



**Torhild Leira**  
Oslo

## Dannelsen av et «indre rom» i den tidlige psykologiske utvikling

Bedring av skjeling gjennom psykoterapi: Et spørsmål om utviklingen av tenkning og psykisk dybde?

I denne artikkelen vil jeg beskrive psykoterapiprosessen hos et autistisk fungerende barn med utoverskjeling (divergent strabisme). I løpet av de to første år av psykoterapien kom det i stand en dramatisk bedring av barnets psykiske tilstand og samtidig en reduksjon av skjelevinkelen med etablering av parallelle øyeakser.

Forfattere som har vært inne på at det kan være en sammenheng mellom skjeling og psykologiske faktorer blir nevnt innledningsvis. Deretter vil jeg beskrive de tidligste faser i psykoterapiprosessen, med vekt på det som skjedde i kontaktforholdet mellom pasienten og terapeuten. Det en kan kalle dannelsen av et «indre rom» i barnet. Videre vil jeg legge fram de hendingene i leken som helt konkret dreide seg om synsfunksjonen, det å se. Til slutt reflekterer jeg over en sammenheng mellom skjeling og psykologiske mekanismer.

### **Psykodynamiske synspunkter på skjeling**

Innenfor den psykoanalytiske litteraturen er det forholdsvis få bidrag om skjeling. De fleste forfattere som er inne på temaet synsforstyrrelser, setter fram generelle synspunkter om sammenheng mellom psyke og soma, f.eks. Harrington (1944). Mer spesifiserte synspunkter blir hevdet i en tidlig artikkel (1924) av Inman: "In the course of observation of squinting children I have been able to find abundant evidence that emotion may deter-

mine both the incidence and the extent of the deviation. Excitement often plays a prominent part...”

Rappaport (1959) refererer flere forfatters oppfatninger om sammenheng mellom skjeling og psykiske faktorer, og hevder dessuten egne synspunkter. Han nevner én artikkel som handler om helbredelse av skjeling ved hjelp av psykologisk behandling (Leuba, 1949): Her beskrives to pasienter med «psykogen skjeling» som hevdes å ha blitt helbredet gjennom psykoanalyse. De to pasientene var henholdsvis 10 og 12 år gamle, begge med multiple symptomer og begge med innoverskjeling (konvergent strabisme). – Mye tyder imidlertid på at divergent og konvergent «psykogen» skjeling handler om forskjellige tilstandsbilder psykologisk sett, noe som både Winnicott og Rappaport er inne på.

Rappaport (1959) ser strabisme i forhold til psykiske tilstander, sinne og apati. Om skjeling generelt sier han at skjeling synes å komme enten fra en fiendtlig overstimulering eller en mangel på stimulering av barnet fra foreldrenes side. Artikkelen gir også i det videre uttrykk for antagelser, men hans generelle tankegang om utoverskjeling vil likevel bli referert her, fordi den til en viss grad er i samsvar med funnene fra den aktuelle psykoterapi-prosessen: “External strabismus, in which the medial rectus has lost its psychological predominance, comes from an attitude of resignation and apathy leading to convergence insufficiency and abundance of accommodation. It represents regression to a very primitive ego state... If we interpret convergent strabismus as a tightening of ego defences in a reality situation which appears hopeless. Then we may say that the child has relinquished the struggle for contact with a mother who is unapproachable, and has turned out its eyes in despair or for search in an unknown vacuum”.

Til slutt vil jeg nevne en artikkel i Winnicott’s forfatterskap som handler om synsforstyrrelser: «Ocular Neuroses of Childhood» (1944). Winnicott skriver om skjeling: “The subject of squint is one which needs research on the psychological side. I have good evidence that squint can have a purely psychological cause, and I think that most ophthalmologists would agree. However, when it comes to describing the actual mechanisms I am not on sure ground... There is one kind of squint,

usually an external squint, in which the trouble seems to be that the two eyes do not work with one aim, this being associated with a division in the personality. It is as though the individual dramatized the split in the ego in a lack of co-ordination between his eyes”. – Og: “I think that one eye is identified with the strongest part of the personality, and that the other, a hopelessly wandering eye, represents the other parts. An external squint that is not clearly due to physical cause is difficult to cure unless there is a reintegration of the personality. This integration may occur spontaneously or, under the influence of another strong personality, a child may achieve some kind of integration which makes it possible for the squint to disappear, at any rate temporarily”.

Jeg vil i det følgende prøve å gå et steg videre og nærme meg en beskrivelse av «the actual mechanisms» ved en type «psykogen skjeling».

### Bakgrunnsopplysninger

Arne ble henvist til psykoterapi på poliklinikken tre og et halvt år gammel. Han ble beskrevet som sterkt urolig, kontaktløs, fjern og språkløs. Blære- og tarmkontroll var ikke etablert, gassencephalografi og undersøkelse av aminosyrer og kromosomer hadde ikke gitt holdepunkter for organisk grunnlag for hans tilstand. Det ble opplyst at han skjelte, var myop (nærsynt) og med astigmatisme (skeiv hornhinne). Det var ingen øvrige tilfelle av skjeling i familien. Da han var ett og et halvt år gammel hadde han vært innlagt på sykehuset for å opereres for skjeling. I papirene fra sykehuset ble det opplyst at han angivelig hadde skjelt innover på venstre øye fra han var 3 måneder gammel, og at han ved innleggelsen skjelte både innover og utover, og med begge øyne, alternerende. Operasjonen ble imidlertid ikke gjennomført på grunn av at skjelevinkelen var svært variabel. Pasienten var senere til kontroll på sykehuset omtrent en gang hvert halvår. Undersøkelsene konsentrerte seg etterhvert om utoverskjelingen på det høyre øyet. Vanligvis ble han da undersøkt av en ny lege eller ortoptist hver gang. Undersøkelsessituasjonen bød således ikke på den stabilitet og kontinuitet som ligger i at undersøkeren er den samme over tid.

Arne var eneste barn av unge og meget umodne foreldre. Ingen av foreldrene kunne under inntakssamtalene gi konsistente opplysninger om hans utvikling. De sa forskjellige ting til forskjellig tid, og begge motsa seg selv det este av tiden. Med hensyn til synssansens utvikling mente imidlertid begge at han som spedbarn kunne følge bevegelse med blikket. Men ingen av dem kunne huske at barnet hadde sett på dem og hadde festet blikket i kontakt. De kunne også enes om at han rundt 2-års alderen hadde noen lyder og hadde sagt enkelte ord, noe som kunne minne om «mat», «melk» og hans eget navn. Lyddannelsen hadde bare vart en periode, og hadde så helt stoppet opp.

Under inntakssamtalene kom foreldrene noen ganger flyktig inn på at de av og til slo barnet. De spurte om vi på poliklinikken hadde funnet noen skader på hodet hans, og om vi hadde tenkt å operere han i hodet. Uten at det ble sagt direkte, virket det som de var opptatt av om de hadde påført han skade.

Parallelt med at Arne kom til psykoterapi, begynte foreldrene å komme regelmessig til samtaler på poliklinikken. Begge foreldre hadde slått han mye, og fra han var ganske liten. Far slo gutten «på blanke messingen». Mor slo «på kroppen», men mest på hodet. Utover dette var det ikke mulig å få spesifikke opplysninger. Men mor var også opptatt av fars reaksjon på at hun selv slo, hun var redd far. Hun sa at hvis han tidligere hadde fått vite hvordan hun behandlet barnet, ville han ha drept henne.

### Preverbal kommunikasjon

Arne var en liten, spedbygd gutt som kraftløst virret rundt i venterommet mens han ulte som besatt. Ansiktsuttrykket var tomt, utblåst. I munnen hadde han en stor smokk. Han siklet sterkt, og nesen rant. Inntrykket han formidlet, var av noe oppløst og flytende. En påfallende grad av utoverskjeling preget dessuten ansiktsuttrykket. Det ene øyet pekte ut av fokus og helt ut til siden, slik at det nærmest så ut som han så bakover. Hvilket øye som skjelt til enhver tid, var ikke mulig å vurdere ved vanlig observasjon. I de korte øyeblikkene han hadde ansiktet vendt i min retning, var det uklart om han så på meg eller i det hele tatt registrerte

at jeg var til stede. Han var fjern og drevet av en intens uro. Den tilstand han var i, nær kronisk panikk, syntes å ha store konsekvenser somatisk såvel som psykologisk. På tross av virringen, den urolige løpingen, viste det seg at han omtrent ikke var i stand til å gå selv. Til lekerommet måtte han halvveis leies og halvveis bæres. Han kjentes lett som luft, som om kraften og tyngden var borte. Han hadde på seg et ytterplagg, en kjeledress med glideås som jeg hjalp han å åpne. Da så han nedover seg og på sin åpne kjeledress med et uttrykk av intens smerte, en blanding av fortvilelse og oppgivelse. Uttrykket fikk meg til å tenke at det var som om han hadde opplevd åpningen av kjeledressen som åpning av seg selv, rett inn i sitt indre.

I de første timene virret han rundt i rommet. Han fant noen små biler som han kraftløst skjøv fram og tilbake på sofaen, på motsatt side av der jeg satt. Lyd laget han ved å stikke tunga ut av munnen og blåse. Han viste ingen interesse for meg, og egentlig heller ikke for bilene. Aktiviteten virket mer som noe han rastløst klamret seg til, som for å ha noe å holde på med, noe å holde seg til for å unngå at angsten økte ytterligere. Jeg forsto det som om aktiviteten var hans eneste måte å beskytte seg på, og for å forhindre at hans indre skulle ligge helt åpent, åpent for inntrengning fra andre. Han trengte aktiviteten mellom seg selv og andre som en buffer, noe å verne seg med i mangel av indre grenser.

Likevel syntes det som om han allerede etter 2-3 timer begynte å forbinde timene med noe positivt. Av praktiske grunner var det denne første tiden ikke mulig å få han brakt til time mer enn en gang i uka. Men han strålte når han kom, grep meg i handa og viste at han straks ville gå til lekerommet. Når jeg småpratet, prøvde han av og til å en ubehjelpelig måte å imitere enkle ord som jeg sa. Etter hvert sa han sitt eget navn, «mamma» og «pappa», og dessuten noen enkle bablelyder. Men forsøket på verbale ytringer var trukket inn i den samme rastløse uro som preget han forøvrig. Det virket kontaktløst, med et automatisk preg. Tendensen til babling ble imidlertid sterkere allerede etter de første timene, og med litt god vilje kunne en fra time til time begynne å ane konturene av enkle ord.

På det ytre plan skjedde det ikke mye i timene. Vi

bare satt der begge to. Arne oppholdt seg oftest ved sovakanten og beskjeftiget seg rastløst med bilene, kjørte med dem og åpnet dørene. Han var tilsynelatende «borte» i sine egen urolige aktivitet, fjern, avsondret. Jeg satt på sofaen og småpratet, sang litt noen ganger, eller bare så på han der han virret rundt. Jeg fulgte han med øynene, og samtidig som jeg passet på ikke å være påtrengende, sørget jeg for at han hele tiden var «badet» i mitt blikk. Det var som nærhet og avstand mellom oss på samme tid. Men selv om han, som han ofte gjorde, satt med ryggen til meg, fikk jeg et inntrykk av at han var intenst oppmerksom på meg. Blant annet registrerte han fra øyekroken når han vendte hodet i min retning. Det var som om han hele tiden fulgte med i hvor jeg befant meg, psykisk sett. Og på tross av den sparsomme ytre handling fikk jeg opplevelsen av at det hendte noe av stor viktighet i Arne, og på samme tid i kontakten mellom oss. Jeg opplevde det som om det i kontaktforholdet skjedde noe intenst og sterkt betydningsfullt i den største stillhet. Det kjentes viktig at jeg stilte meg til disposisjon for denne stillheten, denne ordløse prosessen, og at den samtidig ikke skulle forstyrres. Mens dette pågikk kjente jeg meg tanketom, men i en viss forstand var jeg intens oppmerksom på Arne på samme tid. Uten at jeg aktivt undret meg over hva som foregikk, kom det tanker til meg, tanker som det etterpå var vanskelig å huske. En tanke grep jeg fatt i: Jeg gir han et rom til å være. Av og til sa Arne noe eller han gjorde noe som kunne tyde på at han kjente mine tanker. I min opplevelse hadde disse episodene en passiv kvalitet, liksom endrede bevissthetstilstander. Kanskje kunne min tilstand i timene inneholde elementer av den holdning som Winnicott ha kalt «primary maternal preoccupation», og som han beskriver som en økt sensitivitet hos moren overfor det nyfødte barnet. «... she must be able to reach this state of heightened sensitivity, almost an illness, and recover from it.» (Winnicott, 1956) Jeg undret meg ikke over hva som foregikk i timen. I timen var jeg bare der tilgjengelig for han i denne drømmeaktige tilstanden, i en form for fravær og nærvær på samme tid. Men etter timen ble jeg slått av den måten han i disse stundene nyttiggjorde seg meg i kontakten. Det var som om han i psykisk forstand dukket inn i meg, i mine tanker. På det ytre, manifeste plan skjedde

det ikke noe. Men i det stille, på et underliggende kontaktplan, kom det i stand en tilknytning. Fra sin avsondrethet tok Arne imot kontakttilbudet fra meg, åpnet opp for og gikk inn i en relasjon til meg i fantasien, en relasjon med symbiotisk preg.

Virkningene av denne underliggende tilknytningsprosessen begynte å manifestere seg etter kort tid: Så å si fra time til time ble han merkbart roligere. Samtidig ble han livligere og kroppslig sett mer utfoldende. Bablingen ble friere, og det kom nye ord. Medarbeidere som hadde sett han komme til timer, kommenterte spontant på forandringen og at han så helt annerledes ut enn ved terapiens begynnelse. I 10. time satt han med lekebilene som før, satt ganske rolig, og jeg så fra siden at han så nøye på bilene. Det var som om han nå begynte å vurdere det han så. En gang under stor stillhet vendte han hodet, så på meg og sa: «Ikke farlig». Jeg forsto dette som en konklusjon på hva som hadde foregått mellom oss, en utforskning og utprøving av avstanden mellom oss og av kontaktforholdet på et ordløst plan.

Ved psykoterapeutisk behandling av tidlig skade hos små barn kan det i mange tilfelle relativt raskt komme i stand en markert bedring av barnets tilstand. Dette har en sammenheng med forholdet mellom barnet og terapeuten og den betydning terapiforholdet får for igangsetting og videreutvikling av psykiske prosesser. I samspillet mellom barn og terapeut, ofte på ubevisste eller førbevisste utvekslingsplan og ofte i stor stillhet, legges grunnen for nydannelse av psykisk struktur i barnet. (Leira, T., 1998)

### Dannelsen av «indre rom»

Hele tiden hadde Arne vært tilbakeholden overfor sanden i sandkassen. Da han kom til sin 11. time la jeg merke til at det var noe nytt, noe målbevisst og strevende over han. For første gang tok han nå i sanden. Han holdt litt sand i handa, og etterhvert slapp han flere sandhauger på gulvet. Og så, plutselig, avbrøt han det han holdt på med, gikk bort til meg der jeg satt på sofaen og bet meg hardt i kinnet. Deretter vendte han tilbake til sandkassen og fortsatte med bilene, som om ikke noe hadde hendt. Til slutt drakk han saften sin som han fikk

hver time, mens han sto og så på meg, betraktet meg. Jeg kjente en umiddelbar glede over handlingen, som jeg blant annet opplevde som en tillitserklæring. Denne handlingen, det plutselige bittet, syntes å uttrykke at han i fantasien var rede til å slippe til aggressive impulser i forhold til meg. Og fra og med denne timen brukte han sanden. Han fylte sand på bilene med hendene eller gravemaskinen, lastet og losset. Som tidligere var han opptatt av å åpne dørene på bilene, men nå også av å putte fingeren inn gjennom dør eller vindu. Så begynte han å dynte ned en bil med sand, slik at den etter hvert ble skjult av et sandlag som han klappet godt til rundt bilen. I bablingen kunne jeg skjelne: «Mørkt», «sand på vindu», «ser ikke», «mørkt». Han satt ved sandkassen med bilens side vendt mot seg og med ryggen til meg. Nå begynte han forsiktig å skrape vekk sanden fra bilens sidevindu. Deretter puttet han pekefingeren inn gjennom døråpningen. Jeg hørte at han ganske svakt, og om og om igjen mumlet mitt navn. Så gikk han til siden og så på bilen fra forskjellige vinkler, satte seg ned igjen og betraktet den nøye. Mange timer handlet om dette: bilvinduet ble skrapet fritt for sand, fingeren ble mumlende puttet inn gjennom vindu eller dør, og han satt og så og så.

Under disse sekvensene var det som om jeg ikke eksisterte. All hans oppmerksomhet var samlet om bilen. Han oppholdt seg ved sandkassen et godt stykke fra hvor jeg satt og, som sagt, med ryggen til meg. Det var som om denne avstanden var nødvendig for å gi rom for de prosesser som foregikk i han i fantasien i forhold til meg, prosesser som kom til uttrykk overfor bilen.

Det kunne tenkes at Arne opplevde bilen både som seg selv og som terapeuten på samme tid. Det syntes å dreie seg om et tidlig stadium i utviklingsprosessen, et stadium hvor selvet ennå ikke er utskilt. I forhold til bilen kom det i stand en begynnende utprøving som handlet om å bevege seg inn i, inn i ved fingerens bevegelse, ved øynenes aktivitet og ved vokalisering. Disse aktivitetene kunne være uttrykk for tidlige sammensmeltningsprosesser. I en terapeutisk sammenheng bærer slike prosesser kimen til utskillelse i seg, f.eks. som her skillet mellom innvendig og utvendig. Det var blitt åpnet for indre utvikling, for internalisering av terapeuten, for videre bevegelse i et ennå uav-

grenset psykisk rom. Jeg opplevde det som om et viktig steg i utviklingen nå var nådd, uten at andre ting vitnet om det enn disse enkle, utenfra sett meningsløse handlingene i terapien.

Åpningen av internaliseringsmulighetene blir en nødvendig betingelse for psykologisk vekt hos barn hvor kontaktutviklingen er stagnert. Tankegangen her er analog med Bicks (1968): “The thesis is that in its most primitive form the parts of the personality are felt to have no binding force amongst themselves and must therefore be held together in a way that is experienced by them passively, by the skin functioning like a boundary. But this internal function of containing the parts of the self is dependent initially on the introjection of an external object, experienced as capable of fulfilling this function. Later, identification with this function of the object supersedes the unintegrated state and gives rise to the fantasy of external and internal spaces.”

Jeg hadde inntrykk av at sanden sto for en primitiv, udifferensiert og altoverveiende depressiv affekt. Handlingen – fjerning av sand fra bilens vindu eller «øye» – kunne uttrykke at det knugende mørke var ved å lette. Det ble mulig å begynne å se, se lyset, se et håp. Det så ut som om den forutgående ikke-verbale kontakt mellom oss hadde åpnet muligheten for en slik symbolsk uttrykksform.

Og på samme tid som disse handlingene med bilen i sanden fant sted i terapien, la jeg merke til at skjelingen avtok. Det var som om den begynnende psykiske samlingsprosessen hadde sammenheng med den begynnende samling av blikket. De senere begivenheter skulle befestet dette inntrykket.

Kanskje kunne kvaliteten av nærhet og avstand i terapiforholdet i disse tidlige, ofte ordløse fasene illustrere betingelser for tenkning. Green (1975) tar opp separasjonsangst/intrusjonsangst, og betydningen av avstand for tankeprosessen: “The object which is always intrusively present, permanently occupying the personal psychic space, mobilizes a permanent counteracthexis in order to combat this break-in, which exhausts the resources of the ego or forces it to get rid of its burden by expulsive projection. Never being absent, it cannot be thought. Conversely, the inaccessible object can never be brought into the personal space, or at least never in a sufficiently durable way. Thus it

cannot be based on the model of an imaginary or metaphorical presence.” Og: “The only solution is to give the patient the image of elaboration, situating what he gives us in a space which is neither the empty one nor one filled to overflowing, but a ventilated space, a space which is neither that of ‘this is meaningless’ nor that of ‘this means that’ but one of ‘this may mean that’. It is the space of potential and of absence, for, as Freud was the first to see, it is in the absence of the object that the representation of it is formed, the source of all thought.”

### Skjeling og angst

Det er velkjent at skjeling i alle fall forbigående forverres ved angst, skrekk, oppspilthet.<sup>1</sup> En omvendt prosess syntes å foregå med Arne. Tilknytningsprosessen og det begynnende indre arbeid med primitiv affekt førte her til en reduksjon av angsten og til mindre skjeling. Dette ledet naturlig over i spørsmålet om hva skjelingen kunne skyldes. Hadde den sammenheng med psykisk traume? Når en skjeletendens kan forverres ved skrekk eller angst, er det mulig å tenke seg at slike faktorer kan utløse skjeling. Dette vil lettest kunne skje før et fast samsyn-dybdesyn er etablert, og selvsagt også når det er arvelige anlegg for skjeling, noe som ikke var tilfelle for Arnes vedkommende. Øyestillingen hos nyfødte er i relativt liten grad underlagt sentral kontroll. Men senest ved 6 ukers alder venter en at barnet skal kunne feste blikket, det vil si se fast og med tilsynelatende rettsstilte øynemor f.eks. et lyspunkt. Fra dette tidspunkt og opp mot 6 måneders alderen blir denne parallellstillingen av synsaksene stadig sterkere utviklet. I dette tidsrom er det likevel normalt at den overordnede kontroll periodevis er svekket og med «skjeling» til følge. Etter 6 måneders alder skal parallellstillingen normalt være konstant, slik at også intermitterende, kortvarig skjeling regnes for patologisk. – Synet hos nyfødte er svakt, det utvikler seg gradvis opp gjennom spedbarns- og småbarnsalderen, og regnes for å bli normalt, dvs. 5/5 først ved 4-5 års alder. I samme periode, til 4-5 års alder, utvikler samsyn-dybdesyn

<sup>1</sup> Jeg takker professor i oftalmologi, dr. med. Håkon Leira for informasjon fra det oftalmologiske fagfeltet.

seg til normal-verdier. Arne befant seg altså i en alder hvor samsyn-dybdesyn normalt sett ennå ikke er fullt etablert. Innenfor denne perioden, for 4-5 års alder, veil en derfor med størst sannsynlighet kunne tenke seg muligheten for skjeling utløst av psykisk traume. Samtidig er dette et tidsrom som omtrent faller sammen med perioden hvor emosjonell objektkonstans blir etablert.

Innoverskjeling hos barn vil ofte rette seg i og med at barnet blir eldre. Dette skjer imidlertid ikke ved utoverskjeling, divergent strabisme, som i Arnes tilfelle. Utoverskjeling kan tvertom tilta med alderen. På denne bakgrunn ble forandringen med Arne desto mer bemerkelsesverdig. Når det gjaldt psykisk traumatisering forelå det ingen opplysninger om tidlig adskillelse. Men gjennom sine tre og et halvt år hadde Arne blitt utsatt for fysisk mishandling fra begge foreldre. Å være forsvarsløst utlevert til og utsatt for fysisk vold som lite barn måtte være opplevelser av livstruende karakter. Slik å bli invadert av aggresjon måtte kjennes som psykisk å bli slått i stykker, oppløses i fragmenter. I tillegg fulgte objekt-tapet, det psykiske tap av hans naturlige tilknytningspersoner, foreldrene. Å unngå situasjonen fysisk sett var ikke mulig. Men å unngå den psykisk måtte bli desto viktigere: unngå å se trusselen, unngå å fokusere på trusselen. Ut fra Arnes umodne psykiske og fysiologiske tilstand kunne skjelingen, den manglende etablering av binocularfunksjonen, forstås som er reaksjon på en overveldende skrekkopplevelse. Skjelingen kunne oppfattes som uttrykk for psykisk fragmentering med tap av det indre objekt. Å vike unna med blikket, å unngå å se trusselen, kunne samtidig også være ledd i et avvergeforsøk, og dessuten et forsøk på å bevare resten av et kontaktforhold. Eller en kunne på linje med Rappaport se på skjelingen som et uttrykk for apati, oppgivelse av forsvar i en realitetssituasjon som synes håpløs.

### Skjeling og angst hos pasienten

Etter 3 måneder's psykoterapi, 15 timer, begynte Arne i barnehage på poliklinikken. Fra nå av kom han til psykoterapi to ganger i uka. Utviklingen med han gikk på alle måter raskt fremover.

I timene fortsatte han å være konsentrert om

bilen og med å putte fingeren inn gjennom bilens åpninger, vindu og dør. Han kunne også plutselig komme bort til meg, slå meg på hodet eller putte fingeren opp i min nese, for så igjen å vende tilbake til bilen. Tilknytningen til terapeuten var preget av gradvis større evne til å gå inn i kontakten og samtidig slippet taket, være på avstand. Prosessen hadde karakter av de tidlige faser i separasjons-individuasjons-prosessen som beskrevet av Mahler og medarbeidere (1975). Etter hvert ble han bedre i stand til å uttrykke seg verbalt. Men når han satt ved sandkassen, «pratet» han fortsatt lavt og utydelig. Jeg kunne skjelne mitt navn som hele tiden gikk igjen. Foreldrene fortalte nå at han «pratet som en foss» heime, og at det hørtes ut som «prattingen» handlet om terapeuten.

Denne inderliggjøringen av terapeuten visuelt, motorisk og vokalt hadde, som sagt, skapt muligheten for identitetsdannelsen med begynnende avgrensning av egen person. Dette kom blant annet til uttrykk i at han lekte mer samlet, og ordforråd og bevegelsestilfang økte.

I forhold til terapeuten begynte han nå å eksperimentere med distanse rent konkret. Av og til når jeg satte meg ved siden av han, skjøv han meg tilbake til min vanlige plass i sofaen. Mot slutten av timene skjedde ofte følgende: Han åpnet døra i lekerommet hvor vi oppholdt oss, kikket skøyertaktig på meg, løp ut og nedover korridoren til der den sluttet, kom tilbake til døra ved lekerommet hvor han fant meg, leide meg inn på lekerommet og skjøv meg ned på sofaen. Deretter gjentok det hele seg under pludder og høye gledesrop.

Etter et halvt års psykoterapi, ca. 40 timer, var skjelingen markert forandret. Personalet i barnehagen hvor han var 8 timer daglig, mente at han vanligvis ikke skjelte, men at han kunne skjele i situasjoner hvor han var redd. I terapitimene var det ingen observerbar skjeling. Jeg så han imidlertid noen ganger utenom timene på festdager hvor barna i barnehagen gikk i tog i poliklinikkens korridorer. I slike uvanlige sammenhenger var han tydelig redd, og skjelingen var meget påfallende. Men når han var i omgivelser hvor han følte seg ivaretatt, i psykoterapien eller i behandlingsmiljøet i barnehagen, var det altså ingen observerbar skjeling. Dessuten var det kommet et nytt preg over blikket: En stramhet eller strenghet som var merk-

bar i små stunder av gangen. Denne nye stramhet i blikket kunne kanskje være uttrykk for en større grad av samling av personligheten, en samling som på samme tid fikk noe forstrukket over seg.

Etter ca. 60 timer ble hans skjeling undersøkt og vurdert av den av poliklinikkens leger som var knyttet til barnehagen og som Arne derfor kjente litt fra før. Terapeuten var dessuten til stede under undersøkelsen. Konklusjonen var: «Det er ingen sikker strabisme ved vanlig observasjon. Ved cover-test aner man en liten glidning av venstre øye innover som kan tyde på svak innoverskjeling. Begge øyne beveger seg parallelt ved målrettet øyebewegelse. Normal konvergens ved nærsyn. God visumotorisk koordinasjon. Samsyn.» – Et visst binoculær-syn, dvs. at en ser med begge øyne samtidig, syntes nå å ha blitt etablert. Samsyn er en forutsetning for dybdesyn, men innebærer ikke nødvendigvis dybdesyn.

Som nevnt så det ut som om bedringen av skjeling hadde sammenheng med psykologiske prosesser i psykoterapien. Gjennom terapien hadde han fått mulighet til å gjenfinne rudimenter av en sentral, tapt relasjon og å utvikle seg videre i forholdet, i overføring såvel som til terapeuten som nytt objekt på tidlig før-ødipalt plan. Denne samling om terapeuten førte med seg angst-lette og indre samling, noe som kunne tenkes å nedfelle seg i evnen til å holde blikket samlet. Evnen til å holde blikket samlet kunne altså tenkes å ha sammenheng med internaliseringsprosessen, evnen til å fastholde et indre objekt.

Noen måneder senere var Arne til halvårlig kontroll på sykehuset. I journalen derfra ble det notert: «Konstant divergent strabisme høyre øye? Usikker fiksering?» Den påfallende forskjell i resultatet fra de to undersøkelsene kunne ha å gjøre med at de psykologiske betingelsene i de to situasjonene var vidt forskjellige. I den første situasjonen var det en trygghet for Arne at terapeuten var tilstede og at han kjente litt til legen som undersøkte han. Legekantoret hvor undersøkelsen foregikk var også kjent for han fra før. I denne undersøkelsessituasjonen hvor han psykologisk sett var optimalt ivaretatt, skjelte han ikke.

Undersøkelsen på sykehuset var det grunn til å tro at han forbant med utrygghet. Her hadde han vært innlagt noen dager da han var halvannet år,

og ves senere kontroller blitt undersøkt av stadig nye leger. Og han var på et nytt sted, han hadde ikke den trygghet og beskyttelse som var forbundet med poliklinikken og menneskene der. Den indre stabilitet som kom til uttrykk i at han vanligvis ikke skjelte når han var innenfor behandlingsmiljøet, ble rokket ved når han var på sykehuset. Bedringen av skjeling var altså funksjonell, begrenset til bestemte situasjoner.

### **Konsolidering av indre og ytre virkelighet. Fast grunn**

Dynamisk sett bar utviklingen videre preg av gradvis større tilgjengelighet for aggressive impulser. Det depressive mørke som liksom et sandlag hadde dekket for hans muligheter til å se, hadde lettet, og ble gjort til gjenstand for psykiske prosesser. Det var som om bunden energi ble satt fri og kunne omsettes psykisk. Blant annet begynte han å leke med villdyr. Han lekte at han var dyra, klapret med tennene og truet terapeuten, eller han laget «sagelyder» og begynte å «skjære» eller «klippe» i sanden. Så begynte han å kaste gjenstander eller sand. Dette å slippe eller kaste kan på disse tidlige utviklingsnivå være et direkte uttrykk for større mulighet til avstand, til økt intrapsykisk frihet. Han begynte å si «vil ikke» og ble mer trassig i sin holdning. – Slik ble aggressive manifestasjoner tydeligere selv om det enda var lang vei igjen før de for alvor ble vedstått og han turde å slippe virkelighetskarakteren inn på seg. Den angstdrevne rastløshet som tidligere hadde preget alt han gjorde, var nå helt borte, og ordforståelsen og språkdannelsen økte stadig. I motsetning til å bli overveldet av omgivelser og inntrykk, var han blitt i stand til å møte inntrykkene, ta dem inn i seg og gjenkjenne dem for så å gi dem navn. Denne språkutviklingen var forankret i indre prosesser og bilder. På samme tid som noe i han var blitt stabilt og gjorde det mulig å åpne opp, ta imot og finne eller gjenfinne verden, var det som han fant eller gjenfant seg selv. Det var som om han gjenkjente noe ytre som noe indre, og noe indre som noe ytre. Ordene ble som en slags dåp, en stadfestelse. Han identifiserte seg med ordene og de ble en del av han. Språkutviklingsprosessen var ledsaget av glede og stolthet,

og syntes å gi en naturlig basis for selvtillit. Den hadde tydelige elementer av skapelsesprosess. Og det kom stadig nye ord. Han kunne pludre og være i kontakt gjennom en hel time.

Med nye bevegelsesmuligheter og en større målrettethet fulgte utforskning av lekerommet. Denne nye utforskning av omgivelsene var samtidig som en videre undersøkelse av forholdet til terapeuten. Han glemte seg i skapene og skulle finnes av terapeuten. Han oppdaget nye leker som han prøvde ut sammen med meg, eller med meg sittende på sofaen. Dette foregikk i en lystfullt atmosfære, fryd, glede, humor fulgte med. Fysisk som psykisk, i sin holdning, begynte han slik å regulere avstanden til meg. Og parallelt med den større bevegelighet i forhold til terapeuten, begynte innslaget av styrings og forholdsord, preposisjoner, å bli tydelig.

Progresjonen var stort sett jevn, men i forbindelse med en krise med økt aggresjon mellom foreldrene stagnerte utviklingen noen tid. Han ble mer urolig, og språkutviklingen stoppet opp. Dessuten begynte han igjen å skjele merkbart. Disse symptomene gikk tilbake da krisen var over. At skjeletendensen slik varierte overensstemmende med vanskene han opplevde, var enda et tegn på at den hadde sammenheng med angstnivået.

Rundt 60de time syntes det for meg som om han var blitt tyngre i kroppen noe senere begynte han i timene å gi gyngehesten saft. Han sa: «Saften synker ned i magen på hesten», eller «saften synker ned i bena på hesten». Samtidig begynte han å stå på en ny måte, mer karslig. Når han sto, kunne han legge vekten vekselvis på høyre og venstre ben. Ved sandkassen hvor han før satt sammensunket og på kne satt han nå oftest på ett kne. Han støttet seg med det andre benet bøyd foran seg og med fotsålen i gulvet. Kraften hadde vendt tilbake og blitt en del av kroppen og hans kroppslige uttrykksform. Det var som om han nå så og si hadde kommet ned på jorda.

### **Rompersepsjon?**

Selv om leken i sandkasse stadig fikk nytt tilfang, var han fortsatt opptatt av å dekke biler og bilvinduer med sand. Enkelte ganger dekket han også lekerommets speil med sand, eller dukkens øyne.



Han sa: «Skittent» eller «mørkt». Fortsatt var det altså noe som gjorde det svart for han og hindret han i å se.

I 68. time angrep han meg for første gang direkte. Han sa: «Gutten er sint.» Og i 70. time skjedde det så igjen noe bemerkelsesverdig i forhold til bilen: Mens han satt ved den sand-dekte bilen ved sandkassen begynte han å skrape vekk sanden, først på det nærmeste vinduet, bilens ene sidevindu, deretter på vinduet på den motsatte siden. Det mørke teppet som hadde ligget over han hindret ikke lenger fri utsikt. Han så tvers gjennom bilen, inn av det ene vinduet og ut av det andre. Som han satt der og så gjennom bilen var det ikke tegn til at blikket var splittet i skjeling. Øynene var innstilt i forhold til hverandre, han brukte begge øynene samtidig. Som første gang da han skrapte vekk sand fra bilens ene sidevindu foregikk dette i største stillhet og samtidig med en viss form for intens undring. Det var noe som skjedde. Det var som om det fant sted en oppdagelse.

Innholdet i aktiviteten var nytt, og hele hans holdning ga inntrykk av at noe nytt hendte. Som tidligere var øyeaksene parallelle, blikket fokusert. Men kunne hans undrende, intense holdning også tyde på opplevd dybde? At dybdesyn ikke hadde vært utviklet før, måtte en anta ut fra den tidligere manifeste skjeling. Da han begynte i terapi hadde snart det ene, snart det andre øyet pekt ut av fokus i den grad at det virket som han så bakover med samme øye. En skulle forvente at en slik divergent alternerende skjeling skulle hindre opplevelsen av dybde, dybdesynet. På samme måte ville en forvente at den senere utvikling av parallelle øyeakser hadde skapt muligheter for utviklingen av dybdesyn. Den stillhet og undring som fulgte med opplevelsen av syn gjennom begge bilrutene kunne gi inntrykk av at han hadde fått et visst dybdesyn.

Disse hendingene kunne lede til hypoteser om mentale forutsetninger for dybdesyn. Forut for begivenheten i 70. time hadde det kommet i gang en internaliseringsprosess og arbeid med separasjon fra symbiosen. Han hadde fått rom, var blitt i stand til å romme følelser og tanker, sin egen utviklingsprosess. Dette arbeid hadde brakt med seg distanse som en psykisk dimensjon. Dybdesyn innebærer en evne til å oppfatte og i en viss grad bedømme avstand. En antagelse om at Arne kunne ha opp-

nådd dybdesyn i alle fall øyeblikksvis, kunne muligens sees i sammenheng med den begynnende etablering av intrapsykisk separasjon: kunne dannelsen av et «indre rom» ha åpnet opp for rompersepsjon og ha muliggjort dybdesyn?

I terapiprosessen videre fortsatte Arne en tid med temaet fra 70. time. Hanskrapte vekk sand fra begge bilvinduer eller fra lekerommets store speil (one-way-screen), betraktet og, som det syntes, vurderte. Fra 88. time fikk sanden et nytt symbolsk innhold. Fra nå av var han ikke opptatt av å dekke til bilvinduene, men av å «legge asfalt»: Sand ble lagt langs sandkassekanten som et underlag for biler som kjørte oppå. – Det virket nå som han hadde fått et nytt fotfeste, et nytt grunnlag å stå på. I samme time, 88. time, la jeg merke til at det var noe nytt ved hans framtoningspreg. Det var ikke lenger et snev av noe påfallende ved måten han så ut på. Når så han ut som en vanlig gutt på sin alder.

## Sorg

Rundt 100. time hendte noe som kunne bekrefte antagelsen om traumatisering som hadde rammet øyestillingen: Han kjørte med et fly slik at propellen gikk rundt i stor fart. Så ville han at terapeuten skulle føre flyet rett mot hans øye. Han sa: «Skjære» og «nå kommer ljåen». Det var som om han med dette hentet fram en overveldende skrek-kopplelse. Noe voldsomt skulle komme mot han i stor fart, en trussel om å bli skåret i stykker. Var det voldsomheten i foreldrenes aggresjon, aggresjon rettet mot hans eget hode, som ble opplevd slik? Disse hendingene i psykoterapien kan knyttes til forekomst av akutt skjeling, sammenbrudd av binoculærfunksjonen hos krigsflygere (Meltzer, 1982).

Etter at tankeprosessen hadde nådd et høyere abstraksjonsnivå, ca. 50 timer lenger ut i behandlingen, begynte det å komme til uttrykk en symbolsk sorgprosess. Det ble et langvarig arbeid med å gjenvinne tapte objektforhold. Han skjøt med vannpistol mot speilet og vinduet i lekerommet. «Det er spylevæske», forklarte han meg. Togskiner ble brukt som vindusviskere, liksom for å tørke bort tårene. Omtrent samtidig ble han opptatt av død, og av begravelse. Dukker ble begravd i sanden.

Han sa: «Menneskene er slemme mot hverandre og skal dette oppi krigen. De er døde, ligger i jorda.» – I mer samlet form enn før kunne han nå ta opp og arbeide med det indre mørke, det tidlige tapet av sin indre verden. I lang tid arbeidet han med å grave ned og grave opp, med syke mennesker og syke barn som skulle «repareres», og med ødelagte biler som hadde «ligget i jorda lenge». Spylingen av vinduet ble av og til variert med ønsket om at terapeuten skulle gråte: «Gråt, gråt, gråt mer, slik som jeg gjorde noen ganger! Slik som en liten baby gjør!» I løpet av dette arbeidet dukket det opp nye følelser i hans relasjon til terapeuten. Aggresjon rettet mot meg økte på. Aggresjonen vekslet med at han med fornyet kraft erklærte at han var glad i meg. Han kalte meg «sjokoladepuddingen min» og sang ofte mitt navn med mange vers: «Toril, Taril, Teiril» osv. I sandkassen laget han «nye veier». Mens han lenge hadde vært opptatt av at det måtte være is på sjøen for å holde båtene flytende, bryter han en dag ut (135. time). «Isen smelter, isen smelter!». Slik uttrykte han sin nye evne til å «holde» seg selv. (Winnicott, 1965).

Parallelt med psykoterapien fortsatte Arne å gå til øyekontroller regelmessig. Ved de senere øyekontroller ble det også konstatert at han skjelte. Skjelevinkelen ble sagt å variere sterkt. Den psykologiske bedring gjorde det nå mulig å måle visus som på skjele-øyet var 5/30. Visus var altså sterkt nedsatt fordi øyet hadde vært satt ut av funksjon på grunn av skjelingen. Igjen måtte en spørre om hva det kom av at han skjelte når han var til øyeundersøkelse, mens skjelingen ikke var observerbar når han var i psykoterapi eller i behandlingsmiljøet, unntatt i situasjoner når han var redd. – Det så ut som om han hadde tatt inn i seg terapeuten og den utvidede behandlingssituasjonen, barnehagen, i tilstrekkelig grad til at han kunne hanskes med sin angst for aggressiv invadering i disse omgivelser hvor han følte seg ivaretatt. Utenfor denne konteksten syntes det som om han møtte angsten på nytt, og at den i nye situasjoner måtte mestres igjen og igjen. Det virket som om han utenfor behandlingsmiljøet lett mistet følelsen av å være beskyttet, mistet sitt indre objekt som kunne holde han intakt, fungerende og skjermet i forhold til invaderingstrusselen.

Disse hendingene i Arnes psykoterapi fant sted

for flere år siden. Etter noen få år ble foreldrene skilt og Arne har siden bodde sammen med sin mor og hennes nye mann. Han går på vanlig folkeskole og tilpasningen er sagt å være tilfredsstillende.

### Sluttord

Her er fremstilt sekvenser fra psykoterapiprosessen hos et barn med divergent strabisme hvor strabismen ble bedret i løpet av psykoterapien. Binocularsyn ble etablert i situasjoner hvor barnet følte seg ivaretatt. Mens det er velkjent at skjeling kan tilta ved angst, skrekk, oppspilthet, synes materialet å vide den omvendte prosess: At skjeling kan bedres ved at angsten reduseres.

Ut fra materialet kan det settes fram hypotese om at divergent strabisme i enkelte tilfelle kan ha sammenheng med lammende, fragmenterende angst, opplevelsen av aggressiv invadering. Dette kan mest sannsynlig skje før 3-4 års alder, før sam-syn-dybdesyne er etablert, før synet er fullt utviklet, og, må vi anta, før emosjonell objektkonstans er etablert.

En slik angst for aggressiv invadering vil ha sin rot i et tidlig kontaktforhold, og kan samtidig innebære tap av det indre objekt. Skjeling vil i denne sammenheng kunne forstås som uttrykk for en kompleks reaksjon. Som nevnt kan sammenbruddet av binocularfunksjonen, eller den manglende etablering av binocularfunksjonen tenkes være en reaksjon på overveldende trussel. Dette er på linje med Rappaports antakelse om divergent skjeling som uttrykk for oppgivelse av forsvar i en realitetssituasjon som synes uten håp. På samme tid kan skjelingen oppfattes som et avvergeforsøk: Vike unna med blikket, unngå å se trusselen. Vi nærmer oss her et spørsmål på Winnicotts spørsmål som sitert innledningsvis, om mekanismen ved psykogen skjeling.

Som vist avtok skjelingen parallelt med at angsten slapp taket og det kunne bli rom for internalisering av terapirelasjonen med psykisk vekst. Dette er igjen i tråd med Winnicotts oppfatning at psykogen skjeling kan heles ved re-integrasjon av personligheten «under the influence of another strong personality».

Utskillelses- og separasjonsprosesser i forhold

til den tidlige sammensmelting i symbiosen fører til intrapsykisk separasjon. Terapimaterialet kunne gi grunnlag for å tenke seg en mulig sammenheng mellom intrapsykisk separasjon med etableringen av avstand som en psykologisk dimensjon i barnet, og utviklingen av dybdesyn.

Disse synspunkter og antakelser kan føre en videre på undringens og spekulasjonens vei, for eksempel til kunsthistorien og til maleriets utviklingshistorie. Kanskje kan en tillatte seg å spørre om problemstillinger som omhandler utviklingen av dybdeperspektivet, for eksempel kubismen, kan ha en parallell i den tidlige psykologiske utvikling.

Interaksjonsprosessen mellom barnet og terapeuten i de tidlige faser ble antatt å gi grobunn for evnen til symbolisering og tenkning hos barnet. Som beskrevet ble den psykiske distanse i psykoterapirelasjonen ivaretatt på forskjellige nivå etter som prosessen skred fram.

I psykoterapiens første fase begynte barnet å uttrykke seg på tidlige symbolske nivå gjennom lek med bilen; en avdekking av sandlag som var klapet utenpå, og en forsiktig bevegelse inn gjennom bilens åpninger. Denne aktiviteten kunne forstås som uttrykk for hva som skjedde i forhold til terapeuten, en bevegelse i fantasien inn i terapeuten. Slik var det mulig å oppfatte leken som en avspeiling av selve terapirelasjonen. Form ble innhold.

Det ble antatt at disse tilsynelatende umerkelige uttrykksformer fra primitive psykiske nivå var uttrykk for tidlige internaliseringsprosesser med begynnelse til indre grensedannelse, dannelsen av et «indre rom». Dette igjen kan lede en over i spørsmål om en mulig sammenheng mellom separasjons-individuasjons-prosessen tidlige stadier og tankeprosessen utvikling. Her kan en driste seg til enda videre betraktninger og til ytterligere bruk av metaforer. Dannelsen av et «indre rom» kan kanskje sees som forutsetning for evnen til å tenke i dybden i motsetning til overfladisk, «flatt», – til å kunne skille for eksempel innvendig fra utvendig, dybde fra overflate. En mangel på evne til slik bedømmelse vil, må en tro, innebære at naturlige dimensjoner for tankeprosessen ikke utvikles. Evnen til å kunne tenke i relasjoner, foreta slik bedømmelse og skjelne mellom grunnleggende verdier kan tenkes lede fram mot etableringen av en hierarkisk oppbygging av tankeprosessen

struktur. Utbyggingen av en slik hierarkisk og flerdimensjonalt preget struktur tenkes basert i emosjonelle prosesser i den tidlige relasjonsutvikling: – Et spørsmål om tankeprosessenes emosjonelle røtter.

**Abstract:** The formation of an “inner room” in early psychological development. The amelioration of a squint through psychotherapy: A question of the development of thought and psychic depth?

A severely ego-impaired three-and-a-half-year-boy with a constant long-standing, divergent strabismus of widely variable angle, began psychotherapy. The communication in the early phases between the child and the psychotherapist seemed to lead to the formation of an “inner room” and the development of thought in the patient. Within a few months the symptoms of strabismus lessened considerably and later vanishes almost completely in the therapeutic environment. Careful documentation of when, where and how the strabismus varied, led to conviction about the influence of the therapeutic relationship on the symptom. From infancy the child had suffered beatings from both parents. The hypothesis is raised that the parents’ aggression made it necessary for the child “to avoid seeing the threat, to avoid focusing on the threat”. It is also proposed that strabismus is a derivative of the psychic fragmentation which follows the loss of or inability to form an inner object. Other major strides in ego functioning are shown to parallel the internalization of the therapist and the mastery of aggression. A link between the capacity for depth perception and intrapsychic separation is suggested.

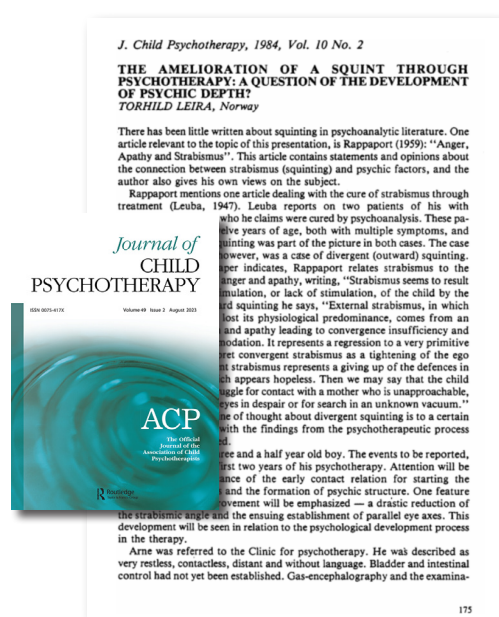
## Referanser

- Bick, E. The experience of the skin I early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 484-486.
- Green, A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1975, 56, 1-22.
- Harrington, D.O. Wartime ocular neurosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1944, 49, 622-630
- Inman, W.S. An inquiry into the origin of squint,

- left-handedness and stammer. *The Lancet*, 1924, 2, 211-215
- Leira, H. Personlig meddelelse, 1982.
- Leira, T. The release of tears. The first fase in the psychotherapy of a 3-year-old child with the diagnosis: Symbiotic child psychosis. *International Review of Psychoanalysis*, 1980, 7, 299-308.
- Leuba, J. Deux cas de strabisme psychogène. *Evolution Psychiatrique*, 1949, 9, 353-363.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books, 1975.
- Meltzer, D. Personlig meddelelse, 1982.
- Rappaport, E.A. Anger, apathy and strabismus. *Eye, Ear, Nose and Throat Monthly*, 1959, 38, 473-482.
- Winnicott, D.W. Ocular psychoneurosis od childhood. I D.W. Winnicott: *Through pediatrics to psychoanalysis*. London: The Hogarth Press, 1975, s. 85-89.
- Winnicott, D.W. Primary maternal preoccupation. I D.W. Winnicott: *Through pediatrics to psychoanalysis*. London. The Hogarth Press, 1975, s 300-305.
- Winnicott, D.W. *The maturational processes and facilitating environment*. London: The Hogarth Press, 1965.

**Artikkelen er tidligere publisert** i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, nr 24, 1987, 499-510. I denne artikkelen er det kun gjort mindre endringer.

En tidligere versjon av den samme artikkelen var publisert i Journal of Child Psychotherapy, 1984, Vol 10, nr 2. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00754178408254753>



*J. Child Psychotherapy*, 1984, Vol. 10 No. 2

**THE AMELIORATION OF A SQUINT THROUGH PSYCHOTHERAPY: A QUESTION OF THE DEVELOPMENT OF PSYCHIC DEPTH?**  
TORHILD LEIRA, Norway

There has been little written about squinting in psychoanalytic literature. One article relevant to the topic of this presentation, is Rappaport (1959): "Anger, Apathy and Strabismus". This article contains statements and opinions about the connection between strabismus (squinting) and psychic factors, and the author also gives his own views on the subject.

Rappaport mentions one article dealing with the cure of strabismus through treatment (Leuba, 1947). Leuba reports on two patients of his with who he claims were cured by psychoanalysis. These patients were of five and six years of age, both with multiple symptoms, and squinting was part of the picture in both cases. The case however, was a case of divergent (outward) squinting. Rappaport indicates, Rappaport relates strabismus to the anger and apathy, writing, "Strabismus seems to result from stimulation, or lack of stimulation, of the child by the mother. External strabismus, in which the child loses its physiological predominance, comes from an anger and apathy leading to convergence insufficiency and accommodation. It represents a regression to a very primitive level. Convergent strabismus as a tightening of the ego, in strabismus represents a giving up of the defences in which the child appears hopeless. Then we may say that the child struggles for contact with a mother who is unapproachable, eyes in despair or for search in an unknown vacuum."

One of the thoughts about divergent squinting is to a certain extent with the findings from the psychotherapeutic process. In the case of a three and a half year old boy. The events to be reported, during the first two years of his psychotherapy. Attention will be given to the early contact relation for starting the therapy and the formation of psychic structure. One feature to be emphasized will be a drastic reduction of the strabismic angle and the ensuing establishment of parallel eye axes. This development will be seen in relation to the psychological development process in the therapy.

Arne was referred to the Clinic for psychotherapy. He was described as very restless, contactless, distant and without language. Bladder and intestinal control had not yet been established. Gas-encephalography and the examina-

175