment of the deprivation"* (p. 313).

Denne indsigt vækker sandsynligvis en sorg over det tabte, og sorgen er typisk forbundet til den depressive position, hvor der skabes en forståelse af, at det

gode objekt også er det dårlige objekt. Winnicott (1965/1996) beskriver, hvordan de gode objekter vil komme til at dominere, men det omsorgssvigtede barns indre verden præges formentlig af dårlige objekter: *"they have less opportunity to build up an internal world peopled by more benign and helpful figures to support them against persecutory or intrusive experience"* (Kenrick, 2000, p. 395). Accepten af dette har dermed formentlig været mere smertefuldt for det omsorgssvigtede barn, og dermed er denne erkendelse muligvis helt undgået, hvilket hænger godt sammen med børnenes tendens til splitting. Der ses også en idealisering af forældrene i materialet, hvilket kan hænge sammen med barnets undgåelse af at acceptere, hvad det faktisk mangler.

At det omsorgssvigtede barn ikke har haft tilstrækkelig mulighed for at danne positive indre objektrelationer, kan bidrage til forståelsen af, at børnene i materialet ikke synes at forvente noget positivt af kontakten og relationen til terapeuten. Flere af børnene afviser den, men endnu flere synes blot indifferente overfor kontakten og søger den ikke. Denne attitude kan også forstås i relation til de observationer, der tidligere er gjort af spædbørn, som udsættes for deprivation. De når til sidst til et stadie af apati, hvor det synes som om, at barnet simpelthen har opgivet at opsøge kontakt og at få noget positivt ud af en relation.

Modstanden hænger dog formentlig også sammen med undgåelsen af denne indsigt og smerte, som blev beskrevet før. Undgåelse og benægtelse er, ifølge Bion, den eneste mulige håndtering af den overvældende frustration og angst, når barnet ikke oplever tilstrækkelig containment, og det er derfor en sandsynlig strategi for de omsorgssvigtede børn. Der er dog også et vigtigt element i, at børnenes strategier og forsvar er opstået som overlevelsestrategier: *"They may be strategies for development to be possible rather than, initially at least, defences which militate against development"* (ibid). Børnene har behov for disse forsvar og beskytter dem derfor. Forvirring omkring opdelingen mellem selvet og det ydre objekt skulle ifølge Bion lede til mere angst og rigiditet (jf. 2.3.1.3), og dette kan altså ligeledes forklare forsvarsstrategiernes rigiditet, og den modstand barnet udviser mod at opgive dem.

## 6.8 Afrunding

I dette afsnit er det forsøgt at få en mere teoretisk forståelse af de temaer, som fremstod som særligt karakteristiske i det analyserede materiale. Gennemgangen

viser, at det er muligt at lave forbindelser mellem de deskriptive temaer og den psykoanalytiske teori og forståelse af barnets udvikling. Mere væsentligt er det, at det er muligt at forstå temaerne ud fra det forhold, at børnene er tidligere omsorgssvigtede. Den ovenstående behandling af temaerne indikerer, at barnet sidder fast i nogle primitive mønstre, men at det i terapien med forsinkelse gennemarbejder den almindelige udviklingsproces. Indholdet i temaerne kan forstås som en indikation af, at barnet faktisk som forventet vil gentage eller genopleve sine tidligere følelser og konflikter i overføringen til terapeuten.

Det er vigtigt igen at understrege, at man altid må forstå barnets aktivitet i terapi ud fra den specifikke kontekst samt overføringsforholdet, og derfor skal det foregående ikke forstås som faste og generelle retningslinjer for, hvordan barnets aktivitet skal fortolkes. Det er heller ikke hensigten med det foregående afsnit at præsentere den eneste mulige forståelse af det omsorgssvigtede barn. I stedet tilbyder det en forståelse af omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn og en dybere indsigt i terapi med disse børn, som forhåbentlig kan være til nytte for psykoanalytiske psykoterapeuter, som beskæftiger sig med børn, som er omsorgssvigtede eller hvis materiale præges af de samme temaer og udfordringer, som er beskrevet her. En forståelse af barnets adfærd gør det også lettere at udholde og containe, og derfor er det vigtigt at bestræbe denne forståelse.

## 7 At anvende og integrere den individuelle psykoanalytiske psykoterapi

På baggrund af analysen er det muligt at identificere aspekter ved den individuelle psykoanalytiske terapi med omsorgssvigtede, anbragte børn, som synes at være særligt udfordrende. Disse karakteristika og udfordringer er interessante i relation til projektets ønske om at undersøge, hvorledes den psykoanalytiske terapi kan anvendes og integreres i behandlingen af omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn, og derfor behandles disse udfordringer i det følgende<sup>23</sup>.

De særlige udfordringer, som den kommende diskussion forholder sig til, er blandt andet det pres, som terapeuten er underlagt grundet barnets massive brug af projektioner og projektiv identifikation samt deres aggressive og ukontrollerede adfærd i terapien. Endvidere forholder diskussionen sig til den mistillid, som børnene umiddelbart har overfor terapien og terapeuten samt dennes betydning for terapien. Derudover er der nogle særlige praktiske forhold, der gør sig gældende ved, at barnet er anbragt på institution, som synes relevante at forholde sig til – herunder samarbejdet med personalet, terapeutens tavshedspligt og anbringelsernes ustabilitet. Disse emner er udvalgt, idet de synes at være specifikke udfordringer, som terapeuten må forholde sig til, hvis den individuelle, psykoanalytiske behandlingsform skal kunne anvendes med omsorgssvigtede børn og integreres i en institutionssammenhæng.

### 7.1 At sætte grænser i terapien

I præsentationen af analysens temaer fremgår det, hvordan børnene i analysematerialet udsætter deres terapeuter for massive projektioner og projektiv identifikation i terapien. Disse processer skaber både stærke modoverføringsfølelser og udsætter terapeuten for et stærkt pres, så det bliver en udfordring ikke at agere de projicerede roller. Projektioner og projektiv identifikation er forventelige aspekter af enhver psykoanalytisk terapi, og selvom de synes som særligt anvendte strategier hos

---

<sup>23</sup> Der opstår naturligvis mange interessante og relevante overvejelser på baggrund af analysen, og derfor er det ikke muligt i denne sammenhæng at beskæftige sig med samtlige emner.

de omsorgssvigtede børn i materialet, er det snarere udfordringen, at børnene er så konkrete og fysiske i deres kommunikation. Et af de aspekter, som karakteriserer det analyserede materiale, er, at børnene i terapien er fysisk aggressive, destruktive og ukontrollerede. Fysiske angreb rettes mod det terapeutiske rum og terapeuten selv, og terapeuterne beskriver, hvordan dette giver dem en oplevelse af ikke at have rum til at tænke. Det interessante bliver derfor, hvordan terapeuten kan bevare det terapeutiske miljø samt evnen til at lave terapi, når barnet gør det så svært at tænke? Dette handler især om, hvordan man som terapeut forholder sig til at sætte grænser i terapien (*limit setting*) – både helt konkret men også som terapeutens evne til at afgrænse sig mentalt. Forholdet omkring grænser i terapien diskuteres derfor i det følgende.

Den destruktive adfærd i terapien kan forstås på forskellige måder, og hvorvidt terapeuten skal begrænse den, må muligvis afhænge af, hvilken betydning adfærden tillægges (Canham, 2004, p. 147). Klein mente, at det er essentielt, at barnet får lov at udleve sine aggressioner, men at det er endnu vigtigere, at terapeuten forstår betydningen af de aggressive impulser på netop dette tidspunkt i overføringen (Klein, 1955, p. 127). Uanset hvad kan adfærden altså forstås som en form for kommunikation, og derfor må der, som med alt andet i terapien, søges at finde en mening med adfærden, som kan deles med barnet.

Terapeutens neutralitet er et væsentligt aspekt af det terapeutiske miljø, som er med til at gøre det sikkert for barnet at bringe alle sider af sig selv op i terapien. Hele grundtanken ved Freuds psykoanalyse var, at det er positivt, når klienten udtrykker sig frit, mens det er u hensigtsmæssigt at forstærke klientens hæmninger (Henry, 2010, p. 342). Derfor synes det afgørende, at terapeuten udholder og container også barnets destruktive sider og ikke sætter grænser for disse i terapien. Der opstår dog et paradoks, når barnets adfærd truer med at ødelægge selv samme terapeutiske miljø ved at ødelægge terapeutens evne til terapeutisk refleksion (Canham, 2004, p. 145). Der skabes i stedet det, Bion kaldte et minus-K miljø, hvor emotionel kontakt ikke er mulig, hvor primitive forsvarsmekanismer dominerer, og hvor handling sandsynligt erstatter tænkning (Wakelyn, 2008, p. 29; Canham, 2004, p. 146). Dermed bliver det muligvis nødvendigt at sætte nogle klarere grænser for det destruktive, ukontrollerede barn i terapi for at genskabe det faciliterende terapeutiske miljø.

Terapeutens containment af barnets destruktivitet synes afgørende i forhold til at afkræfte barnets internaliserede forventninger: *"the therapist has to prove that he can contain the violence [...] and survive as the original object in the patient's phantasy did not"* (Boston, 1972, p. 61). Dette synes endnu vigtigere i terapien med det omsorgssvigtede barn, hvor de virkelige erfaringer ofte har bekræftet disse fantasier. Selvom aggressionen skal containes, er det stadig afgørende at tolke betydningen af barnets aktivitet. Canham (2004) mener, at kan terapeuten rumme barnets adfærd og give en tilpasset tolkning i overføringen, gives barnet en ny oplevelse af, at smertefulde følelser kan bæres i stedet for at blive reageret på (p. 146). Winnicott (1956) har tidligere præsenteret forståelsen af den destruktive adfærd som barnets håbefulde kommunikation omkring en virkelig deprivation, der netop skaber mulighed for en ny respons, som kan begynde at reparere på de tidlige traumatiske skuffelser. Men den ønskede nye respons kan rangere fra ekstrem tolerance til selvsikker *limit setting*, og ifølge Winnicott er det terapeutens ansvar både at håndtere, tolerere og forstå den destruktive adfærd (ibid, p. 309).

Hertil er det en væsentlig pointe, at ikke kun den alt-rummende containment men også grænser er en vigtig faktor for barnets normale, sunde udvikling. Det fremgår af analysen, hvordan omsorgssvigter kan skabe en forvirring omkring jeg-grænser og hæmme en tilstrækkelig udvikling af en integreret oplevelse af sig selv og den anden. Objektet tilbyder på den måde både en relation og grænser for barnet. Singer (1965) påstår, at det kun er gennem *limit setting*, at: *"the patient takes comfort in knowing that he is meeting a real person who will not permit some outlandish action because the therapist, in defining his reality through the establishment of his limits, simultaneously establishes the reality of his patient"* (p. 157). På den måde bliver grænsesætningen særligt væsentlig i terapien med de omsorgssvigtede børn.

Modsat er der tilsyneladende fordele ved, at barnet får lov at udleve sine aggressive tendenser i terapien, da dette antages at mindske barnets *acting-out* i hverdagen (Gorney, 1994, p. 270; Henry, 1974, p. 22). Det er dog stadig problematisk, når terapeuternes beretninger i analyse materialet understreger, at det kan blive svært at udholde barnet i terapien, hvorfor tænkningen ødelægges og risikoen for at udsætte barnet for en form for overgreb øges. Her er det væsentligt, at terapeutens *limit setting* også kan opleves som en lettelse, da barnet dermed ikke får lov at ødelægge eller støde relationen fra sig (Henry, 2010, p. 346). Dette begrænser barnets omnipotens og nedsætter dets skyldfølelse over sine impulser, og barnets



tillid til, at dets vold kan containes, og at terapeuten ikke vil lade barnet ødelægge sig, øges (Boston, 1972, p. 60). På den måde synes objektets eller terapeutens overlevelse – eller snarere overlevelsen af relationen til det gode objekt - at være det væsentligste, idet dette skaber en ny oplevelse for barnet. Også selvom det kræver, at der sættes grænser for det.

Det at sætte grænser kan således også forstås som havende en containende kvalitet, og eksempler fra litteraturen viser blandt andet, hvordan grænserne kan skabe tryghed og give barnet mulighed for at føle sig *holdt* (Gorney, 1994, p. 274; Strati, 2007, p. 276). Når der sættes grænser, er det dog stadig vigtigt at forstå, hvad der kommunikeres i overføringen og afsløre barnets hensigter på en støttende måde (Henry, 2010, p. 350). Det kan komme til at virke som en urimelig anklage, hvis terapeuten drager opmærksomhed mod barnets åbenlyse aggression, hvis barnet faktisk på dette tidspunkt føler sig identificeret med offeret for denne aggression (Boston & Szur, 1983, p. 59). Da kan begrænsningerne opleves som straffende eller overgribende, og Canham understreger, at det er vigtigt, at terapeuten hverken kommer til at udleve rollen som *abuser* eller *abused*, selvom det samtidig er vigtigt, at terapeuten får en forståelse af, hvordan disse roller opleves for barnet (2004, p. 146). En af strategierne for at begrænse barnets destruktivitet i terapien er at afslutte sessionen før tid (eg. Hunter, 2001, p. 74). Dette er dog netop en af de handlinger, som Canham (2004) mener, er udtryk for at udleve rollen som *abuser* (p. 146). Tillader terapeuten modsat alt og lader barnet angribe sig, udfylder hun i stedet rollen som *abused*, og det er lige så uhensigtsmæssigt. Derfor bliver det formentlig afgørende, hvordan grænserne i terapien håndhæves, og hvorfra beslutningen om at sætte grænser kommer.

Gorney (1994) understreger, at det er essentielt, at grænserne i terapien er autentiske for terapeuten, hvilket kræver, at terapeuten først erkender sine egne grænser. Terapeuten må udforske sin egen modoverføring, som vækkes af de klienter, hvis adfærd synes at være uden grænser (p. 264f). Dermed er det altså ikke muligt at lave klare, fælles retningslinjer for, hvordan terapeuten bør forholde sig til den destruktive adfærd, da adfærden vil vække forskellige følelser hos den enkelte terapeut. Henry (2010) mener desuden, at man for at sætte grænser på en passende måde må være komfortabel med sin egen aggression, og det kræver således muligvis et personligt arbejde (eks. egen terapi) for terapeuten at kunne sætte grænser uden at

reagere på egne indre konflikter og projektioner (p. 344-348). Dette er vigtigt, da projektiv identifikation netop kan maskeres som *limit setting* (ibid., p. 348).

Selvom terapeutens grænser må være autentiske og derfor ikke kan generaliseres, foreslår Canham (2004) dog alligevel nogle anvendelige tiltag, som synes oplagte at implementere, hvis et barn er særligt aggressivt – herunder at fjerne det hårde legetøj og tage skoene af barnet (p. 146). Det er måske også en mulighed generelt at mindske indtrykkene i rummet ved at begrænse mængden af legetøj, da det kan blive uoverskueligt for barnet. Derved sikres det, at terapeuten og barnet ikke kommer til skade, og det mindsker samtidig nødvendigheden af at skulle stoppe sessionen før tid eller begrænse barnet i terapien (ibid).

### 7.1.1 Delkonklusion

Helt overordnet kan der ses to positioner i forhold til, hvordan terapeuten bør forholde sig til barnets destruktive adfærd i terapien. På den ene side er det afgørende, at terapeuten tilbyder et containende miljø, hvor barnet får en oplevelse af at kunne udtrykke sig frit og blive mødt og forstået. På den anden side synes det vigtigt at sætte klare begrænsninger for den destruktive adfærd, så hverken terapeuten eller barnet kommer til skade, samt for at demonstrere overfor barnet, at terapeuten ikke tillader barnet at ødelægge relationen og objektet. På baggrund af den foregående diskussion må det konkluderes, at omsorgssvigtede, anbragte børns destruktive og aggressive tendenser i terapi formentlig kræver, at terapeuten sætter nogle særligt tydelige grænser for barnet. Det viser sig dog også, at dette kan gøres på forskellige måder. Terapeutens reaktion må være autentisk, og terapeuten må være klar over sine egne indre konflikter og sine modoverføringer, så begrænsningerne ikke blot bliver uhensigtsmæssige reaktioner på disse.

## 7.2 Mistillid og alliance

I projektets analyse er det beskrevet, hvordan børnene fra analyse materialet synes at have en grundlæggende mistillid til relationer og til voksnes hensigter. Det beskrives, hvordan børnene ikke umiddelbart er interesserede i kontakten og relationen med terapeuten, og der synes ligeledes at være en stærk modstand mod det, terapien helt grundlæggende tilbyder – muligvis fordi den gode kontakt kan føles ubehagelig,

invaderende eller overvældende for de omsorgssvigtede børn (Lanyado & Horne, 2009, p. 169).

Med den psykoanalytiske terapiform er det afgørende, at der skabes en overføringsrelation, hvor barnet tør bringe sine fantasier, angst og konflikter i spil, og i dag antages det indenfor de fleste modeller for psykodynamisk psykoterapi ligeledes, at effekten af specifikke teknikker afhænger af kvaliteten af den terapeutiske alliance (Høglend et al, 2011, p. 698). Den terapeutiske alliance refererer til kvaliteten og styrken af den samarbejdende relation mellem klient og terapeut. Begrebet udspringer oprindeligt af den psykoanalytiske tradition, men er i dag anerkendt som en betydelig faktor for behandlingens udfald indenfor de fleste psykoterapeutiske retninger<sup>24</sup> (Jørgensen, 2007, p. 654; Norcross, 2010, p. 120). Det kan muligvis være en særlig udfordring at skulle skabe en sådan relation og alliance i terapien med omsorgssvigtede børn, som i udgangspunktet ikke engang synes interesseret i en relation. Dette er formentlig ikke en problemstilling afgrænset til den psykoanalytiske terapiform, men det er stadig et vilkår, som den psykoanalytiske terapeut må forholde sig til, og derfor undersøges det nærmere i det følgende.

Bordin (1979) har opdelt den terapeutiske alliance i tre hovedelementer: 1) klient og terapeuts enighed om behandlingens mål; 2) klient og terapeuts enighed om behandlingens metode og 3) tilstedeværelsen af et positivt emotionelt bånd mellem klient og terapeut. Disse forhold er dog anderledes for børneklienter, da børn sjældent selv tager beslutningen om at søge psykoterapeutisk behandling, så derfor kan både sygdomserkendelse, den frivillige beslutning og motivationen for behandlingen mangle (A. Freud, 1948, p. 19). Dette er naturligvis ikke en problemstilling som udelukkende tilhører terapi med omsorgssvigtede børn, men der kunne muligvis være en særlig problematik omkring det emotionelle bånd, som kunne besværliggøre den terapeutiske behandling.

Anna Freud (1948) foreslog en introduktionsperiode før selve den terapeutiske arbejde, hvor hun vægter det, at barnet selv har et ønske om ændring, og hvor hun forklarer barnet, hvilke præmisser behandlingen foregår under, og hvad det er, terapien kan tilbyde (p. 19). Det kan dog muligvis forholde sig sådan, at det omsorgssvigtede barn, som det fremstår i analysen, kan have svært ved at tage imod denne form for rationelle indføring i terapien. Når barnet og terapien domineres af angst, er der ingen

---

<sup>24</sup> Dette er dog et begreb, der primært er anvendt i forhold til terapi med voksne, og alliancens betydning i børneterapi behandles derfor yderligere i dette afsnit.

tænkning, og dermed kan man formentlig ikke forvente, at barnet er modtageligt for denne form for forhandling. Det synes dog under alle omstændigheder korrekt og mest respektfuldt overfor barnet, at man taler til det omkring terapiens muligheder, og derfor synes dette også som en positiv tilgang, hvis der er mulighed for det<sup>25</sup>.

Boston (1972) mener, at det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn har sværere ved at skabe en tillid til terapeuten, fordi barnets fantasier om sin egen omnipotens og ødelæggende impulser tidligere er blevet bekræftet (p. 61). Men en vigtig del af det terapeutiske arbejde indebærer, som nævnt, at overleve barnets aggressive impulser, og derved mindskes denne omnipotens (*jf. 7.1*). Dette skaber mulighed for, at barnet kan skabe en bedre tillid til terapeuten. Hunter-Smallbone (2009) fremhæver i tråd hermed terapeutens pålidelighed, stabilitet og evne til at følge og reflektere barnets sindstilstand som en forudsætning for barnets engagement i behandlingen (p. 320). Hun mener, at selvom det omsorgssvigtede barn ofte kun langsomt og modvilligt får tillid til terapeuten, så er det ikke så svært at engagere dem i terapien, idet de samtidig hungrer efter opmærksomheden (*ibid*). Dette ses da også i analysematerialet, hvor barnets hunger og krav om mad ofte præger terapien. Britton mener, at prognosen for terapien med omsorgssvigtede børn er bedre, hvis barnet har en stærk oplevelse af uretfærdighed og deprivation sammen med en følelse af vrede og tab (*iflg. Boston, 1983, p. 59*), og børnenes klager, krav og aggressivitet i analysematerialet kunne netop vidne om, at dette er tilfældet.

I relation til det, at terapeutens generelle måde at forholde sig til barnet på i terapien vil være faciliterende for at skabe en tillid i relationen, fremsætter Chethik (2002) en væsentlig pointe. Terapeuten er ikke kun en person i overføringen og ikke kun projektionen af de dårlige objekter, som er den umiddelbare grund til mistilliden. Terapeuten er også en virkelig person, som leger, udforsker, opdager og forstår (p. 14). Terapeuten er et nyt objekt, som giver barnet nye erfaringer med relationen, og igennem denne relation kan nye internaliseringer finde sted (*ibid, p. 19*). Dermed bliver den psykoanalytiske holdning og teknikkerne netop det, der kan facilitere dannelsen af en alliance med omsorgssvigtede børn.

Terapeutens evne til at forstå symbolikken i materialet fremmer, ifølge Chethik (2002), både overføringen og klientens tillid til alliancen (p. 19). Dette må hænge sammen med, at terapeuten kan forstå og tolke barnets angst og mistilliden overfor

---

<sup>25</sup> Anna Freud ændrede selv senere sin teori på dette område (Sandler et al, 1980, p. 47).

relationen. Tolkningen af overføringen er essentiel ved psykoanalytisk terapi, men er netop det, som ifølge A. Freud skulle udsættes til barnet var parat til terapien.

Dette hænger sammen med den omfattende debat omkring, hvor jeg-støttende og hvor konfronterende det terapeutiske arbejde kan og bør være, og det er en diskussion, som grundet dens omfang kun kan berøres overfladisk her. I litteraturen præsenteres ofte en forståelse af, at fokus på tolkninger og overføringsarbejde primært egner sig til klienter, som har en god jeg-styrke, høj angsttolerance og en vis evne til at reflektere over sine relationer, mens en støttende og alliancebyggende tilgang er mere passende til klienter, som mangler disse kvaliteter (Luborsky iflg. Høglend et al, 2011, p. 698; Killingmo, 1989). Der findes dog modsat en randomiseret klinisk undersøgelse, hvor resultaterne indikerer, at klienter med lav kvalitet af objektrelationer<sup>26</sup> samt dårligere alliance med terapeuten<sup>27</sup> havde den største effekt af overføringsarbejde (Høglend et al, 2011, p. 702). Endvidere viste undersøgelsen ingen sammenhæng mellem kvaliteten af klientens objektrelationer og kvaliteten af arbejdsalliancen (ibid, p. 701). Dette har interessante implikationer for den psykoanalytiske terapi, men der er samtidig tale om en undersøgelse af voksne, som formentlig ikke kan overføres direkte til børnepsykoterapi. Det kunne dog være interessant at undersøge disse forhold nærmere i en børneterapeutisk sammenhæng.

I tråd med det nævnte studie, har Klein (1975) da også altid været uenig med A. Freud på dette punkt. Hun mente, at det var afgørende at tolke overføringen – positiv som negativ – fra begyndelsen af terapien (p. 13). Hun mente, at tolkningen af angst og negativ overføring medførte en lettelse hos barnet, hvilket umiddelbart også er synligt i analysedataet. På den måde kan tolkningen og overføringsarbejdet få en jeg-støttende kvalitet og blive det, der faktisk binder barnet til terapien. Noget kunne således tyde på, at det er en fordel for dannelsen af alliancen, at barnet tilbydes en forståelse af de oplevelser og følelser, som det bringer ind i overføringen, så der skabes en oplevelse af terapeuten som en virkelig, adskilt person, der tilbyder barnet noget nyt i relationen: *”If the therapist does not adress this, the patient may easily feel less understood and less*

---

<sup>26</sup> *Quality of Object Relations*. Høj score indikerer tegn på minimum et stabilt interpersonelt forhold i klientens historie, mens en lav score indikerer en livslang historie med relationer karakteriseret af ustabilitet, mindre emotionel investering og et behov for afhængighed eller overkontrol (Høglend et al, 2011, p. 700).

<sup>27</sup> Målt med *The working alliance inventory*, som er den mest anvendte måling af alliance i psykoterapi (Høglend et al, 2011, p. 700).

*contained by the therapy, leading to a deterioration in an already weak alliance”* (Høglend et al, 2011, p. 702).

### 7.2.1 Delkonklusion

Denne diskussion tog udgangspunkt i en forventning om, at det omsorgssvigtede barns mistillid til relationer kunne være en særlig udfordring for det terapeutiske arbejde. Dette særligt i forhold til at danne en alliance med barnet – dvs. at engagere barnet i behandlingen. Det giver umiddelbart ikke mening at overføre alliancebegrebet direkte fra voksenterapi til børneterapi, da børn ikke kan indgå i eller have ansvar for forhandlinger omkring terapien. Det viser sig i det foregående, at den måde, som den psykoanalytiske terapeut generelt forholder sig på i terapien, netop er faciliterende for at skabe tillid i relationen. Særligt er det vigtigt, at terapeuten bliver et nyt, virkeligt objekt, som kan give nye erfaringer, som ikke bekræfter de forventninger, som barnet har til relationen. Derudover fremstår det centralt, at terapeuten forstår og tolker barnets angst og den negative overføring til terapeuten og relationen, således at barnets angst dæmpes, og der bliver rum til at erfare og internalisere den nye relation.

## 7.3 Rammerne for terapien

Det emne, som her skal behandles, udspringer ikke direkte af analysens temaer. Det udspringer i stedet af det vilkår, at børnene, som er projektets fokus, er anbragt på institution. Det kunne forventes, at dette særlige forhold i barnets eksterne miljø har en betydning for terapien på flere måder, og der må gøres nogle overvejelser omkring, hvorledes den individuelle psykoterapi kan og bør integreres i institutionsmiljøet. Herunder forholder diskussionen sig først til det vilkår, at forældrearbejdet, som er et essentielt aspekt ved den terapeutiske setting, ikke kan have den samme funktion i arbejdet med institutionsanbragte børn. Dette hænger sammen med, hvorledes samarbejdet med institutionen kan konceptualiseres, idet institutionspersonalet både er de primære omsorgsgivere og en del af den professionelle behandling. Dette rejser ligeledes nogle overvejelser omkring terapeutens tavshedspligt. Derudover præsenteres nogle refleksioner omkring anbringelsernes ustabilitet og dennes betydning for terapien.

### 7.3.1 Hvad med forældrearbejdet?

Idet psykoterapeutisk behandling af et barn er afhængigt af forældrenes opbakning, anses forældrearbejdet som en essentiel del af den terapeutiske setting (Tsiantis, 2000, xvii). Forældrearbejdet udføres sideløbende med barnets terapi og kan have forskellig karakter alt efter forældrenes evne og ønske. Et centralt aspekt ved en del forældrearbejde er dog, at engagere dem i en ”*unfolding proces*”<sup>28</sup>, hvor de gradvist får en større forståelse for deres barn og kan give mening til barnets adfærd – herunder en forståelse af de projektioner, som kan vække uhensigtsmæssige følelser og reaktioner hos forældrene (Green, 2000, p. 29; Rustin, 2000, p. 9). Idet barnets problematikker ofte kan forstås som dynamiske problematikker påvirket af de interpersonelle dynamikker i familien, ligesom forældrenes egne ubevidste konflikter må tænkes at påvirke deres relation til og forståelse af barnet, kræver en bedring hos barnet i mange tilfælde en udvikling hos forældrene.

Når barnet er anbragt på institution, har man allerede ændret de omstændigheder, hvorunder barnet skal kunne ændre og udvikle sig, og det er i stedet institutionspersonalet, som har ansvaret for, at barnet kommer til sin terapi. Derfor er forældrearbejdet ikke aktuelt i denne situation. Hertil skal det dog pointeres, at projektioner og overføring i lige så høj grad foregår på institutionen og i relationen til institutionspersonalet, som det gør i terapien med terapeuten, og som det normalt ville være tilfældet i relationen til barnets forældre (Emanuel, 2002; Wilson, 2009, p. 277). De emotionelle krav og forventninger samt de primitive angreb og den forvirring, som barnet bringer ind i institutionssammenhænge (ibid, p. 280), vil formentlig påvirke personalets arbejde og funktion, ligesom terapeutens tænkning påvirkes i terapien. Der er derfor på samme måde fare for, at personalet vil reagere på det pres, som terapeuten også oplever. Dette muligvis i endnu højere grad, idet personalet ikke nødvendigvis er opmærksomt på disse processer, ligesom det ofte er tilfældet med forældre (Flynn, 2009, p. 265).

Dermed kan der argumenteres for, at der er behov for et samarbejde med institutionspersonalet, som svarer til forældrearbejdet, hvis den individuelle psykoanalytiske terapi skal integreres i en institutionssammenhæng. Som minimum må det være afgørende, at det terapeutiske arbejde støttes af institutionen (Wilson,

---

<sup>28</sup> En udforskende, udviklende og åbenbarende proces.

2009, p. 282), ligesom formålet med forældresamarbejdet som minimum er: *"gaining the support [...] to protect and sustain the child's therapy"* (Rustin, 2000, p. 3). Ifølge Flynn (2009) bliver en psykoanalytisk behandling i en institutionssammenhæng dog først mulig, når der er et godt samarbejde mellem personale og terapeut og en fælles *"culture of enquiry"* (p. 263), hvilket lægger op til, at personalet ligeledes må være bekendt med den psykoanalytiske forståelse af barnet. I forlængelse heraf kan terapeuten påtage sig en konsultativ rolle i forhold til institutionen og herigennem tilbyde en forståelse af eksempelvis projektiv identifikation og modoverføring, som tilsyneladende kan være værdifuldt for institutionen<sup>29</sup> (Wilson, 2009, p. 278). Formålet med en sådan tilgang bliver da at hjælpe personalet med at tænke over deres egne observationer og oplevelser og derved facilitere en større forståelse af barnet og det følelsesmæssige indtryk, som børnene efterlader hos dem (ibid, p. 279). Hvis personalet får mulighed for at reflektere over deres egen rolle, vil de kunne få en bedre selvforståelse og selvkontrol, og dermed være bedre rustet til at modstå overføringspresset og udlevelsen af projektionerne, som der ellers kunne være fare for (ibid, p. 283). Som terapeut i denne setting må man derfor have en forståelse af de processer, som forekommer i et netværk og være i stand til at genkende og artikulere de ubevidste mekanismer, som opererer i netværket (Horne, 2000, p. 61).

### 7.3.1.1 Delkonklusion

I det foregående er der argumenteret for, at integrationen af individuel psykoanalytisk behandling på en institution bør faciliteres af et sideløbende samarbejde med institutionspersonalet, hvilket indeholder nogle af de samme funktioner som forældrearbejdet har i et almindeligt psykoterapeutisk forløb. Dette for at hjælpe personalet til at forstå barnets adfærd og de følelser, som barnet vækker hos personalet, samt for at sikre en positiv opbakning omkring terapien. Der er dog ikke i samme grad som ved forældrearbejde behov for en udforskning af personalets egne mønstre og familiedynamikker, da det ikke er disse tidligere mønstre, som

---

<sup>29</sup> Ligesom ved forældrearbejdet er det formentlig en fordel, hvis to terapeuter deler arbejdsopgaverne mellem sig, således at én står for det terapeutiske arbejde med barnet og en anden tager sig af samarbejdet med netværket (jf. Grünbaum, 2007, p. 175).



barnet genlever – men det kan stadig være relevant i forhold til personalets reaktioner på barnet.

### 7.3.2 Fortrolighed i terapi

*”It is only with the establishment of trust and confidence that a therapeutic space can be created”* (Asherman & Rubin, 2008, p. 24). Derfor er terapeutens tavshedspligt vigtig, idet dette forhold er afgørende for barnets tiltro til terapeuten og dets oplevelse af at være fri til at afsløre, hvad det tænker og føler (ibid, p. 21). Barnet har behov for, at der ikke er nogle eksterne følger af terapien, for derved finder barnet ud af, at terapien tilbyder en relation, hvor det er sikkert at tage chancer (Hunter, 2001, p. 38). Dette forhold kan synes særligt væsentligt i arbejdet med de omsorgssvigtede børn grundet deres mistillid og angsten for deres egne ødelæggende impulser. Modsat fremsætter flere forfattere, at det ikke er muligt eller hensigtsmæssigt at praktisere den almindelige grad af tavshedspligt i terapien, når det terapeutiske arbejde integreres i en institutionssammenhæng (Wilson, 2009, p. 278; Cant, 2005, p. 8).

Cant (2005) mener, at det er nødvendigt at være fælles omkring tavshedspligten, hvis man skal kunne have et ordentligt samarbejde med institutionen, og at indsigterne, som nås i terapien, skal deles med personalet, så de derved kan få en forståelse af barnets fortid (p. 8). Hun ser det netop som en af fordelene ved at integrere den individuelle terapi i institutionsbehandlingen, at hele teamet omkring barnet kan *holde* behandlingen i fællesskab (ibid, p. 12). Wilson (2009) mener videre, at det ikke er en mulighed at bevare samme privathed som normalt, idet den individuelle terapi blot er et enkelt aspekt af den samlede behandling, og han mener, at der er fare for, at privatheden opfattes som hemmelighedsfuld, hvilket kan vække mistro og misundelse hos de andre professionelle (p. 278). Derudover har personalet brug for at vide, hvad der sker i terapien, hvis barnet bliver oprevet på grund af følelser, som vækkes i en session, og som kan føre til forstyrrende eller selv-destruktiv adfærd (ibid).

Hertil kan det dog diskuteres, om dette forhold er anderledes end, når det er forældrene, der skal være sammen med barnet efter en svær session. Dermed kan principperne for kommunikationen med forældre fungere som guideline i forhold til, hvordan og hvor meget terapeuten kommunikerer omkring barnets terapi med

personalet (Ascherman & Rubin, 2008, p. 30). Terapeuten kan bruge sin viden om barnet til at forbedre personalets behandling af barnet og deres forståelse af barnet ved at fortælle om bredere temaer uden at afsløre mere følsomme detaljer fra terapien (ibid, 26).

Ligesom ved samarbejdet med forældre er der dog denne risiko for, at der opstår mistillid til terapien og terapeuten. Hvis de andre faggrupper oplever terapien som mystisk og hemmelighedsfuld, vil terapeuten formentlig heller ikke få den nødvendige information omkring barnet, som der er brug for, for at forstå barnets aktuelle problemstillinger i terapien (Hunter, 2001, p. 38). I denne sammenhæng bliver det konsultative arbejde med institutionen, som tidligere blev nævnt, igen essentielt. Det er nemlig muligt at forstå personalets reaktioner og oplevelser som en reaktion på netop de processer, som udspiller sig omkring barnet. På samme tid er det dog også vigtigt, at terapeuten selv er opmærksom på, hvorfor hun tilbageholder en viden, da dette lige såvel kan handle om følelser af mistillid, omnipotens eller jalousi.

Der er dog det særlige forhold ved den individuelle terapi med et anbragt barn, at terapeuten i nogle tilfælde bliver den person, der har størst viden omkring barnets tidligere erfaringer og aktuelle bekymringer. I sådanne tilfælde kan der være behov for, at terapeuten deltager i planlægningen omkring barnets fremtid, og derved kan det blive nødvendigt at gå på kompromis med fortroligheden (ibid, p. 49). Det kan dog argumenteres, at dette kun bliver nødvendigt, hvis det vurderes, at en beslutning vil skade barnet, og derved er det ikke anderledes end den normale tavshedspligt. Hvis terapeuten vurderer, at barnet selv eller andre er i fare, er hun nødt til at gøre noget for at stoppe det, og denne information bør muligvis deles med barnet (ibid, p. 50). Informationen kan da også formodes at være lige så vigtig for det omsorgssvigtede barn som tavshedspligten, da barnet normalt ikke har en forventning om, at den voksne vil passe på det (jf. 4.4).

### **7.3.2.1 Delkonklusion**

Fortroligheden mellem terapeut og klient er afgørende for barnets terapi, idet barnet skal føle sig i stand til at tage chancer og bringe sine indre konflikter og fantasier i spil i terapien. Når barnet er anbragt på institution bliver de primære omsorgsgivere dog samtidig det professionelle netværk, og derfor kan der opstå nogle uklare

grænser for tavshedspligten. I det foregående argumenteres der for, at dette vilkår ikke bør påvirke terapeutens fortrolighed, men at terapeuten kan bruge de samme retningslinjer som ved forældrearbejde, hvor personalet kan oplyses om barnets kerneproblematikker uden detaljer fra terapien. Dog kan der opstå tilfælde, hvor der er behov for, at terapeuten delvist bryder fortroligheden. Endnu en udfordring for terapeuten kan være at skulle argumentere for, at et barn har behov for terapi og gavner af den, når hun ikke kan afsløre noget omkring terapien (Ascherman & Rubin, 2008, p. 22). Dette relaterer sig til den sidste deldiskussion, som følger herefter, og som netop handler om, hvordan anbringelsens ustabilitet kan afbryde terapien.

### 7.3.3 Ustabilitet og afslutning af terapi

I Danmark er institutionsanbringelser ofte midlertidige, og anbringelserne præges ofte af en ustabilitet og uforudsigelighed (Egelund & Hestbæk, 2003). Dette kan betyde, at den individuelle terapi risikerer at blive afbrudt for tidligt eller med kort varsel. Dette er uhensigtsmæssigt i enhver psykoanalytisk terapi, da stabiliteten og pålideligheden er essentielle elementer ved det terapeutiske miljø, men er måske særligt uhensigtsmæssigt for terapi med de omsorgssvigtede børn, hvis opvækst og terapeutiske materiale netop karakteriseres af temaer som uforudsigelighed og usikkerhed (jf. 4.4 og 7.2).

Det fremgår af analysematerialet, hvor ambivalente børnene er omkring deres sårbare sider og følelser af at være afhængig af andre, og hvordan en del af den terapeutiske proces netop indebærer, at barnet bliver mere åben for disse sider og bedre kan erkende og acceptere sit behov for og ønsket om en positiv relation. Hvis terapien pludseligt afbrydes eller afbrydes for tidligt, kan dette muligvis opleves som endnu et svigt eller den straf, som barnet i udgangspunktet havde forventet, hvorfor det modvilligt engagerede sig i relationen. Denne oplevelse kan derved bekræfte og forstærke barnets lave forventninger og mistroiske attitude til omgivelserne. Wittenberg (1999) skriver, at faren ved at afslutte for tidligt er, at utilstrækkeligt analyseret destruktive dele vil tage over og ødelægge de fremskridt, som var nået (p. 344). Denne antagelse bekræftes i analysematerialet, hvor der kommer stilstand i Chloe's terapi, da hun flyttes i plejefamilie (Cant, 2005, p. 19), mens ustabilitet og skift i personalet på institutionen følges af en større usikkerhed og et midlertidigt tab

af udvikling i terapien hos Ian (Boston & Szur, 1983, p. 81). På baggrund af disse overvejelser kan man rejse spørgsmålet, om det overhovedet er hensigtsmæssigt at tilbyde psykoanalytisk terapi, når der ikke er sikkerhed omkring terapiens rammer og varighed?

Der er altid en risiko for, at et psykoterapeutisk forløb afbrydes af eksterne årsager, og det vil altid være uhensigtsmæssigt. Lanyado (1999) mener, at terapeuten derfor bør arbejde på at gøre den uplanlagte afslutning til en planlagt afslutning (p. 363). Det vil sige, at klient og terapeut får mulighed for at arbejde med afslutningen, selvom denne muligvis kommer for tidligt i det terapeutiske forløb. Det særlige ved den psykoanalytiske terapi er blandt andet, at den er ikke-styrende, hvorfor det også kan være svært at afgrænse terapiens målsætning og dermed også, hvornår terapien er 'færdig' (ibid, p. 364). Barnet vil altid have en stor udvikling foran sig. Derfor kan det være vigtigt, at terapeuten i forbindelse med afslutningen får gjort det klart, hvad terapien har, og hvad den ikke har kunnet gøre, så fremtiden kan betragtes på en realistisk måde. På den måde kan man også forstå terapien som en måde at have forberedt barnet på senere at kunne søge og indgå i psykologisk behandling (Wittenberg, 1999, p. 343f).

Selvom der er måder at arbejde med den tidlige afslutning på, kunne det argumenteres, at det ville være en stor fordel for barnet og dets fremtidige omgivelser, at terapien kunne fortsætte i overgangen fra institutionsanbringelsen til de nye forhold: *"Improvement occurring during the course of psychotherapy proved to be a crucial factor in enabling the child either to move into foster-care or [...] to return to his own family"* (Boston & Szur, 1983, p. 89). Szur mener, at selv kort tid i terapi kan være afgørende for barnets muligheder for at kunne indgå i en familie (ibid). Hun beskriver, hvordan terapien kan anvendes til at udforske barnets følelser i forhold til overgangen og dermed facilitere processen (ibid, p. 95). Cant (2005) understøtter denne pointe, idet hun mener, at terapien kan fungere som en form for overgangsobjekt mellem de to dele af barnets liv, hvor terapien i en periode bliver det eneste kendte, pålidelige og konsistente, mens verden synes uforudsigelig og kaotisk (p. 8).

I relation til tanken omkring terapien som overgangsobjekt er det vigtigt at understrege, at selvom containment er essentielt for en sund udvikling, er det mindst

ligeså vigtigt med forældrenes ”*letting go*”<sup>30</sup> (Lanyado, 1999, p. 368). Når der træffes beslutninger omkring barnets terapi, kan det vække frustrationer hos terapeuten, men det er vigtigt at containe sin egen vrede og fortvivlelse og i stedet forberede barnet på afslutningen (Wittenberg, 1999, p. 344). For at opnå en god nok afslutning må terapeuten undgå en gentagelse af tidligere traumatisk separation og afslutning (Lanyado, 1999, p. 368). Dette gøres ved, at terapeuten netop ikke reagerer på sine egne følelser, men i stedet fortsat overlever og container barnets følelser (Wittenberg, 1999, p. 355). Barnet har formentlig behov for at beskytte sig selv og projicere sine følelser af magtesløshed og sårbarhed, som afslutningen vækker, over i terapeuten. Terapeuten kan tale til barnet om det tab, det er at skulle afslutte og omkring uvisheden i fremtiden, og på den måde bliver smerten og sorgen delt mellem klient og terapeut, og derved adskiller denne afslutning sig formentlig fra tidligere separationer (ibid). Hvis dette opnås, kan man sige, at det har været muligt for klienten at lære og vokse gennem denne oplevelse. Terapeuten tilbyder et nyt objekt og en ny erfaring, som barnet kan internalisere. Derved skaber afslutningen, ligesom de separationer og pauser som er undervejs i terapien, en mulighed for at arbejde med barnets angst og fantasier på en ny og udviklende måde.

### 7.3.3.1 Delkonklusion

Ustabiliteten i institutionsanbringelserne kan betyde, at barnets terapi slutter for tidligt eller afbrydes pludseligt. I det foregående bliver det tydeligt, at det er afgørende, at terapeuten sikrer barnets terapi – enten ved at gøre den uplanlagte afslutning planlagt eller ved at lade terapien fungere som overgangsobjekt ved et skift i anbringelse. Vigtigheden af at terapeuten forstår og tolker barnets følelser og reaktioner i denne situation understreges, og det er helt centralt for den gode afslutning, at denne bliver en ny erfaring med et nyt, virkeligt objekt, som kan containe og dele oplevelsen med barnet.

---

<sup>30</sup> På dansk kan man tale om at forældrene ’giver slip’ på deres børn. Heri ligger der, at forældrene lader barnet udvikle sig og blive mere separat og selvstændig.

## 8 Konklusion

Dette speciale blev indledt med refleksioner omkring den tilsyneladende utilstrækkelige kvalitet af anbringelserne af omsorgssvigtede børn i Danmark. Disse refleksioner dannede grobund for en undren omkring, hvordan individuel psykoanalytisk psykoterapi kan anvendes i arbejdet med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. I forlængelse heraf blev formålet med dette projekt at undersøge og nå til en dybere forståelse af det omsorgssvigtede, institutionsanbragte barn i individuel psykoanalytisk terapi samt at undersøge, hvordan denne behandlingsmetode kan anvendes og integreres med disse børn i en institutionskontekst.

Gennem en fænomenologisk fortolkende analyse af 16 casebeskrivelser af terapeutiske forløb med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn identificeredes syv temaer, som er karakteriserende for materialet på tværs af de analyserede cases. I disse temaer beskrives den aktivitet, de tendenser og konflikter, som barnet bringer op i terapien. Disse temaer er i sig selv interessante og oplysende og giver et interessant og unikt indblik i og kendskab til, hvad der kan karakterisere psykoanalytisk terapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Derudover kunne temaerne fungere som udgangspunkt for en videre udforskning af dette emne.

Metodisk viste den anvendte fremgangsmåde sig som fordelagtig for analysen af forskellige typer af casebeskrivelser og vignetter. Tilgangen gjorde det muligt at opdage emner, der ikke blev ledt efter, og det har bevirket, at projektet som helhed illustrerer en udviklende og oplysende proces, som synes særlig for det kvalitative og udforskende arbejde. Metoden og fortolkningen begrænser dog også projektet, da resultaterne primært giver mening indenfor en psykoanalytisk forståelsesramme. Dette har dog også været formålet med specialet, der bevidst har været centreret omkring denne tilgang.

En teoretisk refleksion over analysens temaer gjorde det muligt at lave forbindelser mellem de deskriptive temaer og den psykoanalytiske forståelse af barnets udvikling. Det blev vist, hvordan børnenes materiale kunne forstås i relation til det forhold, at børnene var tidligere omsorgssvigtede, og analysen indikerer, at barnet som forventet gentager og genoplever tidlige følelser og konflikter. Den teoretiske forståelse af temaerne indebærer blandt andet, at det omsorgssvigtede barn

i terapi primært befinder sig i den paranoid-skizoide position, hvor primitive forsvarsmekanismer som projektiv identifikation og undgåelse er særligt dominerende, mens den depressive position kun viser sig i glimt. Barnet kan således forstås som siddende fast i tidligere udviklingskonflikter, og disse synes at blive gennemarbejdet med forsinkelse i den individuelle terapi.

Analysen og den efterfølgende teoretiske refleksion over temaerne indebar indikationer for nogle særligt udfordrende elementer ved den psykoanalytiske terapi med omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Det fremgik, at børnenes massive brug af projektiv identifikation og deres fysiske aggressivitet lagde et væsentligt pres på terapeuten. Det er vigtigt at containe barnets aggressive og destruktive tendenser samt at forsøge at give disse tendenser mening for barnet, men det er i arbejdet med de omsorgssvigtede børn også nødvendigt, at terapeuten i særlig grad retter opmærksomhed mod at sætte grænser for barnet i terapien og mod at opretholde sin egen mentale afgrænsning. Det er væsentligt, at terapeuten udforsker sin egen modoverføring, og at grænserne i terapien sættes på en autentisk måde, dog uden at være reaktioner på terapeutens egne konflikter eller projektioner.

Børnenes mistillid overfor relationer og det terapeutiske arbejde blev ligeledes identificeret som en mulig udfordring ved terapien med de omsorgssvigtede børn. Det fremgik dog, at den psykoanalytiske holdning og tilgang til terapien generelt er faciliterende for dannelsen af en tillidsfuld relation og for at engagere barnet i behandlingen. Dette særligt gennem terapeutens tolkning af barnets angst og negative overføring, hvilket skaber en lettelse hos barnet og gør terapeuten til et nyt, godt objekt, der kan internaliseres.

Det beskrives i projektet, hvordan der er nogle særlige praktiske forhold, som gør sig gældende, når et barn er anbragt på institution. Dette indebærer blandt andet, at der ikke er mulighed for forældrearbejdet, hvilket normalt er en essentiel del af skabelsen af det terapeutiske miljø. Derved bliver samarbejdet med institutionen og institutionspersonalet væsentligt, og det fremsættes, at dette samarbejde bør rumme nogle af de samme aspekter som forældrearbejdet. Terapeuten kan hjælpe personalet til en dybere forståelse af barnet og de ubevidste processer, som i lige så høj grad påvirker barnets hverdag som terapien.

I den henseende bliver overvejelser omkring fortroligheden i terapi ligeledes relevante. Det er vigtigt, at barnet kan føle sig i stand til at tage chancer i terapien uden, at dette får følger udenfor terapien. Det, at barnet er anbragt på institution, bør

ikke påvirke fortroligheden, da terapeuten kan benytte de samme retningslinjer som ved forældrearbejdet, hvor personalet oplyses om barnets kerneproblematikker, uden at detaljer fra terapien afsløres. Ligesom ved andre terapeutiske forløb er der dog en undtagelse, hvis barnet eller andre er i fare, eller terapiens bedste ikke er barnets bedste.

I Danmark præges mange anbringelser af ustabilitet og uforudsigelighed, og det kan påvirke terapien i en så u hensigtsmæssig grad, at det er nødvendigt at overveje, om det overhovedet er forsvarligt at tilbyde et psykoanalytisk terapeutisk forløb under disse ustabile forhold. Det er her afgørende, at terapeuten kan sikre barnets terapi, så der altid vil være mulighed for at arbejde med afslutningen. Hvis det er muligt, fremstår det som en særlig god løsning at lade terapien fortsætte ved et skift i anbringelse, således at terapien kan fungere som overgangsobjekt og dermed støtte og facilitere processen. Igen er terapeutens tolkning af barnets følelsesmæssige tilstand afgørende, hvilket giver barnet en ny erfaring med separation og afslutning.

Dermed er projektets problemstilling besvaret, og projektet kan som helhed bidrage med en relevant viden for psykoanalytiske psykoterapeuter i forhold til, hvordan forskellige temaer i det terapeutiske materiale kan forstås, og hvorledes disse imødekommes bedst i behandlingen af omsorgssvigtede, institutionsanbragte børn. Projektet afrundes nu med en perspektivering, hvor forskellige aspekter, som kunne være interessante at udforske yderligere i relation til projektets genstandsfelt, præsenteres.



## 9 Perspektivering

I det følgende præsenteres nogle af de refleksioner, som er dukket op gennem den proces, det har været at udfærdige dette speciale. Figuren, som indledningsvist blev brugt som illustration på projektets afgrænsning (jf. 1.1.1), viste, at der er mange væsentlige faktorer og aspekter, som må udforskes for at dække hele problemfeltet. Der fokuseres i det følgende særligt på, hvilke spørgsmål der endnu ikke er besvaret og på baggrund heraf, hvad der kunne være relevant for videre forskning på området. Derfor er det også kun en kort indføring i de forskellige problemstillinger, der præsenteres her.

I dette speciale er det besluttet udelukkende at undersøge terapi med de *institutionsanbragte* børn, og det kunne derfor være interessant at udvide analysen til beskrivelser af terapi med omsorgssvigtede børn anbragt i plejefamilie for at finde eventuelle forskelle og/eller ligheder i materialet.

Der har endvidere primært været fokus på de udfordringer, som den psykoanalytiske terapi med de omsorgssvigtede, anbragte børn kan medføre, og der tildeles ikke specifik opmærksomhed til eventuelle fordele ved behandlingen og til, hvordan denne terapeutiske tilgang kan forbedre anbringelsens virkning på barnets udvikling. Dertil hvilke andre tilgange eller tiltag, der kunne være faciliterende for denne proces. Dette er naturligvis et væsentligt emne, som bør udforskes nærmere. Emnet relaterer sig videre til spørgsmål omkring, hvordan det anbragte barns problematikker skal forstås, og hvad der kan vurderes som en succesfuld anbringelse. Det fremgår af de nyeste undersøgelser på området, at der er stort fokus på statistik omkring socioøkonomiske forhold, og noget kan tyde på, at anbringelserne aktuelt er fokuseret omkring at opdrage og tilpasse de anbragte børn til de normer, som samfundet har. I mange tilfælde kan det se ud som om, at det primært handler om, at barnet ikke skal blive en byrde for samfundet. Modsat kan målet med den psykoanalytiske terapi forstås således, at man via behandlingen gør det muligt for barnet at tage imod nyttige relationer. Det kunne derfor være interessant at undersøge, hvordan denne udvikling kan forstås som et faciliterende eller nødvendigt aspekt for at nå nogle af de andre målsætninger, man kunne have for en anbringelse.

I projektet diskuteres det, hvornår og hvordan terapeuten skal sætte grænser for det omsorgssvigtede barn i terapi. Denne diskussion er også interessant i forhold

til en bredere forståelse af barnet i dets hverdagsomgivelser. På mange institutioner er der i høj grad fokus på struktur og rutiner, og som det fremgår af indledningen, bliver magtanvendelser en almindelig strategi til at opretholde den orden, som bestræbes på institutionen. Disse aspekter kunne være interessante at udforske nærmere.

I den aktuelle anbringelsesreform ønsker man at give de anbragte børn og unge de samme muligheder for fremtiden som alle andre unge i landet. Denne inkluderende forståelse er en generel tendens i samfundet i dag (jf. Salamanca erklæringen, 1994), men måske bør normalitetsbegrebet relativiseres i forhold til de omsorgssvigtende, anbragte børn. Dette spørgsmål relaterer sig til forståelsen af, hvorvidt barnet har en forsinket udvikling eller en forstyrret eller skadet udvikling, og det er en ganske relevant diskussion. Rask og Tordrup (2011) pointerer, at man må forstå de anbragte børn ud fra deres *udviklingsalder* samt behandle og sætte forventninger til børnene på baggrund af denne forståelse. Dermed sænkes forventningerne til barnet på institutionen, men der er stadig en forventning om, at barnet kan udvikle sig i en sund retning under de rette omstændigheder. Denne holdning mødte jeg ikke selv, da jeg arbejdede på en anbringelsesinstitution, da man her ofte hørte parolen: ”Når børnene er så tidligt skadede, er der ikke meget at gøre”. Der er altså en fare for helt at overse barnets potentialer, hvis normalitetsbegrebet relativiseres ’for meget’. Hertil kan man fremsætte, at man stadig må have håb for og en forventning om, at barnet har potentiale for en normal udvikling. Ligesom barnets forventninger til relationen vil påvirke relationen, vil den voksnes forventninger til barnet også være væsentlige for samspillet og for barnets muligheder for ændring.

Specialet har primært fokus på den *individuelle* terapi, men der præsenteres i diskussionen nogle overvejelser omkring, hvilken rolle institutionen og institutionspersonalet spiller. Her åbnes der op for, at man kan forstå institutionen som et system, hvor alle dele af systemet påvirker og påvirkes af de indre, ubevidste processer. Det kunne være interessant at udvide problemfeltet og undersøge, hvilke tiltag der kan tages på institutionerne for at forbedre anbringelserne. Emanuel (2002) pointerer, hvordan projektioner spreder sig i hele systemet eller organisationen, og hvordan personalet på institutionen også selv har behov for containment for at undgå at genskabe det samme omsorgssvigtende miljø, som barnet kommer fra. Her bliver det organisatoriske arbejde interessant i forbindelse med, hvilke vilkår der er på arbejdspladsen. Sprince (2002) demonstrerer, hvordan terapeutens konsultative

arbejde på institutionen med personalet kan brede sig til hele organisationen, og denne vinkel er ligeledes interessant. Denne systemiske tanke afspejles blandt andet i de danske institutioner, som arbejder miljøterapeutisk, og det kunne være interessant at beskæftige sig mere med, hvordan den psykoanalytiske teori og tænkning kunne anvendes i et større system på institutionen og ikke blot i den individuelle terapi.

## 10 Referenceliste

Listen er en opgørelse over de i specialet anvendte referencer og det vejledergodkendte pensum.

- Ascherman, L. I & Rubin, S. (2008). Current ethical issues in child and adolescent psychotherapy. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17, (pp. 21-35).
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International journal of psycho-analysis*, 40 (pp. 308-315).
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Vol. 1: Mainly theory* (pp. 178-186). London: Routledge, 1988
- Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the workingalliance. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, Vol. 16, p 252-260.
- Boston, M. (1972). Psychotherapy with a boy from a children's home. *Journal of child psychotherapy*, 3(2), (pp. 53-67)
- Boston, M. (1983). Technical problems in therapy. In M. Boston & R. Szur (Eds), *Psychotherapy with severely deprived children* (pp. 58-66). London: Routledge & Kegan Paul plc.
- Boston, M. & Szur, R. (1983). *Psychotherapy with severely deprived children*. London: Routledge & Kegan Paul plc
- Bowlby, J. (1988/94). *En sikker base*. København: Det lille forlag
- Canham, H. (2004). Spitting, kicking and stripping: technical difficulties encountered in the treatment of deprived children. *Journal of child psychotherapy*, 30(2), (pp. 143-154).
- Cant, D. (2005). 'Only connect' – a sexually abused girl's rediscovery of memory and meaning as she works towards the transition from a therapeutic community to a foster-family. *Journal of child psychotherapy*, 31(1), (pp. 6-23).
- Chethik, M. (2002). The play relationship and the therapeutic alliance. *Psychoanalytic social work*, 8(3-4), (pp. 9-20).
- Cohen, J. (1997). Child and adolescent psychoanalysis: Research, practice and theory. *The international journal of psychoanalysis*, 78, (pp. 499-520).
- Christensen, G. (2002). Psykologiens videnskabshistorie. In G. Christensen, *Psykologiens videnskabsteori* (pp. 43-74). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Diderichsen, B. (2000). When words kill. The transition from the paranoid-schizoid to the depressive position in psychotherapy. A case study. *Psyke & Logos. Objektrelationer*, 21(2), (pp.470-482).
- Edgcombe, R. (2000). *Anna Freud. A view of development, disturbance and therapeutic techniques* (pp. 55-76) . London: Routledge. (Kapitel 4: Theories and techniques: controversies and repercussions (pp. 55-76); Kapitel 7: Psychopathology and therapeutic technique (pp. 160-195))
- Egelund, T. & Hestbæk, A. (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt*. København: Socialforskningsinstituttet.

- Emanuel, L. (2002). Deprivation x 3. The contribution of organizational dynamics to the 'triple deprivation' of looked-after children. *Journal of child psychotherapy*, 28(2), (pp. 163-179).
- Flynn, D. (2009). The challenges of in-patient work in a therapeutic community. In M. Lanyado & A. Horne (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (pp. 261-275). East Sussex: Routledge.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J. & Kurtz, Z. (2002a). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: The Guilford press. (Kapitel 1: Introduction and review of outcome methodology (pp. 1-43); Kapitel 9: Pervasive developmental disorders (pp. 263-284)).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac books Ltd. (Kapitel 1: Attachment and reflective function (pp. 23-64); Kapitel 4: Social biofeedback theory of affect-mirroring (pp. 170-202)).
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Group psychology and other works* (pp. 1-64).
- Freud, A. (1948). *Psykoanalytisk behandling af børn*. København: Munksgaard.
- Freud, A. (1965/1968). *Normalitet og patologi i barndommen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gammelgaard, J. (2007). Den psykoanalytiske behandlingsmetode. In B. Karpatschof & B. Katzenelson (Eds.), *Klassisk og moderne psykologisk teori* (pp. 148-157). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gammelgaard, J. (2010). Psykoanalysens empiri. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 355-374). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gorney, J. E. (1994). On limit and limit setting. *Psychoanalytic review*, 81, (pp. 259-278).
- Green, V. (2000). Therapeutic space for re-creating the child in the mind of the parents. In J. Tsiantis, S. V. Boethious, B. Hallerfors, A. Horne & L. Tischler (Eds), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. 25-46). New York: Karnac Books
- Grünbaum, L. (1999/00). Psykoanalytisk børneterapi – hvordan virker hvad? *Matrix*, 3, (pp. 245-268).
- Grünbaum, L. (2006). Gennem stilhed i det tomme rum – børneterapi, tab og traume. In C. H. Jacobsen (Ed.), *Tilknytning, tab og tilblivelse* (pp. 57-76). Aalborg Universitetsforlag.
- Grünbaum, L. (2007). Supervision af psykoterapi med børn og unge. In C. H. Jacobsen & K. V. Mortensen (eds), *Supervision af psykoterapi. Teori og praksis* (pp. 172-187). København: Akademisk forlag.
- Hagelquist, J. Ø. (2012). Udsat for en fast hånd. *Psykolog Nyt*, 66, (pp. 18-20).
- Heede, T. & Rasmussen, K. (2009). Does individual therapy add to the effect of milieu therapy? Paper presented at: EFPP Group Section Conference *Bridging Identities. Clinical Impact of Groups*, May 28-31, 2009, Prague, Czech Republic (unpublished).
- Heede, T., Runge, H., Storebø, O. J., Rowley, E. & Hansen, K. G. (2009). Psychodynamic milieu-therapy and changes in personality – what is the connection? *Journal of Child Psychotherapy*, 35(3), (pp. 276-289).

- Heinemann, T. V. (2001). Hunger pangs: Transference and countertransference in the treatment of foster children. *Journal of applied psychoanalytic studies*, 3(1), (pp. 5-16).
- Henry, G. (1974). Doubly deprived. *Journal of child psychotherapy*, 3D, (pp. 15-28).
- Henry, C. (2010). Aggression, containment and treatment enactments in the psychodynamics of limit setting. *Journal of the American academy of psychoanalysis and dynamic psychiatry*, 38(2), (pp. 341-356).
- Horne, A. (2000). Keeping the child in mind: thoughts on work with parents of children in therapy. In J. Tsiantis, S. V. Boethious, B. Hallerfors, A. Horne & L. Tischler (Eds), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. 47-64). New York: Karnac Books
- Horne, A. (2009). Normal emotional development. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 27-37). New York: Routledge.
- Hunter, M. (2001). *Psychotherapy with young people in care. Lost and found*. East Sussex: Routledge.
- Hunter-Smallbone, M. (2009). Child psychotherapy for children looked after by local authorities. In M. Lanyado & A. Horne (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (pp. 316-327). East Sussex: Routledge.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Amlo, S., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Gabbard, G. O., Bøgwald, K., Marble, A., Ulberg, R. & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), (pp. 697-706).
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 185-206). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jacoby, H., (1969): Deprivationssyndromet og den psykopatiske udvikling. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, XXIII(2), 189-204
- Jørgensen, C. R. (2007). Terapeutisk alliance. In: J. Bjerg (Ed.), *Gads psykologi leksikon* (2nd ed., p. 654). Gads forlag.
- Karpatschof, B. (2007). Kausal, hermeneutisk og fænomenologisk analyse. In J. Bjerg (Ed.), *Gads psykologi leksikon* (2<sup>nd</sup> ed., p. 288-289). København: Gads forlag.
- Kenrick, J. (2000). 'Be a kid': the traumatic impact of repeated separations on children who are fostered and adopted. *Journal of child psychotherapy*, 26(3), (pp. 393-412).
- Killén, K. (2005). *Omsorgssvigt er alles ansvar* (3<sup>rd</sup> ed.). København: Hans Reitzels Forlag
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit. Implication for technique. *International journal of psychoanalysis*, 70(65), (pp. 65-79)
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In: *Envy and gratitude and other works* (pp. 1-24). London: The Hogarth press and the institute of psychoanalysis, 1975
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique: Its history and significance. In M. Klein, *Envy and gratitude and other works 1946-1963* (pp. 122-140). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1975
- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children*. New York: The free press.
- Koester, T. (2005). Psykologi: Metode, begreb og teori. In T. Koester & K. Frandsen (Eds.), *Introduktion til psykologi* (pp. 27-58). København: Frydenlund.

- Kvale, S. (1997). *Interview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk* (2<sup>nd</sup> ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology. Theory, research and method*. Essex: Pearson Education Limited. (Kapitel 1: Phenomenological psychology in context (pp. 1-7); Kapitel 7: Interpretations and meaning: IPA, hermeneutic phenomenology and template analysis (pp. 107-128))
- Lanyado, M. (1999). Holding and letting go: some thoughts about the process of ending therapy. *Journal of child psychotherapy*, 25(3), (pp. 357-378).
- Lanyado, M. & Horne, A. (2009). The therapeutic setting and process. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 157-174). New York: Routledge.
- Likierman, M. & Urban, E. (2009). The roots of child and adolescent psychotherapy in psychoanalysis. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 15-26). New York: Routledge.
- Lind, D. (2003). Tilknytningsforskningens bidrag til forståelsen af psykopatologi hos børn. *Psyke & Logos*, 24, (pp. 686-718).
- Lush, D., Boston, M. & Grainger, E. (1991). Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: Therapists' assessments and predictions. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 5(3), (pp. 191-234).
- Lush, D., Boston, M., Morgan, J. & Kolvin, I. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with disturbed adopted and foster children: A single case follow-up study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 3(1), (pp. 51-69).
- Meltzer, D. (2008). The cycle of the process in the individual session. In: *The psycho-analytical process* (pp. 66-77). London: Karnac/Harris-Meltzer trust.
- Midgley, N. (2009). Research in child and adolescent psychotherapy: an overview. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child & adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 73-97). New York: Routledge.
- Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of child psychotherapy*, 37(3), (pp. 232-260).
- Midgley, N. & Target, M. (2005). Recollections of being in child psychoanalysis: A qualitative study of a long-term follow-up project. *Psychoanalytic study of the child*, 60, (pp. 157-177).
- Midgley, N., Target, M. & Smith, J. (2006). The outcome of child psychoanalysis from the patient's point of view: A qualitative analysis of a long-term follow-up study. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 79, (pp. 257-269).
- Mortensen, K. V. (2001). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi* (2<sup>nd</sup> ed.). København: Gyldendal. (Kapitel 1: Udviklingsteorier (pp. 25-42); Kapitel 5: Melanie Klein (pp. 115-148)).
- Nissen, P. & Hansen, K. G. (2006). *Effektundersøgelse af psykodynamisk miljøterapeutisk døgnbehandling*. København: Dansk pædagogisk universitets forlag.

- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I: B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (2. ed.). *The heart & soul of change* (2.ed) (kap. 4, pp. 113-141). Washington DC: American Psychological Association.
- Olsen, R. F., Egelund, T. & Lausten, M. (2011). *Tidligere anbragte som unge voksne*. København: Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Perry, J. C. (ÅR). *Defence mechanism rating scales* (5<sup>th</sup> ed). Kjølbbye, M. & Sørensen, P. (Transl.). Psykoterapeutisk forlag.
- Poulsen, A. (2007). Deprivation. In: J. Bjerg (Ed.), *Gads psykologi lek-sikon* (2nd ed., p. 115). Gads forlag.
- Rask, A. & Tordrup, R. Y. (2011). *I sku' bare ha' set mig*. København: Akademisk forlag.
- Rosenbaum, B. (2007). Forsvarsmekanismer. In: J. Bjerg (Ed.), *Gads psykologi lek-sikon* (2<sup>nd</sup> ed., p. 185). Gads forlag.
- Rustin, M. (2000). Dialogues with parents. In J. Tsiantis, S. V. Boethious, B. Hallerfors, A. Horne & L. Tischler (Eds), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. 1-24). New York: Karnac Books
- Rutter, M. (1972). Short-term effects of 'maternal deprivation'. In: *Maternal deprivation reassessed* (pp. 29-52). Middlesex: Penguin Books
- Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*. København: Alinea.
- Rønnestad, M.H., (2008) Evidensbaseret praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 4 (p. 444 -454).
- Salamanca erklæringen (1994). *Salamanca erklæringen og handlingsprogrammet for specialundervisning*. Lokaliseret d. 23.03.12 på: <http://pub.uvm.dk/1997/salamanca.pdf>
- Sandler, J., Kennedy, H. & Tyson, R. L. (1980). Treatment alliance. In: *The technique of child psychoanalysis. Discussions with Anna Freud* (pp. 45-56). London: The Hogarth Press and the institute of psycho-analysis.
- Silverman, R. C. & Liebermann, A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerational transmission of violent relational patterns. *Psychoanalytic dialogues*, 9(2), (pp. 161-186).
- Singer, E. (1965). *Key concepts in psychotherapy*. New York: Random House.
- Skovborg, D. & Jessen, K. R. (2011). Omsorgssvigt – definition og teoretisk grundlag. In D. Skovborg & K. R. Jessen, *Tidlig indsats ved omsorgssvigt* (pp. 12-47). Frederiksberg: Frydenlund.
- Smith, J. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. Smith (ed), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2<sup>nd</sup> ed, pp. 53-80). London: Sage publications.
- Sprince, J. (2002). Developing containment. Psychoanalytic consultancy to a therapeutic community for traumatized children. *Journal of child psychotherapy*, 28(2), (pp. 147-161).
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden* (3<sup>rd</sup> ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (Anden del, pp. 77-232).
- Strati, E. (2007). Form loss to h.o.p.e.s.: safeguarding the analysis of an eight-year-old boy with multiple diagnosis in foster care. *Psychoanalytic study of the child*, 62, (pp. 263-287).
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010a). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 29-54). København: Hans Reitzels forlag.



- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010b). Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (pp. 489-500). København: Hans Reitzels forlag
- Thagaard, T. (2004). Teori og data. In T. Thagaard, *Systematik og indlevelse – en indføring i kvalitativ metode* (pp. 176-200). København: Akademisk forlag.
- Tsiantis, J. (2000). Introduction. In J. Tsiantis, S. V. Boethious, B. Hallerfors, A. Horne & L. Tischler (Eds), *Work with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (pp. xvii-xxix). New York: Karnac Books.
- Wakelyn, J. (2008). Transitional psychotherapy for looked-after children in 'short-term' foster care. *Journal of social work practice*, 22(1), (pp. 27-36).
- Wilson, P. (2009). Consultation in residential care. In M. Lanyado & A. Horne (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic approaches* (pp. 276-284). East Sussex: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1956). The antisocial tendency. In D. W. Winnicott (1975) *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 306-315). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Winnicott, D. W. (1965/1996). *Familien og den individuelle udvikling*. Frederiksberg: Det lille forlag.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock publications.
- Wittenberg, I. (1999). Ending therapy. *Journal of child psychotherapy*, 25(3), (pp. 339-356).
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2<sup>nd</sup> ed, pp. 235-251). London: Sage publications.

# 11 Appendiks 1

Oversigt over det fundne og tilgængelige materiale.

| Reference                                                                                                                                                  | Case        | Omsorgs-<br>svigt            | Anbringelses<br>type               | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hunter-Smallbone, M. (2009). Child psychotherapy for children looked after by local authorities. <i>Handbook of child &amp; adolescent psychotherapy</i> . | Flere       |                              | Plejefamilie                       | Ja                                          |
| Alvarez, A. (1992). <i>Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children</i> . London: Routledge          | Flere       | Uklart opdelt                |                                    | Ja                                          |
| Lanyado, M. (2010). Transformation through play. In K. V. Mortensen & L. Grünbaum (Eds), <i>Play and power</i> . London: Karnac Books. (p. 5-15)           | Gail, 12 år | Vanrøgt                      | Adopteret (tidligere plejefamilie) | Ja                                          |
| Laila, 6 years: Grünbaum: Survival and helplessness in empty space. In: <i>Play and power</i> , p. 81-90                                                   | Laila, 6 år | Tilbagevendende traumer      | Ikke anbragt                       | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001). <i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found</i> . East Sussex: Routledge (p. 9-13)                                       | Jenny, 9 år | Mistanke om seksuel overgreb | Plejefamilie                       | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                             | Case                                | Omsorgs-<br>svigt                    | Anbringelses<br>type         | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>13-17) | Eloise,<br>16 år                    | ?                                    | Institution<br>(Secure unit) | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>17-19) | Vincent<br>9 år                     | Deprivation                          | Institution                  | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>19-21) | Jake, 7 år<br>&<br>Phillip, 5<br>år | Overgreb og<br>vanrøgt               | Institution                  | Assessment                                  |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>27-36) | Natalie,<br>12 år                   | Vanrøgt                              | Plejefamilie                 | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>38-40) | Liam, 3<br>år                       | Vanrøgt/depr<br>ivation              | Dags-<br>anbringelse         | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>40-44) | Steven, ?                           | Mistanke om<br>seksuelle<br>overgreb | Ikke anbragt                 | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with<br/>young people in care.<br/>Lost and found.</i> East<br>Sussex: Routledge (p.<br>44-46) | Mariann<br>e, ?                     | Deprivation                          | Plejefamilie                 | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                         | Case              | Omsorgs-<br>svigt                  | Anbringelses-<br>-type            | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 46-48 + 169-171) | William,<br>10 år | Fysiske og psykiske overgreb       | Plejefamilie                      | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 48-50 + 70-87)   | Charlotte<br>7 år | Vanrøgt, deprivation, overgreb     | Institution                       | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 51-69)           | Joseph,<br>6 år   | Vanrøgt                            | Institution                       | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 103)             | Matthew,<br>6 år  | Deprivation                        | Adopteret (tidligere institution) | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p.103-105)          | Donna,<br>10 år   | Deprivation                        | Institution                       | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 105-116)         | Polly, 8 år       | Deprivation og seksuelle overgreb  | Midlertidig plejefamilie          | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 121-127)         | Naomi,<br>15 år   | Seksuel overgreb og ustabilt miljø | Ikke anbragt                      | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                  | Case          | Omsorgs-<br>svigt                      | Anbringelses-<br>-type            | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 127-129)  | Kelly, 16 år  | Vanrøgt/depr ivation                   | Plejefamilie                      | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 129-132)  | Hannah, 15 år | Vanrøgt, seksuelle og fysiske overgreb | ?                                 | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 132-136)  | Jake, 10 år   | Opvokset med psykisk syg mor           | Plejefamilie                      | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge ( p. 138-148) | Gabriel, 7 år | Opvokset med psykisk syg mor           | Plejefamilie                      | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 152-156)  | Jody, 9 år    | Seksuelle og fysiske overgreb          | Plejefamilie                      | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 159-161)  | Matthew, 9 år | Fysiske overgreb og venrøgt            | Adopteret (tidligere institution) | Ja                                          |
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 161-163)  | Alan, 11 år   | Vanrøgt og overgreb                    | Plejefamilie                      | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                                                                         | Case          | Omsorgs-<br>svigt                                   | Anbringelses<br>-type                               | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hunter, M. (2001).<br><i>Psychotherapy with young people in care. Lost and found.</i> East Sussex: Routledge (p. 163-169)                                                         | Simone, 7 år  | Seksuelle overgreb                                  | Plejefamilie                                        | Ja                                          |
| Boston, M. (1983).<br>The tavistock workshop: an overall view. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children.</i> London: Routledge. (p. 1-3) | Bobby, 6 år   | Deprivation                                         | Institution                                         | Ja                                          |
| Boston, M. (1983).<br>The tavistock workshop: an overall view. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children.</i> London: Routledge. (p. 3-4) | Martin, 14 år | Deprivation                                         | Institution                                         | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children.</i> London: Routledge (p. 11-19)                                                               | Lesley, 4 år  | Deprivation og formodet vanrøgt og fysiske overgreb | Institution (tidligere plejefamilie og institution) | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children.</i> London: Routledge (p. 20-24)                                                               | Katy, 5 år    | Deprivation                                         | Plejefamilie                                        | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children.</i> London: Routledge (p. 25-29)                                                               | Eileen, 14 år | Deprivation                                         | Institution                                         | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                                                                             | Case           | Omsorgs-<br>svigt                                 | Anbringelses-<br>-type | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 29-34)                                                                 | Chris, ?       | Usikker tidlig omsorg og følelsesmæssig afvisning | Institution            | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 35-40)                                                                 | Tom, 8 år      | Deprivation                                       | Institution            | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 40-46)                                                                 | Keith, 9 år    | Deprivation                                       | Institution            | Ja                                          |
| Szur, R. (1983).<br>Sexuality and aggression as related themes. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 51-57) | Desmond, 10 år | Deprivation                                       | Institution            | Ja                                          |
| Boston, M. (1983).<br>Technical problems in therapy. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 62-64)            | Valerie, 14 år | ?                                                 | Institution            | Ja                                          |
| Boston, M. (1983).<br>Technical problems in therapy. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge (p. 64-66)             | Leroy, 11 år   | Deprivation                                       | Institution            | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                                                                              | Case          | Omsorgs-<br>svigt | Anbringelses<br>-type | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| Boston, M. & Szur, R. (1983).<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 75-81)                                                                  | Ian, 9 år     | Deprivation       | Institution           | Ja                                          |
| Szur, R. (1983). The transition from an institution to a family. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 89-91) | William, 6 år | Deprivation       | Institution           | Ja                                          |
| Szur, R. (1983). The transition from an institution to a family. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 91-92) | Pamela, ?     | ?                 | Plejefamilie          | Ja                                          |
| Szur, R. (1983). The transition from an institution to a family. In M. Boston & R. Szur (Eds),<br><i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 92-95) | Rachel, 7 år  | Deprivation       | Institution           | Ja                                          |



| Reference                                                                                                                                                                                                                   | Case                                                                                                 | Omsorgs-<br>svigt   | Anbringelses-<br>-type                   | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Szur, R. (1983). The transition from an institution to a family. In M. Boston & R. Szur (Eds), <i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 95-97)                                         | Charles, 6 år                                                                                        | Deprivation         | Institution og overgang til plejefamilie | Ja                                          |
| Boston, M. & Szur, R. (1983). <i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . London: Routledge, (p. 98-104)                                                                                                         | Mathew, 7 år                                                                                         | ?                   | Plejefamilie                             | Ja                                          |
| Truckle, B. (1983). Fieldwork: First visit to a foster family. In M. Boston & R. Szur (Eds.), <i>Psychotherapy with severely deprived children</i> . (p. 118-124)                                                           | Gary, 8 år                                                                                           | ?                   | Plejefamilie                             | Nej                                         |
| Canham, H. (2004). Spitting, kicking and stripping: technical difficulties encountered in the treatment of deprived children. <i>Journal of child psychotherapy</i> , 30(2), pp. 143-154                                    | Eddie, 9 år                                                                                          | Vanrøgt og overgreb | Adopteret                                | Ja                                          |
| Kenrick, J. (2005). Where we live: some dilemmas and technical issues for the child psychotherapist in interpretative work with looked-after and adopted children. <i>Journal of child psychotherapy</i> , 31(1), pp. 24-39 | Ryan, 6 år<br>Bill, 10 år<br>Hal, 7 år<br>Ricky, 7 år<br>Lise, 10 år<br>Anita, 13 år<br>Robin, 12 år |                     | Plejefamilie eller adopteret             | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                                                                                                                                                                    | Case             | Omsorgs-<br>svigt                                 | Anbringelses-<br>-type                                    | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Henry, G. (1974).<br>Doubly deprived.<br><i>Journal of child<br/>psychotherapy</i> , ?, pp.<br>15-28                                                                                                                                                                         | Martin,<br>14 år | Tidlig<br>deprivation                             | Institution                                               | Ja                                          |
| Cant, D. (2005).<br>'Only connect' – a<br>sexually abused girl's<br>rediscovery of<br>memory and meaning<br>as she works towards<br>the transition from a<br>therapeutic<br>community to a foster<br>family. <i>Journal of<br/>child psychotherapy</i> ,<br>31 (1), pp. 6-23 | Cloe, 10<br>år   | Fysiske og<br>seksuelle<br>overgreb og<br>vanrøgt | Terapeutisk<br>institution<br>(tidligere<br>plejefamilie) | Ja                                          |
| Grünbaum, L. (1997).<br>Witches howl on new<br>years eve, <i>Journal of<br/>child psychotherapy</i><br>23(1), pp. 51-59                                                                                                                                                      | Bettina,<br>8 år | Deprivation                                       | Plejefamilie                                              | Ja                                          |
| Strati, E. (2007).<br>From loss to<br>H.O.P.E.S.:<br>Safeguarding the<br>analysis of an eight-<br>year-old boy with<br>multiple diagnoses in<br>foster care,<br><i>Psychoanalytic study<br/>of the child</i> , 62, pp.<br>263-287                                            | Simon, 8<br>år   | Deprivation                                       | Plejefamilie                                              | Ja                                          |
| Kenrick, J. (2000).<br>'Be a kid': the<br>traumatic impact of<br>repeated separations<br>on children who are<br>fostered and adopted,<br><i>Journal of child<br/>psychotherapy</i> , 26(3),<br>pp. 393-412                                                                   | Kris, 5 år       | Deprivation<br>og overgreb                        | Plejefamilie                                              | Ja                                          |

| Reference                                                                                                                                                                                                                       | Case            | Omsorgs-<br>svigt | Anbringelses-<br>-type  | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------------------|
| Heineman, T. (2001).<br>Hunger pangs:<br>Transference and<br>countertransference in<br>the treatment of foster<br>children. <i>Journal of<br/>applied<br/>psychoanalytic<br/>studies</i> , 3(1), (pp. 7-9)                      | David, ?        | Vanrøgt           | Plejefamilie            | Ja                                          |
| Heineman, T. (2001).<br>Hunger pangs:<br>Transference and<br>countertransference in<br>the treatment of foster<br>children. <i>Journal of<br/>applied<br/>psychoanalytic<br/>studies</i> , 3(1), (p. 11-<br>14).                | Jimmy, ?        | Deprivation       | Plejefamilie            | Ja                                          |
| Emanuel, L. (2002).<br>Deprivation x 3. The<br>contribution of<br>organizational<br>dynamics to the<br>'triple deprivation' of<br>looked after children,<br><i>Journal of child<br/>psychotherapy</i> , 28(2),<br>(pp. 163-179) | Keith, 10<br>år | Deprivation       | Familie-<br>anbringelse | Nej                                         |
| Emanuel, L. (2002).<br>Deprivation x 3. The<br>contribution of<br>organizational<br>dynamics to the<br>'triple deprivation' of<br>looked after children,<br><i>Journal of child<br/>psychotherapy</i> , 28(2),<br>pp. 163-179)  | Jason, 12<br>år | Deprivation       | Plejefamilie            | ?                                           |

| Reference                                                                                                                                                        | Case         | Omsorgs-<br>svigt | Anbringelses<br>-type | Individuel<br>psykoanalytisk<br>psykoterapi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| Wakelyn, J. (2008). Transitional psychotherapy for looked after children in 'short-term' foster care, <i>Journal of social work practice</i> , 22 (1), pp. 27-36 | Alyssa, 8 år | Deprivation       | Plejefamilie          | Nej/Psykoanalytisk inspireret               |

## 12      **Appendiks 2**

Oversigt over det analyserede materiale struktureret ud fra forskningsspørgsmålene. Oversigten er primært et redskab i processen, og derfor er oversigten i punktform og sproget er forsimplet. Formålet med tabellen er at øge gennemskueligheden af den analytiske proces.

Tabellen er indsat på de følgende sider.

\*) De kliniske bidrag i kapitel 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 og 11 i Boston, M. & Szur, R. (1983) "*Psychotherapy with severely deprived children*" er publiceret anonymt i tavshedspligtens interesse. Terapeuterne, som er de anonyme bidragende til bogen, dækker over de følgende: Pamela Berse, Mary Boston, Ronald S. Britton, Helen Carr, Maristella Fontana, Gianna Henry, Eva Holmes, Shirley Hoxter, Joan Hutten, Ann Kaplan, Gabriella Grauso Malliani, Lisa Miller, Sheila Miller, Michal Morice, Elisabeth Oliver-Bellasis, Elizabeth da Rocha Barros, Alan Shuttleworth, Judy Shuttleworth, Rolene Szur, Brian Truckle og Gillian Woosman-Smith.

| Case              | Reference                               | Henvisningsårsag                                                                                                                                                                         | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                                                                                     | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Udfordringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Temaer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                                                                                                                                         | Mod-overføring                                                                                                                                     |
|-------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vincent<br>9 år   | Hunter<br>(2001)<br>pp. 17-19           | Noisy<br>Demonstrative<br>Cheeky<br>Streetwise<br>Exasperated those who knew him                                                                                                         | Heaviness<br>Despair<br>Air of boredom<br>Does not recall introduction                                                                                                             | Went from inactivity and not wanting to make a mess to a more free activity.<br>Was uninterested in the relation, but then got more hope.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Keep lapsing into inactivity<br>Mistrust – relations, adults helping or saving him                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Expect old thing.<br>Afraid of doing anything wrong and being punished<br>Expect bad relations<br>Expect unpredictability broken promises and in-continuity<br>Loud, exciting games<br>Emergency vehicles<br>Holes/falling down                                                                                                                                                               | Acknowledge and allow all parts of the child to be expressed<br>Interpretations of the play                                                                                                                                | Heart-wrenching                                                                                                                                    |
| Charlotte<br>7 år | Hunter<br>(2001)<br>pp. 48-50;<br>70-87 | Physical<br>Hysterical<br>Teasing<br>Biting/Hitting<br>Without control or remorse<br>Poor attachment<br>Contrasts: Wild and destructive ><<br>sucking her thumb and stare into emptiness | Chaotic<br>Enjoys attacks<br>Provoking<br>Loud<br>Apathetic<br>Do not express sadness, pain og fear<br>Destructive<br>Uncontrollable<br>Using excitement to overshadow the anxiety | Her wild games gradually become less attacking and more communicative<br>Relief, better self-understanding, reduction of anxiety and self-destructive acts<br>Created a "talking and thinking space".<br>Gradual identification with someone who needs help, safety and protection<br>Contact with emotions<br>Accept of her own unwanted traits<br>Develop the ability to symbolic play<br>Hope and creativity | Confidentiality<br>Attitude of the institution towards therapy<br>Mistrust in adults helping/saving her<br>Divided loyalties<br>Destructive and uncontrollable behavior/<br>Hyperactivity<br>Not symbolic play<br>Lacking ability to identify with the therapist<br>Can't relate to others because of excessive fantasy of her being omnipotent and strong aggressor<br>Invites assault and punishment | Being dropped or forgotten<br>Exciting chases<br>Kidnap<br>Remorseless, endless cycles<br>Escape, capture, abuse, rescues, recapture<br>Danger<br>Destruction<br>Unpredictability and insecurity<br>Omnipotence or arrogance<br>Need to be the baby<br>Fear of persecution<br>Hide and seek<br>Separation anxiety<br>Mistrust in relations<br>Identifying with aggressor<br>Greediness/hunger | Openness about knowledge<br>Emotional containment<br>No external consequences of therapy.<br>State limits of confidentiality<br>Clear boundaries<br>Limit the setting<br>Withhold the aggression and hate<br>No punishment | Uncomfortable to know about the abusive experiences the child has suffered when no one else does.<br>Overwhelming chaos and confusion<br>Desperate |

| Case           | Reference                     | Henvisningsårsag                                                                                                                 | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                                                                                                         | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Udfordringer                                                                                                                                                                | Temaer                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                            | Mod-overføring |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Joseph<br>6 år | Hunter<br>(2001)<br>pp. 51-69 |                                                                                                                                  | Serious<br>Move and talk fast<br>Wavering look<br>Attention seeking<br>and intrusive<br>Awkward in<br>physical contact<br>Facade of nothing<br>being wrong<br>Confusion between<br>fantasy and reality | Change from own<br>omnipotence to the need<br>of others being<br>omnipotent<br>Accept interpretations<br>Creating a shared<br>understanding of his<br>feelings<br>Gradual accept of the<br>continuity of relations<br>and the therapist's ability<br>to contain him<br>Acknowledges his fears<br>and his need for help<br>More trust<br>Sees possibilities in the<br>relation | Mistrust towards<br>adults protecting<br>children<br>Hiding emotions<br>and different sides<br>of himself<br>Fear of revenge<br>and punishment<br>Time-consuming<br>process | Deny need for help<br>Deny worries and<br>fears<br>Indifference<br>Dangerous games –<br>thunder and<br>lightning, threat of<br>accidents<br>Jealousy<br>Aggression<br>Idealizing parents<br>Holes<br>Projecting emotions<br>into the toys<br>Rescues<br>Separation means<br>the end | Tries honestly and<br>without<br>preconditions to<br>communicate, to<br>understand and to<br>accept the child |                |
| Donna<br>10 år | Hunter<br>(2001)<br>p.103-105 | Friendly towards<br>everyone and<br>nobody<br>Eager<br>Adjusting<br>Superficial relations<br>Oriented towards<br>material things | Insatiable<br>Needy<br>Uncritical accept of<br>the therapist                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Almost too eager<br>to be in a relation<br>with the therapist                                                                                                               | Hunger/eating<br>Glue together<br>Unspoken criticism<br>characterizing the<br>relation                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               |                |

| Case           | Reference                                | Henvisningsårsag                                                                                                                                                     | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                                                                                                                                                                       | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Udfordringer                                                                                                                                                         | Temaer                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                                                                                     | Mod-overføring                                                                                                                                                           |
|----------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bobby<br>6 år  | Boston (1983). pp. 1-3                   | Difficult to manage<br>Violent emotional responses<br>Demanding<br>Verbally obscene<br>Abusive<br>Suicidal threat<br>Asthma attacks<br>Swings of mood<br>Controlling | Initial honeymoon period with idealized contact followed by abrupt disillusionment at the first frustration                                                                                                                                                          | Gain more control over violent outbursts<br>Reconstructions of internal world<br>Development of more trusting and concerned relationships proceeded<br>Shows appreciation of therapy and foster<br>Better self-image<br>Less messiness                                                                                                                                                                                                                                          | Defends himself from the painfulness of dependent relationships                                                                                                      | Aggressions against parental figures                                                                                                                                                                                                                                                                              | Contain the resentful and hostile feelings<br>Show strength<br>'Survive'<br>Be a contrast to past experience                                                           |                                                                                                                                                                          |
| Lesley<br>4 år | *Anonym i Boston & Szur (1983) pp. 11-19 | "a certain cold, 'unnatural' quality in her relationships"<br>Self-sufficient and independent<br>Controlled<br>Interested in sexual topics                           | Arrogant<br>Indifferent<br>Denies anxiety<br>Uninhibited<br>Do not discriminate i contact with strangers<br>Demands material things<br>Physical active and agile – but often falls down<br>Make an effort to get attention<br>Ignores the therapist or keep her down | Gradually became better at talking about separation and to acknowledge her anxiety<br>In contact with emotions and seems more real<br>Less omnipotent<br>Dare to be naughty in a normal way<br>Gradual faith in adults helping her<br>Better capable of sharing and acknowledging her pain<br>Becomes more receptive of the therapeutic interventions<br>In contact with anger and ambivalence towards her parents<br>Greater seriousness, tenderness, happiness and solicitous | Instability in placement and in the institution which affects his therapy and development<br>Projections which affect the therapists ability to think and do therapy | Greediness<br>To fall or not being hold<br>Mistrust in adults taking care of her and in continuity in relations<br>Pretend to be happy and unworried<br>Constant shifts between independence and vulnerability<br>An attitude of: I don't need you<br>Scared of being forgotten (for ever)<br>Accidents<br>Danger | Explore the child's experiences (early and present) and emotions together<br>Interpreting in the transference<br>Offers continuity<br>Survives attacks and projections | Anxiety<br>Feels shut out and rejected<br>Gets irritated and feels like she is being talked down to which affects her attention and ability to think and stay interested |



| Case     | Reference                                | Henvisningsårsag                                                                                            | Beskrivelse af barnet i terapi                                                           | Udvikling i terapier/<br>Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Udfordringer                                                                                                                                                                                                               | Temaer                                                                                                                                                                                                         | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                  | Mod-overføring                                                                                           |
|----------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chris    | *Anonym i Boston & Szur (1983) pp. 29-34 | Promiscuous Exhibitionist<br>Steals<br>Arrogant<br>Obsessed with baby-stuff (concern of possible pregnancy) | Manipulating<br>Controlling                                                              | Decrease of promiscuous behavior outside therapy<br>No stealing<br>No baby-stuff<br>Experienced separation more painful<br>Ends therapy early                                                                                                                                                                                                                        | Splitting between people around her<br>Not capable of accepting positive contact and empathy<br>Feels threatened by contact with her emotions.                                                                             | Idealising family<br>Fear of hostile and persecutory figures<br>Danger<br>Loneliness<br>Switch of roles<br>Denies dependency or need for care<br>A longing                                                     | Gives opportunity to live out fantasies and needs in therapy                                        |                                                                                                          |
| Tom 8 år | *Anonym i Boston & Szur (1983) pp. 35-40 | Soiling<br>Wetting                                                                                          | Aggressive<br>Helpless<br>Violent<br>Ugly words<br>Defensive<br>Idealising<br>defecation | Can accept own vulnerability and pain<br>Wants help<br>Listens more to therapist<br>Understanding the difference between physical and mental care<br>Better controlling need to express feelings physically<br>Ability to communicate and think symbolically develops<br>Energy to develop<br>Moving back to family<br>Easier to contain and contains himself better | Aggression and destruction destroys all communication<br>Reject everything which wot get him in contact with feelings and his unsatisfied needs<br>Uncontrollable<br>Massive projection – hard to see therapist as helpful | Confusion about good and bad<br>Sipling rivalry<br>Hard to satisfy<br>Demanding and complaining<br>Being thrown away<br>Denying vulnerable sides<br>Love and care confused with sex<br>Overwhelmed and flooded | Sustain a very strict analytic technique<br>Talking about feelings in relations to concrete actions | Despair<br>Overwhelmed<br>Crushed by rough language and aggressive behavior<br>Feels weak and humiliated |

| Case             | Reference                                | Henvisningsårsag                                                                                                                                                                                                 | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                             | Udfordringer                                                                                                                                                                                                                                                      | Temaer                                                                                                                                                                                                                                                       | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                                                                           | Mod-overføring                                                                                                                                                                   |
|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Keith<br>9 år    | *Anonym i Boston & Szur (1983) pp. 40-46 | Anti-social<br>Destructive – especially towards things he cares about or which seems vulnerable<br>Bad contact with other children and adults<br>Gets frustrated by resistance<br>Baby-behavior<br>Doesn't learn | Some times extremely vulnerable and fragile, other times jaunty, arrogant, superior and cynical attitude.     | Uses the toys differently<br>More authentic<br>Clearer communication<br>Gradually develops hope and expects meaningful, understandable experiences | Hard to organize therapy<br>Support from the child's environment<br>Ambivalence towards the therapy – to painful to get in contact with emotions and experiences.<br>Difficult to tell when he is sincere<br>To find words corresponding to infantile experience. | Fears what comes from himself<br>Falling<br>Getting concrete, physical needs satisfied.<br>Jealousy.<br>Aggression against rivals<br>Confusion about what is good and bad<br>Never good enough / complaining<br>Garbage<br>Occupied with cruelty and revenge | Shows that therapy is a place for the fragmented feelings and that the therapist is interested in his mental state<br>Especially use of counter-transference | Feels like a protecting mother-duck who protects the duckling and if she doesn't, the duckling will hit everything and everyone<br>Gets hopes for development crushed repeatedly |
| Desmond<br>10 år | Szur (1983) pp. 51-57                    | Cruel attacks on other children                                                                                                                                                                                  | Shows a mistrust that someone could sincerely worry about him<br>Experiences the therapist's words as attacks | Becomes able to talk and think about separation and breaks in therapy<br>Shows consideration of the therapist                                      | Attacks the therapist's thinking when anything seems meaningful<br>Hard not to exercise the role of the persecutor<br>He slanders the therapist                                                                                                                   | Occupied with 'the end' – expects the end and creates situations which could precipitate it.<br>Expects that no one can help him or contain his experiences.<br>Breaks and holes                                                                             | Contain the aggression<br>Try not to be the persecutor and reject the child or end therapy                                                                   | Feels like a victim and feels pressured to end therapy                                                                                                                           |

| Case           | Reference                       | Henvissningsårsag                                                                                                                                                                                         | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                                    | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Udfordringer                                  | Temaer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                                             | Mod-overføring                                        |
|----------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Leroy<br>11 år | Boston<br>(1983)<br>pp. 64-66   | Overwhelmingly hot-tempered and violent<br>Situations with disciplining escalates and he must be restrained with physical power<br>Sends mixed signals and evokes different feeling in persons around him | Shows no signs of cooperation<br>Says very little and is often quite during whole sessions<br>Resistance<br>Ignores the therapist |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Does not talk or play<br>Reject the therapist | Rejection of emotional contact<br>Relations seems dangerous<br>Rule bound activity<br>Occupied with material things                                                                                                                                                                                                        | Understanding the silence as communication and a defense<br>Making connections between little parts which he brings to therapy | Despair and anger<br>Feels shut out                   |
| Ian<br>9 år    | Boston & Szur, 1983<br>p. 75-81 | Regression in development<br>Stealing<br>Bizare behavior<br>Need of individual attention to be able to concentrate                                                                                        | Does not use toys or other material<br>Restless<br>Empty<br>Lost                                                                  | <i>Became aware of having an incomprehensible burden on his mind of which he could only try to rid himself.</i><br>Starts to relate to his own material<br>Starts to localize and acknowledge his own feelings<br>Better at containing himself<br>A change in his pain<br>Accepts and understands that he needs concentration and discipline |                                               | Destruction<br>Obsessed with cathastrophies<br>Purposeless activity<br>Complaining<br>Jealousy<br>Testing the therapist<br>Mess and chaos dominates<br>Confusion about boundaries between self and others<br>Rejects anxiety and displays indifference and carelessness<br>Activities seems familiar, hopeless and endless | Takes responsibility for helping him.<br>Contains                                                                              | Difficult to stay attentive<br>Risk of being deceived |

| Case            | Reference                                | Henvisningsårsag                                                                                                                                                                                                                | Beskrivelse af barnet i terapi                                                                                              | Udvikling i terapien/ Terapiens udfald                                                                                                                                                                                                                                                                     | Udfordringer                                                                                                                                                                          | Temaer                                                                                                                                                                                                                             | Hvad gør terapeuten / Hvad virker?                                                                                                                                                         | Mod-overføring                                                                                  |
|-----------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| William<br>6 år | *Anonym i Boston & Szur (1983) pp. 89-91 | Destroyed a potential placement by killing the family's pet                                                                                                                                                                     | Destructive impulses<br>Depersonalization<br>Despair                                                                        | His expression becomes more modified and is easier to contain                                                                                                                                                                                                                                              | Need for repetition.                                                                                                                                                                  | Destroys everything vulnerable and good<br>Repetition<br>Self-destructive                                                                                                                                                          | Sharing bad experiences                                                                                                                                                                    | Grief, sorrow and worry                                                                         |
| Rachel<br>7 år  | Szur (1983) pp. 92-95                    | Boring<br>Not liked by other children<br>Inhibited                                                                                                                                                                              | Sad<br>Insecure<br>'Sticking'<br>Loyal to parents<br>Eager                                                                  | Less compliant behavior and anxiety<br>More exploring<br>More in contact with ambivalent feelings<br>Less superficial<br>Successful placement with foster family                                                                                                                                           | Difficult for the child to express anything other than pleasing behavior.                                                                                                             | Pleasing<br>Fear of doing something wrong<br>Occupied with 'getting enough'<br>Low expectations<br>Greediness / fear of emptiness or hunger<br>Jealousy<br>Sticking things together                                                | Allowing separation and confrontations of separations<br>Room for hostility                                                                                                                | Painful to know the limits of the therapy                                                       |
| Charles<br>6 år | Szur (1983) pp. 95-97                    |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                             | Positive placement in a foster family                                                                                                                                                                                                                                                                      | Getting ready to accept a family                                                                                                                                                      | Unsatisfied and infantile needs                                                                                                                                                                                                    | Exploring the needs, experiences and interactions which might occur when joining a foster family                                                                                           | Feels like a midwife or a grandmother                                                           |
| Chloe<br>10 år  | Cant (2005) pp. 6-23                     | Vague<br>Need to please<br>Unpredictable and destructive behavior<br>Hard to establish a connection to her<br>Like in slow-motion<br>Puts things in her mouth<br>Creates a mess and chaos<br>Lack of conscience<br>Indifference | Loose interest fast<br>Ask a lot of questions<br>No sense of boundaries between self and others<br>Hard to connect or think | More aware of the therapist as a separate person<br>Less manic<br>Allowing herself emotional containment<br>Gradually better at using therapy<br>Less inner fragmentation<br>More in contact with reality<br>Successful transition to foster family<br>More conscience and acknowledgement of consequences | Difficult to connect<br>The connection with the external environment<br>Pause and separation<br>Spilling-over<br>Instability in external events affecting therapy<br>Loss of identity | Fills room with questions in an anxious matter<br>Fragmentation<br>Superficial interest<br>Persecution and intruders<br>Unpredictability<br>Shifts between being strong and weak<br>Identification with abandoning objects<br>Envy | Therapy working as a dependable and stable place in transition to foster care<br>Offers containment<br>Therapy as a 'transitional space' between past and present<br>Surviving her attacks | Feels without thoughts and confused<br>Fear and horror<br>Paralysed<br>Fear of losing the child |

# 13      Appendiks 3

Oversigt over kondenseringsprocessen af temaerne fra samtlige cases.

| Alle oprindelige temaer                                                            | → | De endelige temaer                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------|
| Uafhængighed > < afhængighed                                                       | → | <b>1. Afhængighed og separation</b>              |
| Præsenterer et stærkt/omnipotent selv                                              |   |                                                  |
| Svært at tage imod terapi / svært at tilbyde terapi                                |   |                                                  |
| Separation                                                                         |   |                                                  |
| Idealisering af forældre / Loyalitet til forældre / Forestilling om et godt objekt | → | <b>2. Idealisering og devaluering</b>            |
| Forvirring omkring, hvad der er godt og dårligt                                    |   |                                                  |
| Identifikation med aggressor/persecutor                                            | → | <b>3. Projektion og projektiv identifikation</b> |
| Barnets oplevelse af at have noget dårligt eller ondt i sig                        |   |                                                  |
| Projektioner og rollefordeling                                                     |   |                                                  |
| Modoverføring                                                                      |   |                                                  |
| Aggression og destruktivitet                                                       |   |                                                  |
| Mistillid / stoler ikke på andre/voksne                                            | → | <b>4. Mistillid og lave forventninger</b>        |
| Lave forventninger til relationer                                                  |   |                                                  |
| Uforudsigelighed og omskiftelighed                                                 |   |                                                  |
| Forventer dårlige ting / Mener at fortjene dårlige ting                            |   |                                                  |
| Straf                                                                              |   |                                                  |
| Klagen                                                                             |   |                                                  |
| Leg / Aktiviteter / Temaer i terapien                                              | → | <b>5. Barnets leg og aktivitet i terapien</b>    |
| Fare                                                                               |   |                                                  |
| Huller / At falde eller blive tabt                                                 |   |                                                  |
| At blive væk og blive fundet                                                       |   |                                                  |
| Grådighed og mangel                                                                |   |                                                  |
| Jalousi                                                                            |   |                                                  |
| Affald og afføring                                                                 |   |                                                  |
| Forbindelse mellem fysisk og psykisk                                               | → | <b>6. Psykiske grænser</b>                       |
| Grænser                                                                            |   |                                                  |
| Terapiens invaderende / overgribende karakter                                      | → | <b>7. Smerten og modstanden i terapi</b>         |
| <i>Come to face with pain and loss</i>                                             |   |                                                  |