

LIDT OM UDVIKLINGEN AF KLINISK BØRNEPSYKOLOGI I DANMARK

Karen Vibeke Mortensen

Det beklages, at det kliniske børneområde altid har fået mindre opmærksomhed end voksenområdet. Med udgangspunkt i forfatterens egne arbejdsmæssige erfaringer skildres noget af udviklingen på tre områder indenfor den kliniske børnepsykologi: klinisk psykologi indenfor skolevæsenet, i ungdomspsykiatrien og på et amtligt børnerådgivningscenter. Det beskrives, hvad man har forstået ved begrebet klinisk (børne)psykologi, og hvilke arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige kvalifikationer, det har hvilet på. Endelig foretages en kort sammenligning af arbejdsområderne, og der fremsættes ønsker om større vægt på præcise og differentierede behandlingstilbud til børn fremover.

Som det er blevet fremhævet af bl.a. Wenar (1983), har omsorgen for børns psykiske problemer konsekvent haltet bagefter omsorgen for voksne. Lige meget hvilket aspekt af psykopatologi, man undersøger, finder man, at man først har fattet interesse for problemet hos voksne for så siden at begynde at interessere sig for det hos børn.

Det gælder på det diagnostiske område, hvor diagnostikken både er senere udviklet og mere mangelfuld end på voksenområdet. Man kan også se det på behandlingsområdet, hvor der er væsentlig flere resurser til rådighed til behandling af voksne end af børn. Det kan undre, idet det ud fra enhver tænkelig synsvinkel er u hensigtsmæssigt at vente med at behandle psykiske problemer, til bærerne af dem er blevet voksne. Eftersom klinisk børnepsykologi som sit hovedområde har børn med psykiske vanskeligheder, har denne tøven på børneområdet haft konsekvenser for udviklingen af faget.

Dertil kommer så yderligere en speciel dansk efterladdenhed, som bl. a. har vist sig ved, at man er nået helt frem til 1997, før man har iværksat en formaliseret uddannelse i (psykoanalytisk) børneterapi her i landet. Til sammenligning kan det fx nævnes, at det britiske Tavistock Institute, hvor

Karen Vibeke Mortensen er cand.psych., dr.pæd., gruppeanalytiker, specialist og supervisor i psykoterapi. Hun har siden 1991 været privatpraktiserende psykolog i København.

man tilbyder en omfattende uddannelse i børneanalyse (foruden en række andre psykoterapeutiske uddannelser), allerede blev grundlagt i 1920. Hampstead Child-Therapy Course and Clinic (også i London) blev grundlagt i 1947. I Sverige har man siden 1934 haft Ericastiftelsen i Stockholm, der også tilbyder flere psykoterapeutiske uddannelser, herunder i børneterapi, og som ligeledes driver forskning indenfor området.

Alligevel har der dog også i Danmark været en betydelig virksomhed på børneområdet, som godt kan fortjene at blive beskrevet. Mit eget faglige liv har formet sig som en dannelsesrejse gennem en række af den kliniske børnepsykologis meget forskellige landskaber. Den begyndte med en ansættelse på et skolepsykologisk kontor, fortsatte med en stilling på en psykiatrisk hospitalsafdeling, gik derfra til et amtligt rådgivningscenter under socialvæsenet og er indtil videre – formentlig uden retur billet – endt i en privat praksis. Jeg har undervejs opnået et vist kendskab til de forskellige områders historie og udvikling og til deres respektive styrker og svagheder, et kendskab, som jeg har kunnet vedligeholde gennem en udstrakt supervisionsvirksomhed også efter afslutningen af mine ansættelsesforhold. Netop fordi det kliniske børneområde både er så vigtigt og noget upåagtet, kan der være grund til at fortælle om det, uden at det skal ses som et forsøg på at give en systematisk dækkende beskrivelse.

Kliniske psykologer ved skolepsykologiske kontorer

Man kan så trods alt glæde sig over, at den første anvendelse af psykologi i praksis i Danmark faktisk fandt sted på børneområdet, nemlig ved oprettelsen af det første skolepsykologiske kontor i Frederiksberg kommune i 1934. Året efter oprettedes et tilsvarende kontor i København. Det skete, før der var etableret en egentlig professionsuddannelse i faget, idet der på det tidspunkt kun var mulighed for at læse psykologi ved et magisterstudium ved Københavns Universitet. Efterhånden oprettedes der skolepsykologiske kontorer i alle større byer og senere i amter og kommuner. Oprindeligt var det især de svagtbegavede børn, man tog sig af, og fra halvtredserne de læseretarderede. Det var først i tresserne, at behovet for også at kunne tage sig af børn med sociale og adfærdsmæssige problemer blev så indlysende, at man også begyndte at ansætte kliniske psykologer og socialrådgivere ved de skolepsykologiske kontorer.

Det første officielle forsøg blev gjort i Horsens, hvor ledende skolepsykolog K. Giørtz-Laursen i 1965 annoncerede efter de første to kliniske psykologer og en socialrådgiver til sit kontor som et to-årigt forsøg. Astrid Stenkilde og Gjertrud Fenger blev de først ansatte klinikere. Det var første gang, der ansattes psykologer uden læreruddannelse ved et skolevæsen. Forsøget blev så vellykket, at det banede vejen for en generel ansættelse af kliniske psykologer i skolevæsenet.

Min egen debut i skolevæsenet fandt sted omtrent samtidig, idet jeg i 1966 umiddelbart efter min eksamen blev ansat ved det skolepsykologiske kontor i Ballerup, hvor jeg formelt var ansat som skolepsykolog (da jeg havde den nødvendige forudsætning herfor i form af en læreruddannelse), men hvor formålet med min ansættelse var, at jeg skulle fungere som klinisk psykolog, dvs tage mig af de børn, der havde store emotionelle og/eller sociale problemer. Jeg blev af samme grund fritaget for den undervisning, der på det tidspunkt stadig var en del af skolepsykologernes arbejde. Behovet var stort. Børnene stod bogstavelig talt i kø for at blive undersøgt for alt fra vold og ildspåsættelser til skolefobi og grænsepsykosser. Det var ikke nogen let opgave for en ung psykolog, der nok havde specialiseret sig i klinisk psykologi på universitetet, men hvis praktiske ballast bestod af 4 måneders praktik på Universitetets børnepsykologiske Klinik. Der blev heldigvis ansat endnu en klinisk psykolog, nemlig Lisbeth Thelle, som var mere erfaren, og en socialrådgiver. Ballerup skolepsykologiske kontor, hvis leder var G. Velsing-Rasmussen, var progressivt indstillet ved allerede på det tidspunkt at etablere et samarbejde med socialforvaltningen eller børneværnet, som det endnu hed. Til børneværnet var der knyttet familievejledning, som netop var blevet indført. Mit arbejde der bestod bl.a. i supervision af socialrådgiverne i Børneværnet og af familievejlederne, som på baggrund af en kort uddannelse skulle være rådgivere i de vanskeligst stillede familier.

Det var dog først i 1970-72, at de kliniske psykologer formelt blev indført i skolevæsenet. Det skete samtidig med etablering af »observationsundervisning«. Observationsundervisning skulle iflg. et cirkulære fra Undervisningsministeriet tilbydes de »elever, der på grund af adfærdsvanskeligheder og psykiske lidelser ikke kunne følge den almindelige undervisning med tilstrækkeligt udbytte« (Undervisningsministeriet 1972).

De elever, der skulle have tilbud om observationsundervisning karakteriseredes som:

børn med adfærdsvanskeligheder, adfærdsforstyrrelser, tilpasningsvanskeligheder, karakterafvigelser, børn med psykiske lidelser eller afvigelser, samspilsramte børn, emotionelt og socialt handicappede børn.

Så var man da sikker på at få alle med!

De forventedes at have følgende problemstillinger:

uro – rastløshed – manglende koncentration – letafledelighed – udtalt passivitet – indesluttethed – manglende selvtillid – depression – lyven – rapsen – stjælen – skulkeri – vagabondering – uefterrettelighed – aggressivitet – volds- og ødelæggelseshandlinger – jalousireaktioner – kontaktvanskeligheder i forhold til andre børn og voksne –

psykosomatiske symptomer (hoved- og mavesmerter, opkastninger, ufrivillig vandladning, ufrivillig afføring mv.)

Formålet med observationsundervisningen var at sætte eleverne i stand til igen at deltage i den almindelige undervisning. Det blev dog fremhævet, at formålet ikke blot var, at de skulle kunne opnå større fagligt udbytte, men også »den generelle personlighedsudvikling, som tilstræbes gennem Folkeskolens undervisning« (Borg & Dueholm 1979a).

Observationsundervisningen og andre udviklingsbetingede opgaver medførte behov for både flere psykologer og psykologer med klinisk ekspertise, og i det såkaldte Kemp-udvalgs indstilling om de skolepsykologiske rådgivninger foreslog man en normering på én klinisk psykolog pr. 2.500 børn. At behovet var stort, kan ses af, at der i 1979 var blevet ansat ca. 120 psykologer i kliniske stillinger i skolevæsenet (Borg & Dueholm 1979a), et tal, der i 1985 var steget til 331 (Undervisningsministeriets PPR-projekt 1995). En klinisk psykolog defineredes som en psykolog, der enten havde mindst to års forudgående erfaring med klinisk arbejde under supervision eller en særlig to-årig efteruddannelse, som blev specielt tilrettelagt for de kliniske psykologer i skolevæsenet.

Arbejdet med at afklare, hvilke arbejdsopgaver der bedst løstes af de kliniske psykologer, og hvilke der især hørte hjemme hos skolepsykologerne, har været lang og kompliceret. I nogle kommuner valgte man at lade de kliniske psykologer tage sig af de børn, der havde de tydeligste eller mest komplicerede emotionelle og adfærdsmæssige problemer, mens skolepsykologerne tog sig af de øvrige opgaver; andre steder gav man simpelthen alle psykologerne – uanset baggrund – et par skoler, hvor de skulle løse samtlige opgaver, dvs at man i praksis valgte slet ikke at differentiere mellem dem. Der var diverse varianter af modellerne.

Kliniske psykologer ved skolevæsenene kom ind i et system, der bestod af teams, der »historisk (var) udviklet til at varetage undersøgelse, rådgivning og evt behandling med et overvejende pædagogisk, undervisningsmæssigt sigte« (Borg & Dueholm 1979b). De kom derfor ofte til at arbejde på en anden måde end i de typiske kliniske behandlingsinstitutioner som rådgivningscentre eller hospitalsafdelinger. Det var i mange tilfælde skolen, repræsenteret ved lærerne, og ikke familierne, der henvendte sig om problemer med børnene. Psykologernes arbejde bestod derfor tit i støtte til eller supervision af lærerne. I de tilfælde, hvor familierne selv blev inddraget, bestod arbejdet ofte i hjælp til en bedring af samarbejdet mellem de forskellige parter og forslag til ændringer enten i familierne eller i skolen. Egentlige langvarige behandlingsforløb var der sjældent tid til, og mange af de psykologer, der havde fået en klinisk efteruddannelse indenfor skolesystemet, havde heller ikke erfaring med at arbejde psykoterapeutisk. Det er givet, at mange børn har kunnet profitere af denne form for hjælp, men den er ikke tilstrækkelig til alle børn eller familier.

Børnenes problemer havde jo nemlig som oftest ikke kun sammenhæng med, hvad der foregik i skolen, men også med familiemæssige problemer, hvad der ikke kan undre, når man ser det register af vanskeligheder, de kliniske psykologer forventedes at afhjælpe. Familierne havde ofte også i forvejen kontakt med det sociale hjælpesystem. Afgrænsningen mellem de forskellige systemers opgaver og funktioner kunne derfor blive kompliceret.

I halvfjerdserne var der sjældent ansat psykologer ved socialforvaltningerne, som derfor ofte søgte at trække på de psykologer, der var ansat ved de skolepsykologiske rådgivninger (jfr. modellen i Ballerup). Mange af de opgaver, de kliniske psykologer ved de skolepsykologiske rådgivninger udførte, var egentlig også opgaver, der efter Bistandslovens indførelse i 1976 hørte ind under socialforvaltningernes område. I hvert fald var det ofte svært at finde ud af, hvor grænsen gik. Der var derfor i de år mange overvejelser over, om de kliniske psykologer skulle overføres til socialforvaltningerne, eller om omvendt disse forvaltningers opgaver skulle overtages af de skolepsykologiske rådgivninger. Denne problemstilling blev særlig relevant, efter at også børn før skolealderen blev inddraget i de skolepsykologiske rådgivningers arbejdsområde, hvad der skete med særforborgens udlægning i 1980. Det betød, at man fremover skulle tage sig af alle børn i alderen 0-18 år.

Det medførte, at der også skulle ydes »specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har nået den undervisningspligtige alder«, hvad der lyder som noget af et paradoks.

Firserne blev da også præget af meget store ændringer både med hensyn til arbejdets indhold og dets organisation. Op til 1980 var det skolepsykologiske område præget af stærk regulering og central styring, men det ændrede sig i løbet af firserne, hvor så godt som alle centrale angivelser for det skolepsykologiske arbejde blev afskaffet. Det betød bl.a., at lovhjemlen til at ansætte ledende skolepsykologer og de tidligere normeringsregler forsvandt. Det skyldtes ikke, at man oplevede mindre behov for arbejdet end tidligere, men ønsket om en større indflydelse i de enkelte kommuner til at regulere sig selv.

Forvaltningerne omstruktureredes i mange kommuner på en måde, der af Jacobsen (1989) beskrives som dramatisk. Det er karakteristisk, at man efterhånden er gået over til at tale om pædagogisk-psykologiske rådgivninger i stedet for om skolepsykologiske kontorer. Samtidig er antallet af psykologer både ved de pædagogisk-psykologiske rådgivninger og ved socialforvaltningerne steget stærkt. Organisationsformen varierer fra kommune til kommune. Nogle steder er socialforvaltninger og pædagogisk-psykologiske rådgivninger fortsat adskilte forvaltninger, mens der andre steder er oprettet børneforvaltninger, hvor de er mere eller mindre integrerede. Det er ikke ukompliceret at opretholde en tilstrækkelig faglig uafhængighed, når man er ansat som klinisk psykolog i en forvaltning, der

som socialforvaltningen også har mange administrative og kontrollerende funktioner overfor borgerne, og at holde balancen mellem at være konsulent overfor forvaltningen og undersøge og behandle overfor borgerne. Det kan ligeledes være svært at sikre de nødvendige grænser mellem de forskellige forvaltningsområder, når der dannes enheder, der overskrider disse grænser.

Ungdomspsykiatri

Mit behov for at opnå en større faglig viden blev unægtelig skærpet gennem erfaringerne ved skolevæsenet, og jeg tænkte, at hospitalsvæsenet måtte være det rigtige sted at henvende sig. I 1970 var den arbejdsmæssige situation for psykologer så gunstig, at man blot kunne se sig om efter et sted, der lød spændende, undersøge, om der var en ledig stilling, og så få den, der var. Sådan fik jeg arbejde på Bispebjerg Hospitals ungdomspsykiatriske afdeling, hvor jeg var de følgende 13 år.

Afdelingen var den første ungdomspsykiatriske afdeling i Danmark, oprettet i 1968 på overlæge Henrik Hoffmeyers initiativ. Den udsprang af voksenspsykiatrien, hvor man havde problemer med at huse og beskæftige unge patienter, som både fik dårlig hjælp og var besværlige at have på de store, overfyldte stuer, som på det tidspunkt også rummede mange gamle og senile patienter, og hvor der kun var lidt personale.

Trods det åbenlyse behov for særlige ungdomsafdelinger gik der cirka en halv snes år, før den næste ungdomspsykiatriske afdeling fulgte efter, nemlig ved Montebello i Helsingør (senere flyttet til Hillerød). I alt oprettedes der 12 afdelinger rundt om i landet; de fik imidlertid en relativt kort levetid som selvstændige enheder, idet de i 1994 blev slået sammen med de børnepsykiatriske afdelinger til børne-ungdomspsykiatriske afdelinger med en øvre aldersgrænse på 18 år (Aarkrog, 1998).

Afdelingen på Bispebjerg tog mod unge i alderen ca. 13-20 år, men grænserne blev i begyndelsen ikke overholdt så kategorisk. Man modtog ikke unge, hvis hovedproblem var stofmisbrug, men misbrug var dog også et problem for mange af de unge med psykotiske eller andre psykiske lidelser, og det voldte store problemer at forsøge at holde afdelingen stof-fri.

Man gjorde meget for, at de unge skulle føle sig tilpas i afdelingen, og søgte derfor i vid udstrækning at fjerne hospitalspræget og at indrette sig i pagt med tiden. Værelserne var indrettede med så lave sofaer, at det stort set var umuligt at sidde op i dem, og de viste sig desværre i alt for høj grad at invitere til at lægge sig ned og vegetere, hvad der præcis var, hvad mange af patienterne i forvejen var alt for tilbøjelige til. Bare tæer, langt hår og hippie-uniformering var almindeligt. Bestræbelserne på at få de unge til at føle sig hjemme lykkedes somme tider så godt, at de bogstave-

lig talt ikke var til at drive ud af afdelingen igen, og i de første år var der en hel del (alt for) lange indlæggelser. Det hang dog også sammen med problemer med at finde steder at udskrive de unge til.

I begyndelsen, hvor man havde ringe erfaring med unge, var det svært at skelne mellem, hvad der var tidstypisk ungdomskultur, og hvad der var sygdom, og der var utvivlsomt en for stor tolerance overfor afvigelser fra normerne. På tilsvarende vis var det svært at finde ud af, hvad der var »pubertetsvanskeligheder« og psykopatologi. Også her var der i begyndelsen både naivitet og også simpelthen uvidenhed. Efterhånden blev man bedre til at skelne, hvad der resulterede i, at »diagnosen« pubertetsvanskeligheder lige så stille gled ud af terminologien. De unge havde for størstedelens vedkommende ganske alvorlige problemer, som det senere er blevet bekræftet i en række efterundersøgelser (fx Aarkrog 1995, Aarkrog 1999).

De ungdomspsykiatriske afdelinger lignede på en række områder mere de børnepsykiatriske afdelinger end de voksenspsykiatriske, bl. a. var der egen skole og en lang række fritidsaktiviteter som fx sport, keramik og billedterapi. De var også væsentlig bedre normerede end de voksenspsykiatriske afdelinger, og der var ansat lærere og fritidspædagoger såvel som tilknyttede kunstnere. Det betød, at en del af personalet var uddannet udenfor psykiatrien og ikke havde erfaring med sindssygdomme eller alvorlige personlighedsforstyrrelser. Det gav en optimistisk og positiv atmosfære, men desværre var optimismen ikke altid berettiget. Der var mange konflikter om synet på patienterne, hvor læger og psykologer ind imellem blev beskyldt for at være alt for pessimistiske og sygdomsfikserede.

Afdelingen blev oprettet i ungdomsoprørets og antipsykiatriens tid, og der sattes spørgsmålstegn ved alt. Der var unægtelig behov for at gøre op med den ganske patriarkalske og autoritære ledelsesstil indenfor psykiatrien. Som noget dengang nyt afskaffede personalet kitler, hvad der ofte vakte modvilje udenfor afdelingen – så var det jo »ikke til at se forskel på patienter og personale.« Der var en generel utilbøjelighed til overhovedet at acceptere grænser. Mange ønskede, at også grænserne mellem de forskellige personalegrupper skulle væk. Det hævdedes hyppigt, at det ikke var vores uddannelse og teoretiske skoling, der betød noget i samværet med patienterne, men derimod vores menneskelige egenskaber. Mange mente heller ikke, at det var den individuelle psykoterapi hos læger og psykologer, der hjalp patienterne, men derimod det daglige samvær omkring fx madlavning og andre aktiviteter. Så der var massive krav om, at alle skulle lave mad og vaske op sammen med patienterne. Omvendt ønskede sygeplejersker og pædagoger at deltage i psykoterapien. Det kunne være ganske svært at finde sine egne ben i debatten, og det blev ikke bedre af, at både læger og psykologer faktisk var temmelig svagt funderede i udøvelsen af psykoterapi. Der var få, der havde uddannelse i det, så for-

søgene var ofte noget famlende, og man kunne have en uhyggelig følelse af, at nogle af kritikerne havde temmelig meget ret. Det var først i løbet af halvfjerds- og firserne, hvor det psykoterapeutiske niveau så småt begyndte at blive hævet, at der efterhånden kom større bevidsthed om og klarere linjer i det psykoterapeutiske arbejde. Uheldigvis er der til gengæld efterhånden skåret så meget ned i resurserne, at det i sig selv begrænser omfanget af denne arbejds måde betydeligt.

For en psykolog var en ungdomspsykiatrisk afdeling et eminent godt uddannelsessted. Ikke alene fik man der lejlighed til at se hele spektret af de mest alvorlige psykiske lidelser, ofte på det tidspunkt, hvor de for alvor begyndte at manifestere sig, men der var også mulighed for at have en meget lang og varieret række arbejdsfunktioner. På en tid, hvor mange psykologer i voksenpsykiatrien måtte kæmpe hårdt for at komme ud af rollen som »testpsykolog«, var balancen mellem læger og psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien langt mere jævnbyrdig, både talmæssigt og funktionsmæssigt. Det betød, at psykologerne også havde meget terapeutisk arbejde med både de unge og deres forældre, både individuelt og i grupper. Man fik tildelt ansvar for behandlingstilrettelæggelse, førte journaler og ledede konferencer, underviste og superviserede miljøpersonale; endelig var der mulighed for at indgå i omfattende forskningsprojekter (Aarkrog et al. 1979). Psykologisk forståelse og metode kunne få en relativt større betydning i arbejdet end indenfor voksenpsykiatrien, hvor den lægelige dominans var langt større.

Den struktur, psykologer befandt sig i på de psykiatriske afdelinger, varierede fra sted til sted. Mange steder sad psykologerne alene eller få sammen i de enkelte afdelinger (som i mit tilfælde), andre steder sad de samlet i særlige psykologiske afdelinger, hvor de havde egen faglig leder, og hvorfra de ydede bistand til de forskellige afdelinger. I første tilfælde var man meget integreret i sin afdeling og kunne ofte opleve at blive ganske påskønnet for sit arbejde; men det kunne være svært at opretholde en klar psykologisk identitet, og man var helt afhængig af det personlige forhold til overlægen (som dengang var den eneste ledelsesansvarlige). Det kunne være vanskeligt at komme igennem med ønsker om forfremmelser og ledende psykologstillinger. I de samlede psykologafsnit var kontakten til afdelingerne ofte tyndere, men fagforeningsmæssigt stod psykologgruppen stærkere.

Ungdomspsykiatrien befandt sig (og det gør den stadig) i det diagnostisk forvirrede område, der ligger mellem børnepsykiatrisk og voksenpsykiatrisk diagnostik. Den manglende kontinuitet mellem områderne bliver meget tydelig og ret besværlig, når man har med unge at gøre. Før indførelsen af ICD-10 (i Danmark i 1994) dominerede sygdomsforståelsen indenfor voksenpsykiatrien, mens man i børnepsykiatrien arbejdede på grundlag af en blanding af forskellige referencerammer, hvor psykodynamisk og udviklingsmæssig tænkning dog havde en relativt stor plads. Med

indførelsen af ICD-10 i er der nok sket en forenkling i den forstand, at der hovedsagelig opereres med én referenceramme, så at forvirringen er mindsket. Men desværre er der valgt en diagnostik, der tager udgangspunkt i symptomer, og hvor en organisk eller genetisk betinget årsagsforståelse i vid udstrækning dominerer. En symptombaseret diagnostik er specielt katastrofal i barnealderen, hvor symptomer kan være meget ustabile; og det er paradoksalt, at man netop indfører en sådan diagnostik på et tidspunkt, hvor vores viden om betydningen af tilknytnings- og relationsmønstre, også for psykopatologi, er større end nogen sinde.

I halvfjerdsere var både de børne- og de ungdomspsykiatriske afdelinger indstillede på ikke blot at undersøge og diagnosticere, men også at behandle de børn og unge, der var indlagt. Børnene var faktisk ofte i årevis på de børnepsykiatriske afdelinger, hvoraf nogle nærmest fungerede som en slags behandlingshjem. Det var ikke hensigtsmæssigt, da et hospital ikke er et velegnet sted for at barn at opholde sig i længere tid. Man var desuden tilbøjelig til at overvurdere, hvad man kunne opnå behandlingsmæssigt. I virkeligheden er de børn og unge, der må hospitalsindlægges, ofte så svært skadede, at de har brug for en årelang, intensiv indsats *efter* hospitalsopholdet. Det kan derfor være realistisk nok, at man i dag kun tilbyder kortvarig behandling af de mest akutte skader i hospitalsafdelingerne. Problemet er, at der i høj grad mangler egentlige behandlingssteder. Den ungdomspsykiatriske afdeling på Bispebjerg etablerede allerede i 1976 et specielt samarbejde med en ungdomspension i Tølløse, hvor de unge efter endt hospitalsophold kan bo i adskillige år i et terapeutisk miljø og med mulighed for tilknyttet psykoterapeutisk bistand. Tilsvarende langvarige efterbehandlingsmuligheder har mange indlagte børn og unge brug for.

Rådgivningscentre

Fra hospitalsvæsenet søgte jeg til socialvæsenet, nærmere betegnet til et amtsligt børnerådgivningscenter (i Københavns amt), hvortil jeg kom i 1983.

Baggrunden for oprettelsen af disse centre ligger egentlig helt tilbage til slutningen af fyrerne, hvor man erkendte, at mange børn havde problemer, som ikke kunne løses med de behandlingsmuligheder, man havde på daværende tidspunkt. Fx sagde professor Hjalmar Helweg i slutningen af fyrerne: »Det skolepsykologiske kontor arbejder med en relativ begrænset opgave, idet det ikke går udenfor det pågældende skolevæsens rammer, men de børnepsykiatriske afdelinger og pædiatriske afdelinger, til hvilke befolkningen har fri adgang, har en så enorm tilgang af børn med lettere eller sværere sjælelige forstyrrelser, at det med sikkerhed kan siges, at der her foreligger et meget stort og betydningsfuldt felt, hvis opdyrk-

ning endnu kun til dels er påbegyndt. De nu bestående institutioner, der giver sig af med behandling af psykiske forstyrrelser hos børn, modtager patienter af alle mulige kategorier, men efterhånden som man får overblik over sagen, kan det sees, at en vis tredeling gør sig gældende. På de børnepsykiatriske afdelinger og de dertil knyttede poliklinikker samler sig ganske naturligt de børn, der lider af egentlige sindslidelser af sværere eller lettere art, samt af sådanne udviklingsmæssige forstyrrelser, der antager en udpræget sygelig karakter og primært er af sjælelig natur. På de pædiatriske afdelinger og poliklinikker samles de sjælelige forstyrrelser, der fortrinsvis optræder som komplikationer til legemlige lidelser (astma, mave-lidelser o.m.a.) eller kompliceres med sådanne sygdomme. Naturligvis griber de to nævnte områder i høj grad over på hinanden. Imidlertid findes der et tredje område, nemlig de sjælelige forstyrrelser hos børn, der fortrinsvis hidrører fra mentalhygiejniske fejl under opdragelsen, hvor altså de pågældende børn i og for sig er normale eller omtrent normale, og hvor passende pædagogisk og psykologisk vejledning til forældrene eller opdragerne kan tjene til at rette fejlene og lede barnets udvikling ind i de rigtige baner. Det er dette område, der til dels og kun for de skolesøgende børns vedkommende i København og visse andre kommuner varetages af skolepsykologerne, men som iøvrigt herhjemme i stort omfang ikke er varetaget. I andre lande, ganske særlig USA og England røgtes disse opgaver af de såkaldte child guidance clinics.« (Perch 1990, s. 40)

Som en direkte følge af sådanne overvejelser oprettedes i 1950 Universitetets børnepsykologiske Klinik (UBK) som den første egentlige børnepsykologiske rådgivningsklinik her i landet. Også i Gentofte oprettedes der et rådgivningscenter i 1950, drevet af Red Barnet. Det blev i begyndelsen ledet af en psykiater, men med psykologisk bistand.

I Ungdomskommissionens betænkning (1952) foreslog man oprettelse af yderligere børnerådgivningscentre ud over de to allerede eksisterende med bemanning af psykiatere, psykologer og socialrådgivere. Man forestillede sig oprindeligt, at der skulle oprettes 100 centre rundt om i landet. Forslaget blev udmøntet i en lov i 1958. Når man foreslog ordet »rådgivningscenter« var det for at undgå ordet »klinik«, som kunne lede tankerne hen på rent lægelig behandling og bl.a. give anledning til forveksling med børnepsykiatriske klinikker. Det var jo som nævnt ikke tanken, at rådgivningscentrene skulle være børnepsykiatriske ambulatorier, men et led i det almindelige familiestøttende arbejde overfor opdragelses- og adfærdsvanskeligheder (Horsten 1967). Deres arbejdsopgaver blev fastsat til at bestå i hjælp til undersøgelse og behandling af børn og unge med tilpasningsvanskeligheder, i første række efter henvisning fra børne- og ungdomsværnene og institutioner og foreninger for børneforsorg, som fx plejehjemsforeningerne. Man forestillede sig også, at centrene skulle have nært samarbejde med andre børneforsorgsinstitutioner som børnehjem, observationshjem og behandlingshjem, ligesom de skulle yde vejledning

til børnehaver og støtte familievejledningerne ved børneværnene. Forældre og børn skulle også kunne henvende sig direkte til centrene. Man tilrådede tilknytning af både psykiatrisk og psykologisk sagkundskab og beskrev, at psykologerne skulle være klinisk uddannede psykologer, hvorved »forstås psykologer, der har suppleret deres universitetsuddannelse med mindst 2 års klinisk uddannelse, hvoraf mindst 1 år på universitets-klinikken« (Horsten 1967, s. 139).

Ved oprettelsen var der uenighed om, hvem der burde lede centrene. Psykologforeningen hævdede, at en universitetsuddannet psykolog var kvalificeret til at være leder, mens Lægeforeningen mente, at centrene burde ledes af overlæger, der var specialister i børnepsykiatri. Da man mente, at den rette skelnen mellem de børn, centrene skulle tage sig af, og dem, der skulle viderehenvises til børnepsykiatrien, ville være vanskelig at foretage, så længe de børnepsykiatriske afdelinger ikke var bedre udbyggede, foreslog man, at de første centre fik en børnepsykiater som leder, men at spørgsmålet om ledelsen ville blive taget op igen, hvis der oprettedes flere centre. De første fire centre oprettedes følgelig med en børnepsykiater som leder. Udover Red Barnets rådgivningscenter i København var det centrene i Odense, Ålborg og Esbjerg. Omtrent samtidig oprettedes Ungdomsklinikken i København, hvis leder dog var psykolog, nemlig Karen Berntsen.

I praksis endte det imidlertid med, at alle de følgende rådgivningscentre fik psykologer som ledere. Der blev aldrig oprettet 100 centre; før Bistandslovens ikrafttræden i 1976 var der ialt kun oprettet 8 (Haslund 1977). Med Bistandslovens vedtagelse blev centrene lagt ind under amtskommunerne, som så også blev forpligtet til – hver for sig eller i fællesskab – at drive rådgivningscentre. Centrene skulle foretage undersøgelser og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder (op til 18 års alderen), fortrinsvis af dem, der blev henvist af kommunalbestyrelserne. Undersøgelse og behandling skulle være gratis.

I praksis fandtes der efter 1976 rådgivninger i alle amter, men de var af meget forskellig størrelse, ligesom deres indplacering i amternes socialcentre var meget forskellig. I nogle amter var der store, velbemandede rådgivningscentre, som fungerede meget selvstændigt, som havde eget økonomisk ansvar, og som – i varierende omfang – også kunne tilbyde behandling til familier, der selv henvendte sig. I andre amter var centrene små, så integrerede i amtets socialcenter og så bundne af deres faste opgaver, at egentlige behandlingsopgaver sjældent eller aldrig kom på tale.

De første rådgivningscentre arbejdede efter modeller, der var hentet fra de børnepsykiatriske ambulatorier. Det var som oftest det henviste barn, der var i fokus. Man gjorde meget ud af at optage anamnese og foretage en grundig undersøgelse af barnet, og det mandede hyppigt ud i et tilbud om individuel behandling af barnet, med sideløbende rådgivning til forældrene, ofte kun moderen. Det er ligeledes karakteristisk, at man i begyn-

delsen brugte betegnelsen »patient« om de henviste børn, et ord, der senere erstattedes af »klient« (Haslund 1977). (I virkeligheden er ingen af disse ord velegnede som betegnelse for de mennesker, der søger psykologisk bistand; vi savner også i dag en god betegnelse).

Den teoretiske referenceramme var i begyndelsen hovedsagelig den psykoanalytiske, som ikke er til at komme udenom, hvis man vil arbejde psykoterapeutisk med børn. Dertil kom efterhånden en betydelig socialpsykologisk viden og et indgående kendskab til det sociale systems muligheder og begrænsninger. I løbet af halvfjerdsere og firserne kom familierterapien til landet, og den vandt naturligt indpas i centrene. Der var en tendens til i begyndelsen at idealisere denne form for behandling, som blev set som løsningen på mange familiers problemer. Man var imidlertid ikke alle steder lige kyndig i brugen af den og fandt også efterhånden ud af, at den ikke lod sig anvende overfor alle familier, så den fandt sin plads som én metode blandt mange.

Med indførelsen af Bistandsloven blev centrene som nævnt især forpligtede til at hjælpe de primærkommunale socialforvaltninger. Det flyttede i nogen grad vægten fra det direkte behandlingsarbejde med familierne over til konsulentarbejde til socialforvaltningerne. Filosofien var i begyndelsen, at hvis man blot gav støtte og vejledning til de nøglepersoner (et af tidens foretrukne ord), som havde med de vanskelige børn at gøre, kunne problemerne løses ad den vej, så man ikke behøvede at gribe ind med direkte behandling. Det viste sig nu slet ikke at slå til.

I de tilfælde, hvor primærkommunerne ikke selv kunne foretage de nødvendige undersøgelser eller behandlinger, påtog rådgivningscentre sig dem. De blev på den måde inddraget i alle de tungeste børnesager, især dem, der involverede omsorgssvigt og evt. seksuelt misbrug. Det drejede sig ofte om særdeles svært belastede familier med misbrug og kriminalitet.

Der var væsentlige fordele ved rådgivningscentrenes udførelse af disse vanskelige undersøgelsesopgaver. Det betød for det første en kvalitetssikring, idet der som hovedregel var flere, som samarbejdede om opgaven, som oftest en socialrådgiver og en psykolog, samtidig med at der var sikret et nært samarbejde, fordi de tilhørte samme institution. Der var altid mulighed for supervision, og i særlig vanskelige tilfælde for juridisk assistance, og centrenes status som offentlig institution sikrede et fagligt niveau, som hele tiden kunne være under kritisk observation. For det andet betød det tryk for undersøgerne at have en solid institution i ryggen, hvis de fx senere blev kritiseret eller direkte truet af de berørte familier, som det undertiden kunne ske. En væsentlig kvalitet var endelig undersøgernes neutralitet i forhold til den instans, der ønskede undersøgelsen gennemført. Centrene oparbejdede efterhånden en ganske betydelig ekspertise i at foretage sådanne undersøgelser. En stor del af denne viden er udmøntet i bogen *Psyko-sociale undersøgelser* (Hansen 1999).

Ulempen ved rådgivningscentrene var først og fremmest, at de var for få og små, så ventelisterne kunne blive for lange og klienterne, i dette tilfælde kommunerne, for utålmodige.

Lægerne gled forholdsvis hurtigt ud af rådgivningscentrene, selv om de mange steder i en årrække havde tilknytning som konsulenter. Paradoksalt nok skete det samtidig med, at de opgaver, rådgivningscentrene kom til at løse, bevægede sig stadig længere væk fra de begrænsede opgaver, de oprindeligt var tiltænkt, med vejledning til forældre til normale eller næsten normale børn og hjælp til familier med lettere opdragelsesproblemer. Tværtimod fik centrene som nævnt henvist de børnesager, som var allertungest både socialt og psykisk. Forestillingen om, at de tunge sager fortsat skulle henvises til børnepsykiatrien, viste sig både urealistisk og ubegrundet.

Trods presset fra socialforvaltningerne prøvede man på centrene at fastholde, at det direkte behandlingsarbejde med familier og deres børn var den centrale funktion, og at det udgjorde det nødvendige faglige grundlag for at kunne tilbyde konsulentrådgivning af tilstrækkelig kvalitet. Det kunne være svært at opnå forståelse for det fra både overordnede og socialforvaltninger. Rådgivningscentrene havde alle det problem, at de var de eneste afdelinger i amternes socialcentre, som foretog behandling; alle de øvrige afdelinger havde administrative opgaver. Det kunne gøre det svært at få forståelse for de særlige vilkår, der må eksistere i behandlingsinstitutioner, og medarbejderne blev undertiden oplevet som eksklusive og besværlige. Eksempelvis kunne det være svært at forklare, hvad der foregik, når et barn skreg højt i legerummet, som var placeret umiddelbart under socialformandens kontor.

Centrene rådede over en bred vifte af behandlingsmuligheder, som omfattede individuel børneterapi med sideløbende støtte til forældrene, individuel støtte eller decideret psykoterapeutisk hjælp til forældre, familierterapi og gruppeterapi, fx til unge, til forældre eller plejeforældre. Et betydeligt arbejdsområde var arbejdet med forældremyndigheds- og samværs-sager. Der kunne være tale om enten rådgivning og mægling til parterne eller til undersøgelser for offentlige instanser af, hvor børnene fx havde bedst af at bo. Behovet for dette arbejde var så stort, at det senere er blevet udskilt som et særligt arbejdsområde for psykologer, som enten er knyttet direkte til Overpræsidiat (i København) og statsamterne eller til retterne, hvor de udfører de børnesagkyndige undersøgelser. Også kriserådgivning til familier, der fx havde lidt tab, været udsat for ulykker eller forbrydelser eller var ramt af sygdom, hørte dengang med til centrene's opgaver, dvs en hel del af det arbejde, som i dag falder ind under sygesikringsområdet. Endelig blev også familier med fremmed kulturbaggrund efterhånden i stigende grad henvist til centrene, hvad der følte vanskeligt. Der krævedes specialviden, og mange følte sig ikke kompetente til at arbejde med tolk eller at finde ud af, hvad der var kulturforskelle, og

hvad der var egentlige psykiske problemer hos de henviste familier. Også dette arbejde udføres i dag i højere grad af de specielle institutioner, der efterhånden er oprettet med netop sådanne opgaver for øje.

Rådgivningscentrene levede ofte en forbavsende upåagtet tilværelse trods det store og velkvalificerede arbejde, de udførte på børneområdet. Det kan dels skyldes, at de indgik i det amtslige socialvæsen, som i det hele taget var mindre synligt end det primærkommunale, og dels, at centrene som oftest prøvede at være så lidt synlige som muligt for ikke at drukne helt i henvendelser.

I slutningen af firserne var der som tidligere nævnt meget oprud på det sociale område. Kommunerne opponerede bl.a. mod amternes varetagelse af en række sociale opgaver, som de selv ønskede at overtage. Der var forslag om helt at nedlægge amterne, og begreber som decentralisering, lokalisering og nærhed til borgerne blev populære. I de geografisk store amter klagedes der med rette over, at der var for stor afstand til det ene amtslige rådgivningscenter. Disse tendenser førte til ret forskellige løsninger i forskellige amter; i nogle blev de eksisterende centre delt op i mindre, selvstændige enheder, der placeredes i forskellige dele af amtet; i mange tilfælde medførte ændringen samtidig, at ledelsen af afdelingerne gik fra psykologer til socialrådgivere, en løsning, der fagligt set er beklagelig. I andre tilfælde blev centrene næsten nedlagt og deres opgaver udlagt til primærkommunerne. Samtidig oprettedes der i mange primærkommuner familieværksteder og andre former for lokale pædagogiske rådgivninger og behandlingssteder, som skulle løse nogle af de behandlingsopgaver, som centrene tidligere havde løst. Man gentog her i nogen grad den samme fejl, som man havde begået ved Bistandslovens indførelse, nemlig troen på, at man ad pædagogisk og rådgivningsmæssig vej kan hjælpe de vanskeligst tilgængelige og dårligst fungerende familier.

Den specialviden, rådgivningscentrene havde på undersøgelsesområdet, gik i nogen grad tabt ved denne decentralisering, og primærkommunernes socialforvaltninger har i hvert fald i en periode været ladt noget i stikken med hensyn til, hvor de kunne henvende sig for at få foretaget sådanne undersøgelser. Der forekommer nu ofte henvendelser til privatpraktiserende psykologer om at foretage dem, men det giver ikke henvisterne samme garanti for faglig kvalitet som en henvendelse til en offentlig myndighed, ligesom det i virkeligheden er arbejde, der bør udføres af et team, for at undgå for stor subjektivitet og sikre kvaliteten. I andre tilfælde udføres undersøgelserne nu af medarbejdere ved de forvaltninger, som selv rekvirerer dem; det kan have fordele, men man risikerer – med rette eller urette – at undersøgerens neutralitet drages i tvivl. Endelig sker det nu ikke sjældent, at undersøgelsen af børnene og af forældrenes omsorgsevne skilles ad og foretages af to forskellige instanser, hvad der er overordentlig uheldigt. Det drejer sig aldrig om en undersøgelse af forældreevne i al almindelighed, men om undersøgelse af netop de forældre til

netop det eller de børn, der er i familien. Det kan godt være forskellige personer, der foretager undersøgelserne af henholdsvis børn og forældre, men de bør samarbejde meget nært og undersøgelsen bør udmunde i en fælles konklusion.

Uddannelsen til klinisk (børne)psykolog

Uddannelsen til klinisk psykolog var i begyndelsen ikke formaliseret, omend man kunne specialisere sig i klinisk psykologi under uddannelsen på universitetet. Betegnelsen blev anvendt om de psykologer, som arbejdede med undersøgelse og behandling af børn eller voksne, især på hospitaler, behandlingshjem og rådgivningsklinikker. Som beskrevet blev det på et tidspunkt foreslået, at kliniske børnepsykologer skulle have et år af deres efteruddannelse ved UBK, hvad der hurtigt viste sig helt urealistisk. Det nærmeste, man kom til en egentlig uddannelse i klinisk psykologi var gennem de såkaldte kandidatstillinger, som var (og er) uddannelsesstillinger ved en række arbejdspladser, hvor psykologen var garanteret supervision fra mere erfarne kolleger. Der var imidlertid også alt for få kandidatstillinger til, at man kunne tilbyde en systematisk efteruddannelse til alle, der ønskede at kvalificere sig som klinisk psykolog.

Med indførelsen af kliniske psykologer i skolevæsenet blev der brug for en definition af, hvordan de adskilte sig fra skolepsykologerne, hvis arbejde var af mere pædagogisk-psykologisk art, og som jo oprindeligt havde rod i lærerarbejdet. Det blev derfor bestemt af Undervisningsministeriet i 1976, at man for at kunne betegne sig som klinisk psykolog indenfor folkeskolen enten skulle have haft to års klinisk erfaring før sin ansættelse, eller man kunne gennemgå en to-årig videreuddannelse samtidig med sin ansættelse ved skolevæsenet. Ifølge denne videreuddannelse skulle man én dag ugentlig følge arbejdet ved en behandlingsinstitution under en klinisk psykolog, der opfyldte kvalifikationskravet, og derudover have to timers »individuel personlig sagssupervision« hos en klinisk psykolog, ofte, men ikke nødvendigvis, den samme, som man var i praktik hos. Efter gennemførelsen af et sådant forløb fik man en officiel godkendelse fra ministeriet som klinisk psykolog. Uddannelsen var bedre end ingenting; men det var begrænset, hvor meget klinisk arbejde, praktikanten selv kunne udføre ved at være en dag om ugen på en fremmed institution. Efterhånden blev betegnelsen »klinisk psykolog« dog så knyttet til denne form for efteruddannelse, at man kunne støde på det paradoks, at der blev sat spørgsmålstegn ved, om personer, som i mange år faktisk havde arbejdet som klinikere på behandlingsinstitutioner, egentlig havde lov til at kalde sig kliniske psykologer, fordi de jo ikke havde den ministerielle autorisation.

Den vage betegnelse »klinisk børnepsykolog« vil formentlig efterhånden forsvinde. I takt med, at Psykologforeningens specialistuddannelser, som er indført i løbet af halvfemserne, for alvor slår igennem, vil psykologerne formodentlig foretrække at omtale sig selv i mere præcise vendinger som specialister i henholdsvis psykoterapi, børnepsykologi eller børne-neurologi, som er de specialistformer, der kommer nærmest til at dække området. Nogle vil gå endnu videre i specialiseringsgrad og kunne betegne sig som børnepsykoterapeuter, hvis de nemlig har gennemgået den 3-5-årige uddannelse i psykoanalytisk børneterapi, som blev nævnt i indledningen. Den blev iværksat af Dansk Selskab for Psykoanalytisk Psykoterapi med Børn og Unge, som blev dannet i 1992, bl. a. med det formål at få etableret en sådan uddannelse. Den er tilrettelagt, så den opfylder de krav til en børneterapeutisk uddannelse, som er vedtaget af The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EFPP). Disse krav går betydeligt ud over dem, der stilles i de danske specialistuddannelser, med hensyn til omfang af både egenterapi, teori og supervision. Uddannelsen indeholder desuden spædbørnsobservation. Den er som nævnt påbegyndt i 1997, og der er endnu ingen, der har afsluttet den.

Særlige karakteristika ved de forskellige arbejdsområder

Hvis jeg sammenholder de tre forskellige områder, jeg har arbejdet indenfor: klinisk skolepsykologi, (ungdoms)psykiatri og rådgivningscenter, er der for mig ingen tvivl om, at rådgivningscentret har været det mest klinisk-psykologiske, med lige stort tryk på begge ord. Ingen kan hævde, at et skolepsykologisk kontor ikke er en *psykologisk* arbejdsplads; men det kliniske arbejde er – omend det er vokset i omfang og betydning – ikke det dominerende. Omvendt er en psykiatrisk hospitalsafdeling så absolut en *klinisk* arbejdsplads; men et lægeligt ledet, psykiatrisk sted. Rådgivningscentre var – i hvert fald på den tid, hvor jeg var ansat der – ledet af kliniske psykologer, og omend centrene ofte måtte gå stille med dørene omkring det behandlingsarbejde, de udførte, var det kliniske opgaver i form af specialistundersøgelser, behandling og supervision/konsulentarbejde, der var de centrale. Det var nok også ganske karakteristisk, at mange af lederne var kvinder, som erfaringsmæssigt ofte er klinisk interesserede, mens de skolepsykologiske rådgivninger med deres mere administrative og organisatoriske opgaver ofte var ledet af mænd.

Arbejdet ved de Pædagogisk-Psykologiske Rådgivninger bærer både præg af det historiske forløb og af psykologernes tilhørsforhold til skolesystemet, hvad der for så vidt er to sider af samme sag. Skolepsykologerne begyndte som lærere, der fik en specialiseret videreuddannelse, og deres første opgaver var så afgjort af (special)pædagogisk natur. Som det er beskrevet, har den kliniske psykologi først gradvist vundet indpas, og den

befinder sig stadig i et system, der er domineret af en pædagogisk-psykologisk tænkemåde. Det slår igennem helt ned til sproget, der ofte er administrativt præget, med henvisninger til ministerielle cirkulærer og vejledninger. Målsætningen er ikke primært at være et behandlingssted for børn med vanskeligheder, men derimod at sætte børnene i stand til at fungere i skolen.

Den pædagogisk-psykologiske synsvinkel, der tager udgangspunkt i barnets funktion i skolen, enten fagligt eller socialt, er hensigtsmæssig i de tilfælde, hvor problemerne enten rent faktisk har deres årsag der, eller hvor de er af så begrænset omfang, at skolemæssige foranstaltninger og/eller en relativt kortvarig kontakt med familien slår til som løsninger. De er derimod utilstrækkelige i de mange tilfælde, hvor der er tale om egentlige udviklingsforstyrrelser hos barnet eller hjemlige problemer af betydeligt omfang, som kræver mere indgribende foranstaltninger, fx i form af psykoterapeutisk bistand. Her er man i allerhøjeste grad hæmmet af manglen på behandlingsmuligheder.

Ved at tage udgangspunkt i skoleproblemerne risikerer man at betragte dem som hovedproblemerne også i de tilfælde, hvor de i virkeligheden er symptomer på mere omfattende personlighedsmæssige forstyrrelser. Man bruger fortsat mange kræfter på forgæves forsøg på ad pædagogisk vej at hjælpe børn, der har brug for psykoterapi for at kunne lære. Man har endnu heller ikke taget konsekvensen af vores viden om, at evnen til udforskning forudsætter en rimelig tryk tilknytning; mange af de børn, der har læse- og andre indlæringsvanskeligheder lever under vilkår, der gør det absurd at forestille sig, at de skulle have interesse for og overskud til indlæring.

Et beslægtet problem er, at psykologerne i skolen tilhører skolesystemet og ofte har et forhåndskendskab til barnet og dets lærere, som a priori udelukker et neutralt udgangspunkt i forhold til forældrene. En hel del forældre ønsker ikke, at psykologerne ved skolevæsenet skal have et for nært indblik i deres familieliv, også fordi de kan frygte, at der ikke opretholdes tilstrækkelig tavshed om deres private forhold overfor lærerne.

Paradoksalt nok kan det være et problem, at man efterhånden mange steder indenfor skolevæsenet er så dygtig til at løse de vanskelige børns skoleproblemer, fx gennem placering i små specialklasser, at det er muligt at rumme dem i skolen. Det kan betyde, at nogle af disse børn hjælpes igennem skolen, men samtidig ikke får den nødvendige hjælp, de egentlig har brug for, til deres mere personlige og følelsesmæssige problemer. De dukker så først for alvor op til overfladen, når børnene slutter skolen og skal i gang med videre uddannelse eller arbejde.

De børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger er fortsat fremragende læresteder for psykologer, hvor man kan få førstehåndskendskab til de alvorligste psykiske forstyrrelser i antal og grader, som man ikke kan mange andre steder. Men desværre kan man i dag se en tendens til, at en

stor del af den udviklingsmæssige viden og psykodynamiske forståelse, man tidligere havde indenfor området, går tabt, og at forståelsen af børnenes vanskeligheder bliver for forenklet og overfladisk. Samtidig er behandlingsmulighederne som nævnt blevet stærkt beskåret. Hvis ikke disse forhold ændres, kan afdelingerne næppe på længere sigt tilbyde arbejdsforhold for psykoterapeutisk interesserede psykologer, der kan sammenlignes med dem, man kan finde andre steder.

Nogle af rådgivningscentrenes kvaliteter bestod – udover i et relativt højt fagligt niveau – i deres evner til samarbejde med mange forskellige instanser, deres bestræbelser på at være klare i tænkningen omkring at skelne mellem undersøgelses- og behandlingsopgaver, og mellem hvem der var deres øjeblikkelige klient i det komplekse felt, de befandt sig i. Desuden var de præget af en respekt for deres klientel, som var iøjnefaldende, når man som jeg kom fra hospitalsvæsenet. Der er noget vist ironisk i, at man på et tidspunkt, hvor man talte meget om »kraftcentre« i behandlingsarbejdet med familier, stort set nedlagde de rådgivningscentre, som vel mere end nogle andre bortset fra behandlingshjemmene fortjente den betegnelse.

Der er sket en rivende udvikling indenfor det klinisk børnepsykologiske felt i de snart 35 år, jeg har befundet mig indenfor det; og det er jo en fornøjelse at være deltager i en proces, der generelt er så præget af vækst og udvikling. Kliniske psykologer tager sig i dag med selvfølgelighed af de allervanskeligste børn, og både teoretisk og metodemæssigt har feltet udviklet sig så meget, at det næsten ikke er til at fatte – og i hvert fald svært at følge med i. Stillingsantallet er eksploderet, og videreuddannelser er blevet institutionaliseret.

Hvis jeg til sidst skal pege på, hvad man i dag kan ønske sig for området fremover, kan det siges kort: først og fremmest flere tilstrækkelig omfattende og kvalificerede behandlingstilbud, ikke mindst i form af ambulans psykot terapi. Der er stadig et betydeligt misforhold mellem antallet af børn, der undersøges, og antallet af børn, som kan få det behandlingstilbud, de har brug for. En forudsætning for, at behandlingen kan blive mere præcist målrettet mod barnets vanskeligheder, er også, at man giver sig tid til en tilstrækkelig grundig og omfattende undersøgelse af både barn og familie. Det kan se paradoksalt ud at foreslå større vægt på individuel børnet erapi, som man i vid udstrækning tidligere er gået væk fra. Det er imidlertid en kendsgerning, at de børn, der har brug for specifik psykoterapeutisk hjælp, ikke kan hjælpes tilstrækkeligt gennem alle de andre metoder, der er udarbejdet, og som kan have mange andre udmærkede formål. En målrettet psykoterapeutisk indsats på rette tid vil i mange tilfælde være særdeles resursebesparende på længere sigt. Desuden må man ikke glemme, at børnet erapien har udviklet sig kolossalt, både teoretisk og metodemæssigt, så at man i dag kan arbejde med – og opnå gode resultater med – en langt bredere gruppe børn, end man tidligere kunne.

LITTERATUR:

- BORG, N. & Dueholm, N. (1979a): Klinisk psykologi i folkeskolen – I. *Dansk Psykolog-Nyt, særtryk nr. 16 og 17*, (s. 1-4).
- BORG, N. & Dueholm, N. (1979b): Klinisk psykologi i folkeskolen – II. *Dansk Psykolog-Nyt, særtryk nr. 16 og 17*, (s. 4-9).
- HANSEN, K.G. (1999): *Psyko-sociale undersøgelser*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- HASLUND, L. (1977): *Hvem er klienten? Rapport fra et rådgivningscenter*. København: Gyldendal.
- HORSTEN, H. (1967): *Børne- og ungdomsforsorgen i Danmark*. København: Arnold Busck.
- JACOBSEN, E. (1989): Træk af skolepsykologiens historie. *Skolepsykologi*, 26, (s. 324-414).
- PERCH, P. (1990): Da UBK blev til – og rådgivningscentre fulgte i kølvandet. IN: *Børn og terapi. Universitetets børnepsykologiske klinik* (s.39-46). København: Dansk psykologisk Forlag.
- UNDERVISNINGSMINISTERIETS PPR-PROJEKT (1995): *Fra skolepsykologi til Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning*. Undervisningsministeriet, Folkeskoleafdelingen.
- WENAR, C. (1983): *Psychopathology from Infancy Through Adolescence*. New York: Random House.
- AARKROG, T. (1998): Ungdomspsykiatri. *Ugeskrift for Læger*, 160, (s. 74-75).
- AARKROG, T. (1995): *Borderline adolescents 20 years later*. Københavns Universitet: egen udgivelse.
- AARKROG, T. (1999): Psychotic adolescents 20-25 years later. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, suppl. 42.
- AARKROG, T., LAURITSEN, S., MORTENSEN, K. V. & STRØM, J. (1979): Adolescents in Psychiatric Residential Treatment and 5 Years Later. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl. 278*. København: Munksgaard.