

KLINISK SPÆD- OG SMÅBARNSPSYKOLOGI – I UDVIKLINGSPSYKOPATOLOGISK PERSPEKTIV

Mette Skovgaard Væver

Artiklen præsenterer kort den historiske baggrund og udvalgte aspekter inden for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi. En syntetiseret udviklings- og patologimodel introduceres. Her ses individets udvikling som resultat af en aktiv og kompliceret interaktionsrække mellem medfødte biologiske dispositioner og miljømæssige påvirkninger. Fokus er ikke kun på barnets udvikling, men på udviklingen i hele det dynamiske omsorgsgiver-spædbarn-system, hvor udviklingsprocessen er bi-direktional. Den kliniske spæd- og småbarnspsykologi ses i det bredere udviklingspsykopatologiske perspektiv for at understrege betydningen af at se årsager til (ætiologi) og udvikling af psykopatologi (patogenese) i et livslangt perspektiv. Longitudinelle prospektive studier giver øget mulighed for en empirisk afdækning af sammenhænge mellem spæd- og småbarnsalderens psykiske lidelser og senere psykopatologi. Herunder afdækning af biologiske, psykosociale risiko- og beskyttelsesfaktorer og de involverede udviklingsmekanismer, som for eksempel i selv- og anden regulering. Dette har betydning for mulighederne for samfundsmæssige sundhedsfremmende indsatser, tidlig intervention og forebyggelse i forhold til spæd- og småbørn og deres mentale sundhed på længere sigt.

Introduktion

På den netop afholdte 11. verdenskongres i den internationale organisation »World Association of Infant Mental Health« i Yokohama, August 2008 holdt Professor i udviklingspsykologi Arnold Sameroff, University of Michigan, USA, forelæsningsen »Infant Mental Health: Models and Agendas«. Her redegjorde han for, hvordan han mener, at det er hensigtsmæssigt, at vi inden for området skelner mellem tre centrale agendaer: i) En akademisk, hvor vi stiller spørgsmålet »Hvordan kan vi forstå spædbarnets udvikling og forstyrrelser i udviklingen?«; ii) En social og professionsorienteret: »Hvordan kan vi intervenere, forebygge og forbedre spædbørns livsbetingelser og

sikre den bedst mulige udvikling for dem?«; Og iii) En politisk agenda som stiller spørgsmålet »Hvem er ansvarlig for spædbørnenes udvikling?«

Denne artikel placerer sig hovedsagligt inden for den akademiske agenda, og dens overordnede formål er at give en kortfattet introduktion til udvalgte aspekter inden for feltet klinisk spæd- og småbarnspsykologi og anskue dette felt i et bredere udviklingspsykopatologisk perspektiv.

Begrebet »udviklingspsykopatologi« er den danske oversættelse af det engelske *Developmental Psychopathology*. Dette er ikke én psykologisk teori, men snarere en overordnet integrerende empiribaseret tilgang, som har til formål at se psykopatologisk udvikling i et livslangt perspektiv (Wenar & Kerig, 2005). Udviklingspsykopatologien introduceres her, idet denne tilgang giver mulighed for at supplere og udvide vores forståelse af den tidlige udvikling og fejludvikling med en række generelle grundantagelser om udvikling og patologi og at anskue de tidlige forstyrrelser i et livslangt perspektiv.

Den kliniske psykologi har som felt i mange år har været præget af forskellige og i et vist omfang »konkurrerende bølger« af teoretiske strømninger med skiftende foci på henholdsvis affekter, adfærd, tænkning med videre set som værende det primære i udviklingen. Dette set både i forhold til ætiologiforståelser og behandlingsmodeller. Man kan sige, at den kliniske spæd- og småbarnspsykologi – ligesom udviklingspsykopatologien – i højere grad har været præget af en gennemgående integrerende tænkning. Dette ses blandt andet i den udviklingsforståelse, der de sidste 20-30 år har domineret begge disse områder. Denne følger netop ikke én teorimodel, men baserer sig derimod på en grundlæggende dynamisk systemforståelse af udviklingsprocesser, som inkluderer alle udviklingsmæssige domæner såsom det biologiske, det perceptuelle og motoriske, det kognitive og det emotionelle, og disse ses som interagerende med hinanden.

En afdækning af de psykiske lidelser og beskyttelses – og risikofaktorer – både biologiske og psykosociale – der gør sig gældende i de første 3 leveår er vigtig, ligesom studierne af de udviklingsmæssige mekanismer involveret i disse, er vigtig. Men det er også vigtigt, at disse tidlige forstyrrelser sættes ind i et longitudinelt perspektiv, og at der stræbes efter en stadig større afdækning af sammenhænge mellem tidlige forstyrrelser og senere psykopatologi. Det er i relation til dette sidste, at udviklingspsykopatologien bidrager med en række grundantagelser, et begrebsapparat og forskningsmetoder, der kan ses som et supplement til det kliniske spæd- og småbarnsområde, og som er væsentlige i relation til en argumentation for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Artiklen placerer sig som ovenfor nævnt hovedsagligt inden for den akademiske agenda, altså der – hvor vi med Sameroffs opdeling – stiller spørgsmålet »Hvordan kan vi forstå udvikling og fejludvikling hos spæd- og småbørn?« Artiklen intenderer ikke at give en endegyldig besvarelse af dette spørgsmål, men ønsker at præsentere en for feltet helt central udviklingsforståelse – en dynamisk systemteoretisk og bidirektionel udviklingsforståelse.

Fokus i denne forståelsesramme er ikke kun det individuelle spædbarns udvikling, men udviklingen i hele det dynamiske omsorgsgiver-spædbarnssystem, hvor udviklingen altid går begge veje: Barnet indgår i systemet som en aktiv og bidragende del, med netop sine individuelle karakteristika, ligesom barnet møder de karakteristika, som de andre individuelle parter bringer med sig ind i systemet. Man kan konkretisere det i følgende spørgsmål, som altid må stilles, når man står over for en klinisk problemstilling: Hvad bringer dette barn med sig ind i denne interaktion, og hvordan er det at være omsorgsgiver til dette barn? Og omvendt: Hvad bringer denne omsorgsgiver med sig ind i denne interaktion og hvordan er det at være barn til denne omsorgsgiver? Og bredere igen kan vi spørge: Hvordan er det at være barn/søskende i denne familie? Hvordan er det at være voksen/forældre i denne familie? Hvilke ressourcer og hvilke vanskeligheder er der til stede i systemet?

Alle interaktioner er simultant et produkt af en selv- og interaktiv regulering. Reguleringen af både fysiske og psykiske tilstande ses i denne forståelsesramme som helt central i disse bi-direktionelle og dynamiske udviklingsprocesser mellem individ og miljø. Miljø forstås både i bredere forstand og som det nære dyadiske omsorgsmiljø, hvor begge parter indgår i den regulerende transaktion (udveksling) og gensidigt forandrer hinanden og selv forandres i og med denne (Sander, 2000; Brazelton, 1995; Sameroff, 2005). Selv- og interaktiv regulering handler om det at kunne etablere forudsigelighed i interaktionen over tid (Tronick, 1989). Forudsigelighed er et basalt psykologisk behov og centralt for barnets udvikling. Dette beskrives i nyere termer som »interaktiv kontingens«, hvor dét – til en vis grad – at kunne forudsige både egen og den andens adfærd etablerer en tryghed i relationen (Beebe et al., 2008).

I denne artikel præsenteres ovenstående bidirektionelle udviklingsforståelse primært med udgangspunkt i Sameroff og hans model (Sameroff & Chandler, 1975, Sameroff, 2003). Sameroff er – ud over at være en af pionererne inden for det kliniske spædbarnsområde – også central inden for det ovennævnte udviklingspsykopatologiske perspektiv.

Artiklens opbygning

Artiklen er opbygget således, at udvalgte centrale temaer inden for feltet klinisk spæd- og småbarnspsykologi præsenteres kort – herunder spædbarnet som klient, normalitetsafvigelse og klassifikation. Der gives et rids af den historiske baggrund for området. Efterfølgende præsenteres centrale antagelser i det udviklingspsykopatologiske perspektiv: Blandt andet den antagelse, at psykisk udvikling og fejludvikling altid må anskues probalistisk og ikke deterministisk. Samt at når vi taler udvikling og især risiko for fejludvikling både i de første leveår og i et livslangt perspektiv – så må vi også forholde os til den klassiske og ofte dikotomiserede diskussion af arv og miljø. Af-

slutningsvist introduceres Sameroffs bidirektionelle og transaktionelle udviklingsforståelse. Denne udviklingsforståelse har været dominerende inden for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi og udviklingspsykopatologien de sidste årtier. Her ses individets udvikling på ethvert givent tidspunkt som en aktiv og dynamisk forbindelse og mediering mellem individets genetiske og biologiske udrustning (arv) og de til hver en tid aktuelle livskontekster (miljø). Der præsenteres afslutningsvist nyere forskning, der undersøger og påviser at omsorgsgiver og spædbarns interaktioner på mikroprocesniveau også forløber som bi-direktionelle udviklingsprocesser.

Denne artikel har et primært akademisk formål, men ligesom den kliniske psykologi i sin helhed så udgør spæd- og småbarnspsykologien både en akademisk disciplin og en profession, og begge bidrager gensidigt i udviklingen af viden inden for området. Det er vigtigt at understrege, at udviklingsmodeller ikke bare er psykologiske teorier og begrebsmæssige konstruktioner, der lever deres eget isolerede liv inden for akademias mure. Udviklingsforståelser og modeller er udgangspunkt – mere eller mindre ekspliciteret – for de interventionsmodeller, som vi baserer vores behandling på, og dermed kommer de også til at udspille sig i vores samfunds social politik, og i hvor og hvordan vi fordeler de økonomiske ressourcer – også i forhold til spæd- og småbarnsområdet.

Hvad er klinisk spæd- og småbarnspsykologi?

Klinisk spæd- og småbarnspsykologi er den del af den kliniske børnepsykologi, der dækker aldersgruppen 0-3 år, og som beskæftiger sig med forstyrrelser i barnets udvikling i denne periode. Begrebet »klinisk« stammer fra den medicinske verden, og direkte oversat betyder det »vedrørende undersøgelse og behandling ved sengekanten« (Dansk Fremmedordbog). I Danmark bruges betegnelserne »spæd- og småbarnspsykiatrien« eller som her »klinisk spæd- og småbarnspsykologi«. I de engelsktalende lande benyttes betegnelsen »Infant Mental Health« ofte, hvor »infant« (fra latin og betyder umælende) dog afgrænser perioden af barnets første leveår, og som vi på dansk betegner som spædbarnsperioden. Betegnelsen »mental health« implicerer i højere grad et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv, som det også ville være hensigtsmæssigt at indføre i Danmark.

Ligesom den kliniske psykologi i sin helhed så indbefatter spæd- og småbarnsområdet både den akademiske disciplin og professionsfeltet, og er som fagdisciplin forankret i en række af de psykologiske grunddiscipliner, såsom udviklings-, kognitions-, social-, personligheds- og neuropsykologien. Den kliniske psykologi kan kortfattet siges at have følgende kerneområder: i) teorier om udvikling og patologi (ætiologi og patogenese); ii) undersøgelse, udredning og diagnosticering og iii) intervention, dokumentation og evaluering af effekt af intervention.

Denne artikel fokuserer, som tidligere nævnt, primært på teorier om udvikling og patologi. Der nævnes kun kortfattet eksempler på områdets undersøgelsesmetoder og de bruges i denne sammenhæng overvejende til en illustration af den her præsenterede udviklingsforståelse. Den kliniske spæd- og småbarnspsykologi har – ligesom spæd- og småbarnspsykologien i sin helhed – den udfordring, at vi her har med barnet at gøre, før sproget er udviklet eller er i sin tidligste udvikling. Vi kan derfor ikke i vores vurdering af barnets udvikling verbalt spørge til, hvordan det tænker og føler, men må basere vores vurdering på observationer og undersøgelsesmetoder udviklet hertil.

Spædbarnsalderen er også den periode i livet, hvor de kropslige og psykiske funktioner tydeligst er uadskillelige i interaktionen med omverden. En vurdering af barnets udvikling i denne periode indbefatter således en undersøgelse af barnets motoriske, perceptuelle, kognitive, socio-emotionelle, før-sproglige (symbolsk tænkning) og tidlige sproglige udvikling. I vurderingen af udviklingen af de sproglige funktioner undersøges både de ekspressive sprogfunktioner, det vil sige talesproget, og de impressive sprogfunktioner, som er evnen til sprogforståelse.

På intet andet tidspunkt i livet går udviklingen så hurtigt som i disse 3 første leveår, og enorme udviklingsmæssige progressioner finder sted. Dette betyder også, at tiden er en væsentlig faktor – især også når vi taler om forstyrrelser og behovet for tidlig og forebyggende intervention. Intervention og evaluering af intervention falder uden for rammerne af denne artikels formål og berøres kun kort i den afsluttende perspektivering. Ligesom den kliniske børnepsykologi i sin helhed så er praksisfeltet vedrørende psykiske forstyrrelser i spædbarnsalderen karakteriseret ved at foregå som et tværfagligt samarbejde involverende en række forskellige faggrupper, såsom jordemødre, sundhedsplejersker, børnelæger, pædagoger mv.

Normalitet eller afvigelse

Inden for den kliniske børnepsykologi er det generelt sådan, at det yderst sjældent er barnet selv, der aktivt beder om behandling og er bevidst om sine vanskeligheder – afhængigt af barnets alder selvfølgelig. Som oftest vil det være det andre, der oplever barnet som havende vanskeligheder og være lidende og barnets adfærd som forstyrret – og/eller forstyrrende for sine omgivelser. Og ofte vil det være børnepsykologen, der skal vurdere, om barnet har et egentligt behandlingsbehov. Denne vurdering forudsætter, at psykologen ved, hvad der er normal udvikling på et givent tidspunkt og for en given alder. Børnepsykologen må kunne differentiere imellem, hvad der er forbigående forstyrrelser forbundet med en udviklingsmæssig omstilling, eller om der er tale om en mere omfattende forstyrrelse og fejludvikling. For eksempel vil det være aldersadækvat, at barnet giver udtryk for separationsangst i slutningen af første leveår, mens dette hos et ældre barn vil

være udtryk for en forstyrrelse, og for eksempel komme til udtryk i form af en skolefobi.

Kendskab til psykopatologi hos børn kan forhindre, at en forstyrrelse slås hen som noget, barnet »bare vokser fra« eller det omvendte. Som på voksenområdet dækker den kliniske børnepsykologi, og herunder spæd- og småbarnspsykologien, tilstande med psykiske problemer og lidelser fremkaldt af livskriser og traumatiske hændelser hos børn, der ikke i øvrigt frembyder psykopatologi og så egentlige psykopatologiske tilstande. Forstyrret eller egentlig patologisk udvikling kan skyldes *både* medfødte eller miljømæssige faktorer, der på længere sigt kan resultere i en kronisk og alvorlig fejludvikling. Dette relaterer sig til feltets grundlæggende arvmiljø-diskussion, som vil blive behandlet i det efterfølgende afsnit om udviklingspsykopatologi.

Klassifikation af spæd- og småbarnsforstyrrelser

Kan vi overhovedet tale om, at spæd- og småbørn har psykiske vanskeligheder og psykopatologiske tilstande? Dette er der i dag enighed om, at vi kan – og også at vi i dag har valide og reliable metoder til at identificere disse (DelCarmen-Wiggins & Carter, 2001). Men feltet er endnu ungt, og der er meget, vi ikke ved om forekomsten af psykiske lidelser i denne aldersgruppe. Dette redegøres der mere indgående for i en artikel af Landorpha og Skovgaard andet steds i dette nummer.

Ligesom den kliniske børnepsykologi generelt er karakteriseret ved, at klienten – barnet – aldrig kan ses og vurderes i isolation, så gør denne præmis inden for spæd- og småbarnsområdet sig i endnu højere grad gældende. Alle, der beskæftiger sig med spædbarnets mentale sundhed, må også beskæftige sig med de kontekster, hvori barnet udvikler sig. Spædbarnets udviklingskontekster, der kan siges at eksistere allerede fra fosterlivet, eksisterer dermed på mange niveauer – fra det molekylære og cellulære til det familiære, kulturelle og samfundsmæssige. Og disse udviklingsmæssige niveauer eksisterer ikke bare samtidigt, men interagerer i komplekse samspilsprocesser.

I en af de første bøger inden for området »Infant Psychiatry« (1976), der blandt andet også forholder sig til klassifikationsproblematikken, beskriver Rexford, Sander og Shapiro, at spædbørn og deres forældre er dele i et interaktivt og gensidigt regulerende system, der hele tiden påvirker og influerer hinanden, og at dette er en implicit præmis i vurderingen af barnets forstyrrelser (refereret i Sameroff, 2005). Sameroff og Emde (1989) fokuserer specifikt på selve diagnosticeringsproblematikken i forhold til spædbørn. De fremhæver, at børn fra fødslen er forskellige individer med forskellige karakteristika, men at denne medfødte individualitet altid må ses i den givne udviklingsmæssige kontekst, og at en diagnose ideelt set også burde inkludere denne omsorgskontekst (Sameroff, 2005, p.5). For Sameroff er det en

pointe, at inden for det kliniske spædbarnsområde – og i særdeleshed når vi taler intervention – så er det ikke barnet i sig selv, der er klienten, men altid relationen – relationen mellem det individuelle barn og dette barns aktuelle omsorgskontekster. At relationen er det primære i interventionen, og at man kan vælge meget bevidst netop ikke at gøre barnet til klienten, redegøres der for i artiklen af Munck et al. andet steds i dette nummer.

I den senere redegørelse for det udviklingspsykopatologiske perspektiv beskrives det, hvordan dette perspektiv opstod blandt andet på baggrund af en kritik af de klassiske deskriptive diagnosesystemer, og hvordan disse oplevedes som særligt begrænsende inden for børneområdet. Kritikken gik – og går på – at der i disse systemers »fastfrosne« symptombeskrivelser ikke tages højde for, at barnet er under stadig udvikling, ligesom der heller ikke gives mulighed for at anerkende betydningen af forældre-barns-systemets ofte afgørende betydning for tilstandsbilledet (Anders, 1989, p ix). Til illustration heraf definerer DSM-IV-TR en mental forstyrrelse som »et klinisk signifikant adfærdsmæssigt eller psykologisk syndrom eller mønster, der forekommer hos individet og som er forbundet med aktuel lidelse (fx et lidelsesfuldt symptom) eller funktionsnedsættelse (fx forringelse i en eller flere funktioner) eller med en signifikant forøget risiko for at dø, for lidelse, smerte, funktionsnedsættelse eller omfattende tab af frihed« (p.xxxi, forfatterens oversættelse).

I Danmark inden for den kliniske praksis på spæd- og småbarnsområdet benyttes ICD 10 i en diagnosticering af barnets forstyrrelser. For eksempel i en diagnosticering af gennemgribende udviklingsudviklingsforstyrrelser, såsom autisme, generelle udviklingsforstyrrelser, såsom mental retardering, opmærksomhedsforstyrrelser mv. Men ofte vil klinikerne, der arbejder inden for spædbarnsområdet, stå over for problematikker og tilstande, som vanskeligt lader sig indfange i ICD 10 diagnoserne, og som har med forskellige former for regulering og regulationsforstyrrelser at gøre.

Evnen til regulering af tilstande – både hos barnet selv og hos omsorgsgiveren – ses både i reguleringen af basale fysiologiske og motoriske funktioner, men også i evnen til regulering af adfærdsmæssige og emotionelle tilstande. Forstyrrelser vil kunne ses inden for områder som for eksempel spisning, søvn og gråd. Barnets evne til både at kunne regulere sig selv og indgå i en gensidig og samregulerende interaktion med omsorgsgiveren er et område, der altid har været centralt for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi (Barton & Robins, 2005). Omsorgsgiveren – og dennes egen evne til selvregulering – og herunder evnen til regulering af egen adfærdsmæssige og emotionelle tilstand – er helt naturligt central for forløbet af disse processer, og udgør også den ramme, hvori barnet udvikler større og større kompetence til at kunne regulere sin egen tilstand. Men at barnet også bidrager til forløbet af disse regulerende processer, og at spædbørn fra fødslen er forskellige med hensyn til evnen hertil, blev tidligt fremhævet som værende centralt i vores forståelse af barnets udvikling (Sameroff og

Chandler, 1975). Dette beskrives mere indgående senere i artiklen, hvor der redegøres for en spædbarnsundersøgelse udviklet af Berry Brazelton, der indeholder en observation af spædbarnets evne til selv- og anden regulering. De begreber, der hyppigst er blevet anvendt i sammenhæng med børn, der tidligt viser regulationsvanskeligheder er begreber som »medfødt biologisk sårbarhed«, »irritabilitet« eller »vanskeligt temperament«. Barton og Robins (2005) fremhæver om disse begreber, at der ønskes en mere præcis definition og empirisk validering af disse, ligesom en undersøgelse af deres eventuelle sammenhæng med senere psykiske vanskeligheder, som for eksempel adfærdsvanskeligheder og opmærksomhedsforstyrrelser kunne være interessant. Hvilket også netop er dette, denne artikel i og med inddragelsen af det udviklingspsykopatologiske perspektiv ønsker at pege på som vigtige fokusområder i den fremtidige forskning.

I 1994 blev diagnosesystemet DC: 0-3 publiceret, og i 2005 udkom den reviderede udgave DC:0-3R, som dækker aldersgruppen 0 til og med det 3. år. Diagnosesystemet er resultatet af et mangeårigt arbejde i en arbejdsgruppe i det amerikanske center for udvikling af småbørnsprogrammer »Zero-to-Three Task Force«, ledet af Robert Emde. Systemet indeholder 5 akser, hvor akse II særligt skal nævnes her, idet den netop giver mulighed for en relationsklassifikation. Systemet har indtil nu vist sig at have en relativ høj klinisk anvendelighed (face validity), men der mangler fortsat større systematiske studier af dets validitet og reliabilitet internationalt (Emde og Wise, 2003). Det kan i denne sammenhæng nævnes, at en dansk undersøgelse ved Skovgaard et al. har fundet acceptabel reliabilitet ved anvendelsen af DC: 0-3, men ved et begrænset sample (N=18) (Skovgaard et al., 2005).

Det er ikke et diskussionsspørgsmål i denne artikel, om det er hensigtsmæssigt at klassificere, men derimod om klassifikationssystemerne er gode nok. Gør de os i stand til at beskrive det, vi ønsker, og som vi ikke bare ønsker at beskrive, men som vi også ønsker at forklare og forstå? Hertil skal det afslutningsvist siges, at DC:0-3R er et væsentlig skridt i forhold til udviklingen af et klassifikationssystem, der er mere adækvat i forhold til populationen af de 0-3-årige børn. Et system, som både giver mulighed for en klassifikation af barnets aktuelle tilstand, men samtidig også for en klassifikation af barnet i relationen.

Kort om baggrunden for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi – nogle af pionererne

Ét af de tidligste og mere systematiske studier inden for området blev gjort af psykoanalytikeren René Spitz. Han publicerede i 1945 i tidsskriftet »The Psychoanalytical Study of the Child« artiklen »Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood«. Her beskriver han de dramatiske udviklingsmæssige konsekvenser, det har for spædbørn,

når de i forbindelse med længerevarende hospitalsophold eller anbringelse på børnehjem oplever følelsesmæssig deprivation og mangel på kontakt med en primær omsorgsperson, og de overvejelser, det giver anledning til i relation til langtidsfølger af en sådan deprivation. Disse studier – og ligeledes Bowlbys senere studier af spædbørns tidlige tilknytning – har givet os viden om, at den første udviklingsperiode er overordentlig vigtig, og også at spædbørn er sårbare og sensitive i denne periode og har et livsnødvendigt behov for ikke bare fysisk, men også psykisk omsorg. Disse tidlige studiers primære fokus var naturligt på omsorgsgiverne og på kvaliteten af omsorgen og konsekvenserne af denne for barnets udvikling og i mindre omfang på en observation af de ressourcer og vanskeligheder, som det individuelle barn bidrog med i interaktionen. Senere studier og forskning har vist os, at spædbarnet, selv om det selvfølgelig er helt og aldeles afhængigt af sin omsorgsgiver for sin overlevelse og sårbar i denne afhængighed, så er det også et aktivt spædbarn, der indgår som en aktiv og bidragende partner i den tidlige gensidige regulering og tilknytningsproces, og således også må ses som med skabende af denne (Brazelton, 1995; Sameroff, 2000).

I 1980 udkom det første nummer af *Journal of Infant Mental Health*, som er det officielle videnskabelige tidsskrift for området og for den internationale organisation World Association of Infant Mental Health (WAIMH), der har underafdelinger i hele verden – også her i Norden med Nordisk Forening for Spædbarnsudvikling (NFSU). Udviklingen af området i Danmark har siden 70'erne knyttet sig tæt til dels sundhedsfremmende indsatser vedrørende indførsel af barselsorlov med videre, dels tidlige interventionsindsatser i forhold til mødre, der oplevede psykiske vanskeligheder i perioden omkring barnets fødsel (Gøtzsche, Lier & Munck, 1979) og psykosociale risikogrupper, herunder især psykisk syge gravide (Lier, 1999). Siden slutningen af 80'erne og starten af 90'erne er der i Danmark blevet etableret ganske mange behandlingsenheder over hele landet.

Den kliniske spæd- og småbarnspsykologi er en tværvidenskabelig mødeplads

Den moderne kliniske spæd- og småbarnspsykologi og feltets udvikling gennem årene må ses som en stadig integrerende proces af en række teoretiske retninger, som alle bidrager med aspekter i vores stadig større forståelse af, hvordan det lille barn udvikler sig, og hvordan denne udvikling kan komme på vildveje.

Sander (2000), en af feltets »grand old men«, gør status i artiklen »Where are we going in the field of infant mental health?«. Her fremhæver han, at det – som er det mest fascinerende ved området i dag – er, hvordan det udgør en tværdisciplinær mødeplads af så forskellige videnskabelige discipliner som: biologi, neurovidenskab, fysiologi, genetik, obstetrik, pædiatri, psykologi, psykiatri, sociologi, antropologi, lingvistik etc. Sander fremhæ-

ver, at det at integrere viden fra så mange forskellige områder og niveauer er en yderst kompleks opgave. Han mener, at et af de centrale spørgsmål, der må drive denne søgen efter viden frem, nu må være afdækningen af de langtidseffekter, som hvert individuelt barns tidlige oplevelser og erfaringer har for barnets senere udviklingsforløb, hvilket også er det centrale spørgsmål i udviklingspsykopatologien, der beskrives senere. Sander fremhæver, ligesom Sameroff også gør, at det er muligt at integrere viden fra mange af disse områder og niveauer, hvis vi som udgangspunkt tænker i termerne af ikke-lineære årsag-virknings-processer og dynamiske kausalprocesser i levende systemer. Dermed bevæger vi os væk fra et et-person-fokus i forståelsen af personlighedsudviklingen til en forståelse af, at forandring og udvikling i individet er en del af et større system af forandrings- og udviklingsprocesser, hvor individet bare udgør en del (Sander, 2000, p. 5).

I det følgende nævnes yderst kortfattet en række udvalgte centrale bidragydere for at illustrere, at ingen af teorierne inden for området er suveræne eller altomfattende, men alle bidrager med væsentlige indsigter.

De psykoanalytiske og psykodynamiske teorier

De klassiske psykoanalytiske teorier, for eksempel teoretikere som A. Freud og Mahler, har fokuseret særligt på den intrapsyke udvikling hos barnet ud fra driftteorien. I 1945 udkom for første gang tidsskriftet »The Psychoanalytical Study of the Child« i USA, hvor volume I havde Anna Freud, Heinz Hartmann og Ernst Kriss som redaktører. I dette tidsskrift publicerede mange af de klassiske psykoanalytikere deres teorier om barnets tidligste udvikling. Der henvises til Stern (1985/2000) eller K.V. Mortensen (2001) for en uddybet beskrivelse af disse. Tidsskriftet *The Psychoanalytical Study of the Child* eksisterer stadig og udgives i dag på Yale University Press.

En anden psykoanalytiker og absolut en af pionererne inden for tidlig mor-barn-intervention var Selma Fraiberg. I sin klassiske artikel »Ghosts in the nursery« (1975) beskriver hun på fængende vis sin teori om spøgelse i barneværelset. Spøgelse er en metafor for forældrenes fortid, deres ubevidste og fortrængte affekter, der spøger, når de selv bliver forældre.

Klein og Winnicott, begge objektrelationsteoretikere, dog med indbyrdes teoretiske forskelle, fokuserer på barnets relation med omsorgsgiveren som afgørende for den tidlige psykiske udvikling. Dette præciseres i Winnicotts teori om »den gode nok mor« og hans klassiske sætning »There is no such thing as a baby« (1977). Med dette mener Winnicott, at spædbarnet aldrig kan ses i isolation, det er altid i en relation. Hoffmann har siden i en artikel med den måske lidt provokerende titel »There is such thing as an infant!« fremhævet det faktum, at megen forskning siden Winnicott har givet os en større viden om, hvordan det også er nødvendigt at se på barnets aktive bidrag og deltagelse i disse tidlige interaktionsprocesser og som medskaber af relationen (Hoffmann, 2000).

Daniel Stern, psykiater og psykoanalytiker, diskuterer og gør i løbet af 1970'erne op med de mere klassiske psykoanalytiske teorier og deres – som Stern ser det – ensidige fokusering – på den intrapsyke udvikling. Stern fokuserer på den interpsyke og intersubjektive udvikling, og ser denne som værende primær for barnets psykiske udvikling. På baggrund af den empiriske viden om det lille barns psykologiske udvikling, som den eksperimentelle udviklingspsykologi har bragt for dagen, tager han afstand fra flere af de klassiske grundantagelser i den psykoanalytiske udviklingsteori, blandt andet dens faseforståelse og begreber som »normal symbiose« og »primær autisme«. Stern mener, at de klassiske psykoanalytiske teoretikere, har baseret deres udviklingsforståelse på et »klinisk rekonstrueret barn« og ikke på et reelt observeret barn (Stern, 1985/2000).

Der er en forsat levende diskussion af, dels hvorvidt psykoanalysen har nogen relevans for den empiriske spædbarnsforskning, og ligeledes hvorvidt den empiriske og eksperimentelle spæd- og småbarnspsykologi overhovedet har nogen relevans for psykoanalysen. Denne sidste diskussion fremføres – blandt andre – af den franske klassiske psykoanalytiker André Green, for eksempel i artiklen »Science and Science fiction in infant research«. Green mener ikke, at den empiriske spæd- og småbarnspsykologi på nogen måde kompromitterer eller bidrager til den psykoanalytiske disciplin, idet vi *aldrig* kan få adgang til barnets oplevelse og barnets psykiske realitet. Men, som han fremhæver, så er dette heller ikke relevant for psykoanalysen, som er psykologien om den individuelle unikke og idiosynkratiske meningsdannelse og skjulte motiver, og som vi via sproget kan søge at etablere en forståelse af (2000, p. 42). Denne diskussion behandles også i en artikel af Zeuthen et al. andet steds i dette nummer af Psyke og Logos.

Tilknytningsteorien

Bowlby (1984, 1988) var oprindeligt objektrelationsteoretiker, men han mente, at denne fokuserede for meget på fantasien og for lidt på barnets faktiske og reale oplevelser (se eventuelt K.V. Mortensen, 2003 for en mere indgående beskrivelse af Bowlbys baggrund). Bowlby insisterede på også at forholde sig til barnets faktiske og konkrete oplevelser – og primært det lille barns oplevelser af tab, som han så som afgørende og som en risiko for udvikling af patologi. Med baggrund i etologien og observationer af dyreadfærd fremhæver Bowlby (1984), at børn fødes med et behov for ikke bare fødemæssig, men også følelsesmæssig omsorg, og at de signalerer dette behov i en medfødt tilknytningsadfærd. På denne baggrund udvikler han tilknytningsteorien, der er en teori om, hvordan barnet på baggrund af sine omsorgsmæssige erfaringer i første leveår udvikler indre arbejdsmodeller for forventninger til omsorg og nære relationer. Dette er siden blevet betegnet som barnets tilknytningsmønster. Ainsworth har senere udviklet metoden »Strange Situation Procedure«, på dansk kaldet »fremmedsituati-

onstesten«, til en empirisk påvisning af disse mønstre hos det 12-18 måneder gamle barn (Ainsworth et al., 1978).

Tilknytningsteorien har traditionelt vægget kvaliteten af primærpersonens omsorg og sensitivitet som værende afgørende for kvaliteten af det tilknytningsmønster, som barnet udvikler, og har i mindre omfang fokuseret på, hvad det individuelle barn bringer med sig ind i tilknytningsinteraktionen, og dermed også på, hvordan barnet bidrager aktivt i skabelsen af relationen.

Men der er fortsat meget, vi ikke ved om, hvordan tilknytningen opstår, og hvilke bidragende faktorer der faktisk er, for eksempel i relation til barnets medfødte adfærd og temperament. Begrebet personlighed er generelt reserveret en anvendelse inden for det voksenpsykologiske område, og begrebet »temperament« er nok det, der kommer tættest på inden for spædbarnsområdet (Slater & Lewis, 2007, p. 34).

Thomas og Chess (1977) differentierer i deres forskning mellem tre temperamentstyper: 1) »Difficult« – de svære børn, som er urolige, irregulære i deres spise- og sovevaner, og som nemt bliver bragt ud af ligevægt og er svære at trøste og berolige; 2) »Easy« – de nemme børn, som generelt er tilfredse og udviser positiv affekt, reagerer mildt på frustration og er nemt trøstbare og 3) »Slow-to-warm-up« – de lidt generte børn eller børn, som er langsomme at varme op, og som generelt har et lavt energiniveau, og hvor de måske initialt udviser en negativ reaktiv på ny stimuli eller forandring, så vil de adaptere over tid og begynde at ligne nemme børn.

Thomas og Chess taler i denne forbindelse om »goodness-of-fit« («den gode kombination») og »poorness-of-fit« («den risikable kombination») i forhold til forældre-barn-relationen, og ser »poorness-of-fit«-relationen som netop en risikofaktor for psykopatologisk udvikling. »Den risikable kombination« involverer en diskrepans og dissonans mellem individets kapaciteter og miljøets muligheder og krav, således at udviklingen forstyrres. En risikabel kombination og patologi kan opstå hvis i) miljøets krav og forventninger er for store – selv for et individ med normale kapaciteter og karakteristika; ii) en defekt eller forstyrret hjernemæssig funktion, der gør det overordentligt vanskeligt eller umuligt at håndtere miljøets krav eller forventninger, som andre medlemmer i kulturen mestrer adækvat eller iii) hvis en kombination af de to foregående situationer opstår (1977, p. 234). For eksempel kan en relation bestående af et meget sensitivt og irritabelt barn og en omsorgsperson, der ligeledes selv er sensitiv, have vanskeligt ved at etablere en relation, der er befordrende for barnets udvikling. Crockenberg undersøgte udviklingen af en tryk henholdsvis en utryk tilknytningsrelation i løbet af første leveår, hvor han undersøgte betydningen af både moderens og barnets karakteristika. Resultatet viste, at irritable spædbørn er i højere risiko for at udvikle utrygge tilknytningsmønstre, og Crockenberg konkluderede, at barnet også spiller en rolle for, hvilken adfærd det udløser hos moderen (refereret i Sameroff, 2003, p. 620).

Der er i disse år også en række forskere, der forsøger at afdække de samregulerende mikroprocesser i mor-barn-interaktionen, der fører til henholdsvis tryk og utryk tilknytning. De kigger så at sige med en lup ind i tilknytningens tilblivelse, og her er det særligt gruppen omkring Beatrice Beebe, der gør sig gældende. Dette beskrives for eksempel i artiklen »System models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment« (Beebe et al., 2000). Beebes forskning vedrørende interaktiv regulation vil også blive beskrevet i afsnittet vedrørende Sameroffs bidirektionelle udviklingsmodel.

Den klassiske eksperimentelle udviklingspsykologi og de kognitive teorier

Den klassiske eksperimentelle udviklingspsykologi og teorierne om barnets kognitive og funktionelle udvikling, såsom Piagets udforskning af og teori om barnets intellektuelle udvikling, har stor betydning inden for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi (Havnesköld & Mothander, 2002). Piagets teori om spædbarnets kognitive udvikling fokuserer på de fire kerneområder i barnets kognitive udvikling: objekt, rum, tid og kausalitet. Udviklingen af objektpermanens er ganske afgørende og indebærer en viden om sig selv og om verdens genstande som distinkte og separate enheder, der eksisterer i tid og rum, og som følger kausale lovmæssigheder (Slater & Lewis, 2007). I en vurdering af spædbarnets kognitive udvikling er netop udviklingen af objektpermanens, ligesom barnets udvikling af evne til symbolsk tænkning med videre vigtige parametre.

Bayley Scales of Infant Development er den test, man oftest anvender. Den dækker udviklingen i aldersgruppen 0-42 måneder, og en tredje version udkom i 2005. Bayley-testen og andre hyppigt anvendte test inden for spædbarnsområdet – deres relevans og anvendelighed – beskrives indgående af Gammeltoft og Landorph i en anden artikel i dette nummer. Bayley testen er ikke udelukkende en kognitiv test, men undersøger både barnets kognitive og psykomotoriske udvikling. Den er ikke en intelligencetest, men netop en udviklingstest, der undersøger barnets aktuelle generelle udviklingsniveau og barnets styrker og vanskeligheder. Det er vigtigt at understrege, at disse tidlige test og de udregnede udviklingsscores har vist sig at have ringe prædiktativ validitet for barnets senere kognitive funktionsniveau, men de kan bidrage væsentligt i en identificering af tidlige udviklingsvanskeligheder. Mange af de opgaver, som man laver med barnet i denne undersøgelse, baserer sig netop på Piagets teori, for eksempel vedrørende udviklingen af objektpermanens.

Andre af Baleyens opgaver har med spædbarnets evne til informationsprocessering at gøre, herunder evnen til habituering. Denne evne har i undersøgelser vist sig at have en større prædiktativ validitet i forhold til senere kognitivt funktionsniveau (Slater og Lewis, 2007, p. 25). Habituering bety-

der, at barnet efter at have rettet sin opmærksomhed mod stimuli, så også evner at vænne sig til disse stimuli for så efterfølgende at være fri til at rette sin opmærksomhed på noget nyt. Dette ses som et udtryk for hjernemæssig integritet og som en fundamental kognitiv kompetence (ibid.). Vurdering af barnets evne til habituering indgår også som et vigtigt parameter i en undersøgelsesmetode til helt nyfødte (0-8 uger), The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS), der beskrives senere.

Spædbarnets social-kognitive og tidlige kommunikative udvikling, som for eksempel barnets evne til fælles opmærksomhed (se for eksempel Butterworth, 1995) og evnen til social refereren (se for eksempel Rochat, 2001), og den viden, vi har om normaludviklingen af disse funktioner, indgår også som systematiserede elementer i vurderingen af de kliniske problemstillinger inden for spædbarnsområdet, både i Bayleyen og også i NBAS'en.

Dynamiske systemteoretikere

Langt de fleste af feltets pionerer fungerer både som forskere og praktikere, og kan betegnes som dynamiske systemteoretikere, blandt andre Louis Sander, Berry Brazelton, Edward Tronick og Arnold Sameroff. Sameroffs udviklingsmodel beskrives mere indgående senere. Som tidligere beskrevet ser Sander og disse teoretikere mor-barn-parret som et system på flere niveauer – både som et fysiologisk og som et psykologisk system, og disse systemer er interagerende. I sin definition af en dynamisk systemforståelse af udvikling henviser Sander til henholdsvis Von Bertalanffy (1952) og Esther Thelen (1994), og dynamisk henviser i denne sammenhæng til den energimæssige bevægelighed, der er i systemet over tid, og som alle delene i systemet bidrager til (Sander, 2000, p. 7).

Brazelton, som er pædiater, fremhæver, at han – fra at være trænet i den medicinske verden i at tænke i en lineær stimulus-respons-model – oplevede det som en befrielse og åbenbaring at blive introduceret af Sander til den dynamiske systemtænkning i forståelsen af det spæde barns (0-9 uger) udviklingsprocesser. Brazelton udviklede efterfølgende en metode til observation af det spæde barn og dets kompetencer til regulering og dets medfødte individuelle karakteristika »The Neonatal Behavioral Assessment Scale« (NBAS), (Brazelton, 1995; Brazelton, 2000). Undersøgelsen indeholder en observation af barnets evne til tilstandsskift, hvor der differentieres mellem 6 tilstande gående fra dyb søvn til vågen opmærksomhed. Disse tilstandsskift hjælper barnet til en regulering og håndtering af både indre og ydre stimuli. Barnet kan for eksempel opsøge stimuli ved at kigge vågent og opmærksomt, eller det kan udelukke stimuli ved enten at habituere, det vil sige ikke længere være opmærksom på, eller ved at falde i søvn. NBAS blev oprindeligt konstrueret til dels at kunne dokumentere – men også vurdere – det enkelte barns bidrag til forældre-barn-systemet, og metoden bygger altså på en forståelse af, at barnet i sin regulering af sig selv, altid også indgår

i en gensidig regulering med sine omgivelser, hvad enten dette er med en omsorgsgiver eller med en undersøger (Brazelton, 1995, p.1).

Brazelton ønskede med sin observationsmetode at kunne tydeliggøre, at børn – ligesom omsorgspersonerne – er forskellige fra fødslen og således også bidrager forskelligt i etableringen af den tidlige relation. Særligt ønskede han også at kunne problematisere den tendens, han mente at kunne se i, at man i visse tilfælde kan komme til at »blame the victim«. Dette sker i de tilfælde, hvor omsorgspersonerne bliver set som usensitive eller i nogle tilfælde bliver oplevet som deprimerede, men hvor deres reaktioner efterfølgende viser sig at være relateret til medfødte vanskeligheder hos barnet, i form af eksempelvis autisme (Brazelton, 1995, p. 5).

Den kliniske spæd- og småbarnspsykologi fremstår i dag som et tværvidenskabeligt forskningsfelt, hvor det at integrere viden fra mange forskellige områder og niveauer er en yderst kompleks opgave. Ét af feltets centrale foci, der driver forskningen frem, er afdækningen af de langtidseffekter, som hvert individuelt barns tidlige oplevelser og erfaringer har for barnets senere udviklingsforløb (Sander, 2000). Dette at se de psykiske lidelser i spæd- og småbarnsalderen – ikke som afgrænsede fænomener til denne udviklingsperiode – men snarere at se dem som mulige risikofaktorer i forhold til individets senere udvikling i et livslangt perspektiv giver udviklingspsykopatologiens antagelser og begreber mulighed for, og dette perspektiv udgør således en meningsfuld bredere forståelsesramme for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi.

Det udviklingspsykopatologiske perspektiv

Udviklingspsykopatologien er et empirisk funderet, overordnet og integrerende perspektiv, der insisterer på altid at se psykiske lidelser – deres oprindelse, årsager og forløb – i et udviklingsmæssigt og livslangt perspektiv. Det er en grundantagelse, at studiet af psykopatologi er uadskilleligt fra studiet af psykisk sund udvikling. Viden om begge er uomgængelig i forståelsen af både patologi og sundhed, ligesom der i dette perspektiv insisteres på en empirisk afdækning af sammenhænge mellem tidlige og senere psykiske vanskeligheder (Sroufe, i Sameroff, 2000, p. 297). Her gennemgås kort centrale aspekter fra dette perspektiv. For en mere indgående beskrivelse henvises til feltets centrale grundtekster, for eksempel artiklerne af Sroufe og Rutter fra henholdsvis 1984 og 2000. Rutter og Sroufe er begge pionerer inden for udviklingspsykopatologien og definerer kort området som: »The study of the origins and course of individual patterns of behavioral adaptation« (2000, p. 18). En definition, der som ovenfor nævnt, netop også implicerer, at der anlægges en udviklingspsykologisk forståelse af *både* normalitet og psykopatologi. For en mere uddybende dansk beskrivelse af området se eventuelt Væver & Harder, 2008.

Baggrunden for udviklingspsykopatologien

Perspektivet opstod i 70'erne inden for det børne- og ungdomspsykiatriske og børnepsykologiske område. Baggrunden var en primær kritik af den etablerede psykiatri, de klassiske diagnosesystemer og den klassiske sygdomsmodel, der ligger implicit i de traditionelle diagnosesystemer. Denne udgør en særlig begrænsning på netop børneområdet: Psykiske lidelser kan *ikke* bare ses som et fastfrosset statisk symptombillede og manifestation af en tilstand *inde* i barnet. Psykiske lidelser hos børn må altid ses i et udviklingsmæssigt perspektiv. Og her er det en pointe i det udviklingspsykopatologiske perspektiv at se udvikling i et livslangt perspektiv og empirisk at afdække sammenhænge mellem tidlige psykiske lidelser og senere patologi – det vil sige forstyrrelser i barn- og ungdom, men også psykopatologiske tilstande i voksenalderen.

Men baggrunden for perspektivet var også en kritik af dele af de psykologiske udviklingsteorier – og det ønske, man her kunne se hos nogle teoretikere – om at fremsætte suveræne enkeltteorier, der skulle kunne forklare psykisk udvikling i al sin kompleksitet. Ud over at disse udviklingspsykologiske teorier ofte baserede sig på et sparsomt empirisk grundlag, så var der desuden meget lidt fokus på de kausalprocesser, der er involveret i de individuelle forskelle i udvikling, og disse individuelle forskelle blev som oftest set i termerne af begrænsende stadieteorier, som for eksempel i psykoanalysen som fiksering, regression eller faseadaptation (Rutter & Sroufe, 2000).

Arv-miljø-spørgsmålet

Hvad er afgørende for, hvordan individet udvikler sig? Dette er et basalt spørgsmål, der næsten altid trænger sig på, når vi taler udvikling, risiko for fejludvikling og psykopatologiske tilstande. Er det arv eller miljø, der er afgørende for, om nogen udvikler psykiske lidelser tidligt eller senere i livet? Arv her forstået som vores medfødte genetiske og biologiske dispositioner og miljøet traditionelt forstået som vores familiemæssige miljø og vores opdragelse. Hvis man tænker udvikling og patologi, og arv og miljø som enten eller, så resulterer det ofte i en ufrugtbar og polariseret diskussion: Den individuelle udvikling bliver da set som værende determineret af enten individets medfødte genetiske og biologiske dispositioner eller determineret af den påvirkning, som individets omgivelser påfører individet. Man kan sige, at udviklings- og patologimodeller, som ensidigt vægter betydningen af det ene aspekt frem for det andet – altså miljø *eller* arv – uvilkårligt resulterer i en opfattelse, hvor individet ses som værende overvejende passivt i sin egen udviklingsproces (Lewis, 2000).

Udviklingen fra geno-bio-type til fænotype må ansues som sandsynlige og ikke som determinerede udviklingsforløb

Udviklingspsykopatologien – i denne artikel repræsenteret primært ved Sameroff – intenderer, at præsentere en syntetiseret udviklings- og patologimodel. Individets udvikling er resultatet af en aktiv og kompliceret interaktionsrække og transaktion mellem individets medfødte biologiske dispositioner, de miljømæssige påvirkninger og individets subjektive og personlige oplevelse og bearbejdning af disse. Det vil sige, at fokus ikke bare er på, hvordan individ og miljø interagerer, men også på, hvordan de hver især transformerer og forandrer hinanden i og med denne interaktion (Sameroff, 2000). Den centrale pointe er, at netop selve den komplicerede og transaktionelle individuelle udviklingsproces udgør interaktionen, og dermed fungerer den individuelle udvikling som en medierende faktor mellem arv og miljø. Hvor begrebet »miljø« traditionelt er blevet forbundet mere snævert med individets familiære opvækstmiljø, opfattes miljøet bredere her og indbefatter også det intrauterine miljø. Et af biologiens mest komplekse fænomener er selve udviklingsprocessen fra det befrugtede humane embryo til det nyfødte spædbarn (Hepper, i Slater og Lewis, 2007).

Det, at anlægge et udviklingspsykologisk perspektiv på patologi, indebærer ikke et konkurrenceforhold til de genetiske eller mere biologiske positioner. Snarere er det en insistens på at se på den individuelle og personlige udviklingsmæssige integration over tid af det biologiske og det psykologiske. Årsagen til psykopatologien ses i dette perspektiv som liggende i selve denne udviklingsproces, og generens effekt på udviklingen er i høj grad mere probalistisk end deterministisk, og generne og miljøet influerer gensidigt på hinanden: Generne kommer til udtryk gennem individets interaktion i og med miljøet. Således rettes opmærksomheden i det udviklingspsykopatologiske perspektiv på risiko- og beskyttende faktorer og de mekanismer, hvorigennem disse udspiller sig (Sameroff, 2005).

Risikofaktorer defineres som de karakteristika ved individet, de karakteristika i det sociale eller i det fysiske miljø, der forøger sandsynligheden, det vil sige øger risikoen, for enten begyndelse, alvorsgrad eller varighed af en lidelse. Beskyttende faktorer defineres som de karakteristika, der fremmer individets modstandsdygtighed – også kaldet resiliens – i forhold til udvikling af lidelse og dermed udgør en buffer i forhold til udvikling af forstyrrelser (Mrazek & Haggerty, 1994; i Sameroff, 2000). Beskyttende faktorer kan stimulere processer, der styrker kompetent og sund udvikling og dermed reducere risikofaktorens indvirkning på udviklingsprocessen.

Longitudinelle prospektive udviklingspsykopatologiske studier

Megen viden om patologi og de patologimodeller, som udgør baggrunden for vores ætiologiforståelse af psykiske lidelsers, har i vidt omfang baseret sig på viden fra studier og undersøgelser med retrospektive design. Det vil

sige, at efter en given lidelse er opstået, så prøver man at samle viden om tiden, der gik forud for denne lidelse, og ud fra dette søger man at forstå og forklare lidelsens opståen. Disse rekonstruerede udviklingsforløb vil dog ofte være farvede af den aktuelle tilstand, og man vil kunne høre udtalelser som »Han eller hun har også altid været...«. Udviklingspsykopatologien har som formål at indsamle empirisk viden om, hvordan og hvilke faktorer der bidrager til udviklingen af psykopatologi, og undersøge sammenhænge mellem tidlige og senere psykiske forstyrrelser. Dette fører til undersøgelser, der baserer sig på prospektive forskningsdesign, hvor en udvikling følges *frem* i tiden, og netop ikke som en *tilbageskuen* i tiden.

I bogen »The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood« (2005) beskriver Sroufe et al. resultater fra deres longitudinelle prospektive studie af 180 personer fra økonomisk dårlige kår. Undersøgelsen har indtil nu fulgt individerne fra fødslen til deres 28. år. Undersøgelsen baserer sig netop på de udviklingspsykopatologiske antagelser, og resultaterne understøtter også disse empirisk.

I undersøgelsen er indsamlet en omfattende mængde af data om forældrenes karakteristika, barnets temperament, de tidlige erfaringer, kognitiv funktionsniveau, familie og venskabsrelationer, socioøkonomiske betingelser mv. Særligt understøttes antagelsen om den gensidige interaktion mellem individet og miljøet i personlighedsudviklingen; den måde hvorpå børnene skaber deres egen oplevelse og på en og samme tid skabes af disse oplevelser. Bogen dokumenterer for eksempel at en tryk tilknytning i 1-års-alderen udgør en beskyttende faktor i forhold til senere udvikling, ligesom en utryk tilknytning ses at udgøre en risikofaktor for udvikling af senere psykiske vanskeligheder. Særligt har det vist sig at det som benævnes en utryk og ambivalent tilknytning i 1-års-alderen er prædikativ for angstlidelser i 17-års-alderen. I særlig risiko var de børn, som også havde haft vanskeligheder i evnen til habituering i spædbarnsalderen vurderet ud fra NBAS (Ibid, p. 262). Det som benævnes et utryk og undvigende tilknytning mønster viste sig *ikke* at være relateret til angstlidelser i 17-års-alderen, men derimod til patologi mere generelt, overvejende til eksternaliseringsproblemer og især senere adfærdsforstyrrelser (ibid., p. 246).

I årtier har forskere, teoretikere og praktikere anerkendt kompleksiteten i det at forudsige senere psykopatologi ud fra forhold i barndommen. En primær antagelse i udviklingspsykopatologien er antagelsen om kompleksiteten i individets adaptationsproces, og hvor selve den udviklingsmæssige transformation ses at udgøre reglen. Det vil sige, at forbindelsen mellem tidligere adaptation og senere patologi aldrig vil være simpel og direkte. Det vil være nødvendigt at forstå både de individuelle adaptationsmønstre med hensyn til karakteristiske problemer for en given udviklingsperiode og transaktionen mellem tidligere adaptation, modningsmæssig forandring og deraf følgende udfordringer fra omgivelserne. Longitudinelle prospektive undersøgelser, ligesom Minnesota Studiet ovenfor – og ligeledes epide-

miologiske studier – vil kunne bidrage med data, der vil gøre os klogere med hensyn til en empirisk validering af sammenhænge mellem tidlige og senere psykiske forstyrrelser og med hensyn til afdækning af mekanismerne i interaktionen mellem individ og miljø, og dette også på mikroprocesplan, – sådan som vi ser det i det enkelte individs livslange adaptation.

Sameroffs bidirektionelle og transaktionelle udviklingsmodel

Allerede i graviditeten er den reciprokke relation mellem mor og barn fundamental for barnets udviklingsprocesser. Barnet er in utero afhængig af sin mors fysiologi i sin vækst og udvikling, lige såvel som moderens fysiologiske udvikling anticiperer barnets vækst og behov. De indgår således i en reciprok fysiologisk gensidigt regulerende proces. Efter fødslen fortsætter denne gensidige regulerende proces mellem barn og omsorgsperson og involverer en fortsat regulering af basale fysiologiske rytmer, men nu også af emotionelle og adfærdsmæssige rytmer. For eksempel vil enhver emotionel reguleringsproces ikke kunne betragtes som værende *enten* en selvregulering *eller* regulering af andre, men vil altid være en gensidig reguleringsproces, også når det drejer sig om det helt lille barn, selv om det selvfølgelig altid er den voksne, der har ansvaret for barnets velbefindende (Sameroff, 2004).

Sameroff fremhæver, at så tidligt som fra selve undfangelsen er der tale om, at fosteret og senere barnet udviklingsmæssigt er indlejret og forankret i relationer, hvor først de intrauterine omgivelser og senere omsorgspersonerne skal sikre barnets både fysiske og psykiske vækst, og at disse udviklingsprocesser altid forløber som transaktionelle og gensidigt transformerende processer.

Baggrunden for Sameroffs bi-direktionelle model

Sameroff er, som det også er fremgået i løbet af artiklen, ikke den første til at præsentere en sådan bi-direktionel udviklingsforståelse. Thomas' og Chess' temperamentsforskning og deres begreber om »goodness/poorness-of-fit«, præsenteret første gang i 1963, udgør da også et af Sameroffs udgangspunkter.

I 1975 præsenterer Sameroff sin transaktionelle model til forståelse af psykisk udvikling og fejludvikling (Sameroff & Chandler, 1975). I denne tilgang ses barnets udvikling hverken som en funktion af barnet i sig selv eller af barnets miljø i sig selv. Både den sunde udvikling og den problematiske udvikling ses som et produkt af kombinationen af individet, miljøet og de deltagende parters oplevelser. For Sameroff er det en pointe, at selv om vi ved, hvilke oplevelser der er tilgængelige for barnet, så må vi aldrig miste den vigtige rolle af syne, som barnets individuelle særtræk spiller for, hvad

barnet udløser i omgivelserne, og hvad barnet er i stand til at tage og bruge fra omgivelserne. Inden for denne udviklingsmodel ses barnets udvikling således som et produkt af de løbende dynamiske interaktioner mellem barnet og omgivelserne og de oplevelser, som disse giver anledning til, og der lægges lige stor vægt på effekten af henholdsvis barnet som omgivelserne. De oplevelser og erfaringer, som omgivelserne giver anledning til, ses ikke som uafhængige af barnet. Barnet kan have været en stærk determinant i de aktuelle oplevelser, men det aktuelle udviklingsmæssige funktionsniveau kan aldrig beskrives systematisk uden også at involvere en analyse af de effekter, miljøet har haft på barnet (Sameroff, 2003).

Forskning i bi-direktionelle i mikro-proces-interaktioner

Der foregår i disse år en øget forskning med henblik på en mere præcis afdækning og operationalisering af mekanismerne i den helt tidlige bi-direktionelle interaktion mellem barn og omsorgsgiver. Det vil sige en undersøgelse af, *hvordan* denne gensidige regulering faktisk udspiller sig, og også hvordan den udspiller sig i forskellige modaliteter i interaktionen (Tronick, 1989, Beebe et al., 2000, Beebe et al., 2008).

Som nævnt i introduktionen er det essentielt at kunne integrere både selv- og interaktive former for regulering i etableringen af en forudsigelighed over tid i det dynamiske system. Interaktiv regulering defineres som forudsigeligheden af hver partners adfærd ud fra den andens over tid og betegnes også af nogen som »interaktiv kontingens« (Beebe, 2008). Dette undersøges statistisk ved at teste for »lagged«, det vil sige forsinkede korrelationer mellem mor og barns adfærd i såkaldte tidsserie analyser. Selvregulering defineres som forudsigeligheden af en persons adfærd over tid under en interaktion med en bestemt anden (testes statistisk ved auto-correlationer), og betegnes som »selv-kontingens« (Ibid., p. 445). Parametre, der er blevet anvendt i disse undersøgelser, har blandt været vokaliseringsmønstre, berøring, blik, spatial orientering (ibid.).

Her er det vigtigt at være opmærksom på, at forskerne oprindeligt havde den hypotese, at jo højere grad af kontingens og synkronicitet mellem mor og barn og deres tilstande, des bedre ville det være for barnets udvikling. Men sådan forholder det sig faktisk ikke. I 1980'erne formulerer Tronick sin »Mutual Regulation Model« og påviser i eksperimenter vedrørende regulering af emotionelle tilstande, at mor og barn kun i cirka 30% af tiden er i en synkroniseret emotionel tilstand. Resten af tiden foregår som en reparation af den forstyrrelse, der er opstået og som nye gensidige reguleringsprocesser frem til en ny fælles synkroniseret oplevelse og tilstand (Tronick, 1989).

For lav eller for høj grad af interaktiv kontingens i reguleringen har i senere undersøgelser vist sig at være en risikofaktor for barnets udvikling i retning af et utrygt tilknytningsmønster, hvorimod en mellemgrad er prædikativ for en tryk tilknytningsrelation mellem mor og barn, samt en

højere og mere fleksibel kognitiv funktion hos det ældre barn (Beebe et al., 2000). En forstyrret regulering, som det for eksempel ses ved mødre med alvorlige depressive lidelser og psykoser, udgør en væsentlig risikofaktor for barnets sunde udvikling både kognitivt og emotionelt (Bettes, 1998; Murray, 1996)

Konklusion og perspektivering

I denne artikel er en række udvalgte centrale aspekter og temaer inden for den kliniske spæd- og småbarnspsykologi blevet introduceret, ligesom en række af feltets vigtige teoretikere kort er blevet skitseret. Der er løbende gennem artiklen blevet redegjort for, hvordan feltet siden 60'erne har været præget af en dynamisk systemtænkning – i forståelsen af både den sunde og den patologiske udvikling hos spædbarnet. Vi må altid se på, hvad barn og omsorgsgiver hver især bidrager med af individuelle karakteristika i interaktionen – og hvordan de gensidigt influerer på hinanden i interaktionen.

Sameroffs udviklingsmodel er blevet mere indgående præsenteret, idet han eksplicit redegør for, hvordan både udvikling og patologi skal ses som resultat af en bidirektionel og transaktionel proces mellem individ og miljø, hvor begge sider i transaktionen gensidigt forandrer og forandres i og med denne. Nyere forskning har vist, at disse bidirektionelle og transaktionelle processer også gør sig gældende på mikroprocesniveau i den tidlige regulering mellem omsorgsgiver og spædbarn. Disse tidlige interaktive reguleringer er vigtige, idet de bidrager til etablering af en forudsigelighed i systemet, og forskningen viser, at en mellemgrad af interaktiv regulering er afgørende for barnets senere sunde udvikling.

Udviklingspsykopatologien er blevet præsenteret for med denne tilgangs begreber, antagelser og forskningsdesign at anskueliggøre at udvikling og patologi må ses i et livslangt perspektiv. Vi må søge mod en stadig større empirisk funderet viden om sammenhænge mellem de forstyrrelser, vi ser i spæd- og småbarnsalderen, og de forstyrrelser, vi ser i den senere barnealder, såvel som i voksenlivet. Beskrevet i relation hertil er også udviklingspsykopatologiens antagelse om kompleksiteten i individets aktive adaptationsproces, der foregår i interaktionen med miljøet, og hvor selve den individuelle udviklingsmæssige transformation udgør reglen. Det vil sige, at forbindelsen mellem tidligere adaptation og senere patologi aldrig vil være simpel og direkte. Psykisk udvikling og fejludvikling må altid anskues som probalistisk og ikke som deterministisk, og individets livslange transaktionelle udviklingsproces udgør selve den medierende faktor mellem genetik, biologi og det fysiske og sociale miljø. Og spæd- og småbarnsalderen udgør den første periode i dette livslange udviklingsforløb.

I dag er det efterhånden klart for de fleste, at for at lede forskningen videre er det nødvendigt at møde den stigende kompleksitet, som er blevet påvist, med mere komplekse modeller. Den større viden om udviklingens betydning, både biologisk, psykologisk og socialt/kulturelt, peger på behovet for at anvende udviklingsorienterede begreber til at beskrive både normalitet og patologi. Udfordringen bliver at formulere forskningsstrategier og udvikle metoder – i særlig grad også statistiske metoder – der kan gøre det muligt at studere disse udviklingsforløb og processer empirisk. Her kunne udviklingspsykopatologien være et bud på et sådan integration, der med udgangspunkt i den bi-direktionelle dynamiske systemforståelse ville kunne forklare fundamentale ætiologiske forhold – på både mikroprocesniveau og i bredere individ-miljø-sammenhæng.

Det er på sin plads at nævne den risiko, der kan være for, at det som her benævnes som integration, måske også kunne beskrives som eklektisisme. Dette er traditionelt set som noget negativt, og som den kliniske psykologi som profession ofte er blevet kritiseret for. Eklektisisme vil sige, at man udvælger sig dele af teorier eller metoder, som man så putter sammen til et hele, hvorved at egentlig gensidigt udelukkende perspektiver ukritisk og ureflekteret sammenstilles. Men man kan også fremføre, at eklektisisme er nødvendigt i den videnskabelige udviklingsproces, og at dette i så fald må basere sig på en systematisk dialog mellem blandt andet empiriske, teoretiske og epistemologiske analyseniveauer. For en mere udførlig analyse og diskussion af denne problematik kan man eventuelt læse Simo Køppes artikel. »En moderat eklektisisme« i *Psyke & Logos*, 1, 2008.

Her skal det afslutningsvist fremføres, at det at spørge til og undersøge de processer, hvorigennem individ og miljø – børn og deres omsorgspersoner (i interaktion med det omgivende samfund) – gensidigt påvirker hinanden over tid, bliver nødvendigt, for at vi kan forstå og forklare udviklingsmæssige problemer og ligeledes for, at vi kan komme med anbefalinger til interventioner, der kan fremme en sund udvikling.

Daniel Stern, en af pionererne inden for det kliniske spædbarnsområde, fremhævede – ligeledes på den just afholdte verdenskongres i Japan – at han mener, at tiden nu er inde til, at vi inden for dette område siger og gør, ligesom klimaorganisationerne gør: »Vi behøver ikke flere data for at kunne handle og forebygge – vi ved allerede nu, hvad der udgør risikofaktorer for spædbørns sunde psykiske udvikling«.

REFERENCER:

- ANDERS, T.F. (1989): Clinical Syndromes, Relationships Disturbances, and Their Assessment. In: Sameroff & Emde (eds), *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. P. 125-144, Basic Books, Inc. Publishers, New York.

- BEEBE, B; JAFFE, J. ET AL (2000): »System models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment«. *Infant Mental Health*, vol. 21 (1-2), 99-122.
- BARTON, M.L & ROBINS, D (2005): Regulatory Disorders. In: Zeanah, C.H (ed): *Handbook of Infant Mental Health. Second edition*. P. 311-325, The Guilford Press, New York, London.
- BOWLBY, J (1984): *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. (Rev ed). Penguin Books, London.
- BOWLBY, J (1988): *A Secure Base. Clinical applications of Attachment Theory*. Routledge, London.
- BRAZELTON, B & NUGENT, K (1995): *The Neonatal Behavioral Assessment Scale. 3rd Edition*. Cambridge University Press.
- BRAZELTON, B (2000): In response to Louis Sanders challenging paper. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 21 (1-2), 52-62.
- BRONFENBRENNER, U. (1994): Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, vol. 101, No.4: 568-586.
- BUTTERWORTH, G. (1995): Joint Attention: Its origins and role in development. In: Moore & Dunham (eds): *Origins of mind in perceptions and actions*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- DSM IV-TR (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- DELCARMEN-WIGGINS, R. & CARTER, A.S. (2001): Assessment of Infant and Toddler Mental Health: Advances and Challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40; 7: 811-19.
- EMDE, R.N. & WISE, B.K. (2003): The Cup is Half full: Initial trials of DC:0-3 and a Recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*, vol. 24(3), p. 437-446.
- FELDMAN, R.S. (2001): *Child Development*. Second Edition. Prentice Hall. New Jersey.
- GREEN, A. (2000): Science and science fiction in infant research. I: Sandler et al.'s (eds): *Clinical and observational psychoanalytic research: roots of a controversy*. Karnac Books. London.
- GÖTZSCHE, V., LIER, L. & MUNCK; M (1979): Graviditet, fødsel og det første leveår. Forældres og børns behov i perioden omkring graviditet, fødsel og barnets første leveår, specielt med henblik på barselsorlov. *Nordisk Utredningsserie B*, 1979:10. Stockholm.
- HAVNESKÖLD & MOTHANDER (2002): Modern spädbarnspsykologi, Kapitel 2, p. 44-61 *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Liber.
- LEWIS, M. & SLATER, A (2006): A brief history of infancy research. I: Slater & Lewis (Eds): *Introduction to Infant development*. Second Edition. Oxford University Press.
- LEWIS, M (2000): Toward a Development of Psychopathology: Models, Definitions and Predictions. In: Sameroff et al (eds): *Developmental Psychopathology. Second Edition*. Springer.
- LIER, L. (1999): Spæd- og småbarnspsykiatri. I: Lier, Isager et al. (eds): *Børne- og ungdomspsykiatri*. Hans Reitzels Forlag. København.
- MORTENSEN, K.V. (2002): Klinisk Børnepsykologi – psykologiens forsømte barn. I: *Matrix*, 2002, 2, s.149-167.
- ROCHAT, P (2001): *The Infants World*. Harvard University Press. Cambridge, Mass. & London.
- RUTTER, M. & SROUFE, L.A. (2000): Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. In: *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- RUTTER, M (2006): *Genes and Behavior. Nature-Nurture Interplay Explained*. Blackwell Publishing.

- SAMEROFF, A & CHANDLER, M.J (1975): Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. In F. Horowitz (Ed), *Review of Child Development research* (vol. 4). Chigago: University of Chicago Press.
- SAMEROFF, A (2000): Developmental Systems and Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- SAMEROFF, A.J & Emde, R.N. (1989): *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. Basic Books, Inc. Publishers, New York.
- SANDER; L.W. (2000): Where are we going in the field of infant mental health?. *Infant Mental Health Journal*, vol. 21 (1-2), 5-20.
- SKOVGAARD; A. M ET AL (2005): The Reliability of the ICD 10 and DC:0-3 in an Epidemiological Sample of Children 1 ½ years of age. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 26(5), 470-480.
- SLATER, A & LEWIS, M (Eds) (2007): *Introduction to Infant development*. Second Edition. Oxford University Press.
- SROUFE, L.A. (1997): Psychopathology as an outcome of development. In: *Development and Psychopathology*, 9, s. 251-268.
- SROUFE, L.A., EGELAND, B., CARLSON, E.A. & COLLINS, W.A.: (2005): *The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: The Guildford Press.
- SROUFE, L.A. & RUTTER, M. (1984): The Domain of Developmental Psychopathology. In: *Child Development*, 55, s.17-29.
- STERN; D (1985): *Barnets Interpersonelle Univers. Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag. København.
- SPITZ, R.A. (1946): Hospitalism: A follow-up report. I: *The Psychoanalytic Study of the Child. Vol II*. 113-117. International Universities Press. New York.
- THOMAS, A. & CHESS, S. (1980): *The Dynamics of Psychological Development*. Brunner/Mazel, Publisher, New York.
- TRONICK, E. (1989): Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44,112-119.
- VÆVER, M.S. & HARDER, S: (2008): Udviklingspsykopatologi In: *Sårbarhed. Diathese-Stress Modellen til discussion*. Hans Reitzels forlag. København.
- WENAR, C & KERIG, P (2005): *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth edition*. McGraw-Hill International Edition. Boston.
- WINNICOTT, D: (1977): Anxiety associated with insecurity. In: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Hogarth Press, London.
- ZERO TO THREE (2005): *DC: 0-3R. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: revised edition*. Washington, DC: ZERO-TO-THREE Press.