

Internationalt adopterede børns udvikling

Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 146.342
Svarende til antal normalsider: 60,98
Pernille Sørensen, Studienummer: 20104241
Vejleder: Mogens Jensen

10. Semester.
Psykologi, KANUK.
Speciale
Aalborg Universitet
29. Maj 2015

*"Den mest effektive terapi,
er kærlighed mellem mennesker"*

(Perry & Szalavitz, 2011, p. 257)

Mit speciale er dediceret til min mor der er en fighter, til Louise der har været der for mig i tyk og tyndt og til alle de børn og unge der har haft en svær start på livet, men som gør det muligt, for os alle, at lære af deres historie.

Abstract

The purpose of this master thesis is to examine how Bruce D. Perry's theory about the developing brain, research on resilience and studies of International Adopted Children can shed light on factors in the developing of International Adopted Children. Perry was chosen, because of his work with neglected children and the consequence on the developing brain. The research on resilience is included because it can contribute with another perspective on International Adopted children's developmental factors and the diversity in their robustness. The choice on International Adopted children as target group is because they handle kind the shame adversity different and there has been 342.711 adoption in the world between 2003-2013 (<http://www.hcch.net/upload/adostats2014selman.pdf>). The purpose of this master thesis is also to create a model to use in practice to evaluate the child and to fulfill the specific interventions the child needs (See chapter 5). The factors were first founded by account for Perry's theory, and then the factors were shed light on in two case studies and *The English Romanian Adoptees Study (ERA)* with Perry's theory. Next there was account for resilience research and inclusion of Perry's theory and the two cases and the ERA study to shed light on the factors. Then all the factors were founded they were assembled in a model inspired by the multiple factor model by Alan Carr (Carr, 2006, p. 42-43). In this master thesis, it was founded that the children from the two cases (Jill & Katie) and ERA study all have similar backgrounds with institutions deprivation but they had different outcomes. For example Jill developed ADHD while Katie beginning borderline. Some of the factors that can lead to this difference was their different ages at the time of the adoption and therefore their different times in institutions care. These factors and the rest that was founded was divided into four categories: *Pre-disposing-*, *promoting-*, *maintaining-* and *protective factors*. The master thesis's model illustrates some factors which potentially can have an influence on the International Adopted Child's development. Not all the factors will take place in each child, and not all factors will influence the child's development alone. Generally it's a mix of multiple factors there will influence the child's development. To illustrate this an example of an intervention plan was made for Jill. The interventions were based on Perry's Neurosequential model of Therapeutics and it was in that connection this master thesis's model utilized was demonstrated like a kind of anamnesis to collect information about the child.

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1. INDLEDNING	1
1.1. PROBLEMFOMULERING	2
1.2. BEGREBSAFKLARING	2
1.3. SPECIALETS TEORETISKE FUNDERING.....	2
1.4. SPECIALETS METODISK FUNDERING	3
1.5. DISPOSITION	5
KAPITEL 2. BRUCE PERRYS TEORI	6
2.1. ARV VS. MILJØ.....	6
2.2. HJERNENS UDVIKLING.....	6
2.2.1. Hjernens sekventielle- og hierarkiske udvikling	7
2.2.2. Sensitive perioder i hjernens udvikling	8
2.2.3. Brugsbetinget udvikling	9
2.2.4. Hjernens plasticitet	10
2.3. AFVIGENDE UDVIKLING	11
2.3.1. Afbrydelse indenfor de generelle udviklingsprincipper	11
2.3.2. Genernes indflydelse	12
2.3.3. Alarmresponsystemet indflydelse	12
2.3.4. Stressresponsystemets indflydelse	13
2.3.5. Omsorgsvigts indflydelse på hjerneudviklingen.....	13
2.3.6. Perrys studie af hjernens udvikling hos omsorgssvagede børn	14
2.4. INTERVENTION	16
2.5. OPSUMMERING AF FUNDNE FAKTORER UD FRA PERRYS TEORI.....	18
2.6. KRITISK DISKUSSION AF PERRYS TEORI.....	19
KAPITEL 3. INTERNATIONALE ADOPTIONER	19
3.1. INFORMATION OM INTERNATIONALE ADOPTIONER.....	20
3.1.1. Institutionsforholdene	22
3.2. CASENE.....	24
3.2.1. Casen om Jill	24
3.2.1.1. Casen Jill sammenholdt med Perrys teori	25
3.2.2. Casen om Katie.....	29
3.2.2.1. Casen Katie sammenholdt med Perrys teori.....	31
3.3.FORLØBSSTUDIET DET ENGELSKE RUMÆNSKE ADOPTIONSSTUDIE (ERA).....	34
3.3.1. ERA studiets resultater kort præsenteret	36
3.3.2. ERA studiets resultater sammenholdt med Perrys teori.....	40
3.4. OPSAMLING AF VÆSENTLIGE FAKTORER INDEN FOR FORSKNINGEN AF INTERNATIONALE ADOPTIONER	44

3.5. KRITISK DISKUSSION AF CASENE OG FORLØBSSTUDIET	44
3.5.1. <i>Generel kritik af casene og ERA studiet</i>	44
3.5.2. <i>Reliabilitet, validitet, generaliserbarhed og evidens</i>	46
3.5.3. <i>Kritisk diskussion af belysning af Perrys teori på casene og ERA studiet</i>	49
KAPITEL 4. RESILIENSFORSKNINGEN	50
4.1. DEFINITION AF RESILIENS.....	50
4.2. MULTIPLE RISIKO- OG BESKYTTENDE FAKTORER	51
4.3. ARV VS. MILJØ	54
4.4. RESULTATER FRA RESILIENS FORSKNING	54
4.5. OPSAMLING AF VÆSENTLIG FAKTORER INDEN FOR RESILIENS AFSNITTET	56
4.6. KRITISK DISKUSSION AF RESILIENSFORSKNINGEN	56
KAPITEL 5. SPECIALETS MODEL	57
5.1. SPECIALETS MODEL SOM HJÆLPEMIDDEL TIL INTERVENTIONEN.....	60
KAPITEL 6. KONKLUSION	64
REFERENCELISTE	65

Kapitel 1. Indledning

Adopterede børn har stort set ens baggrunde men de har trods dette stadig forskellige udvikling (Van Ijzendoorn et al. 2011). Det kan derfor tænkes at der kan være en række faktorer, der kan påvirke internationalt adopterede børns udvikling. På baggrund heraf, opstod interessen for at undersøge faktorer hos internationalt adopterede børn, der kan tænkes at påvirke deres udvikling. Mit kendskab til internationale adoptioner opstod gennem mine tidligere undersøgelser af internationalt adopterede børn. I min bachelor belyste jeg adoptivbørns tilknytningsudvikling, hvor følgende faktorer blev fundet indflydelsesrig: *Separation/tab, alder, kulturelle omstændigheder og forudgående omstændigheder (som fx institutionsophold)*. Herudover blev der fundet en række beskyttende/risikofaktorer, der synes at påvirke tilknytningsudviklingen i en sikker eller usikker retning: *adoptivbarnets første omsorgsperson, adoptivbarnets personlighedstræk, resiliens og adoptivforældrene* (Sørensen, P., & Hansen, H. upubliceret). Viden fra min bachelor gjorde mig nysgerrige på to ting. Den ene var hvilken betydning et institutionsophold kan have for adoptivbarnets udvikling. Dette blev undersøgt i mit 9. semesters projekt. Her udarbejdede jeg et systematisk review der belyste hvilken indflydelse et institutionsophold kan have for det internationalt adopterede barns senere psykiske udvikling. Det systematiske reviews resultat var, at institutionsopholdet kan være én af årsagerne til, at et adoptivbarn udvikler: *tilknytningsproblemer, ADHD, quasi-autisme eller andre adfærdsp problemer* (Sørensen, P. upubliceret). Den anden ting jeg blev nysgerrig på var at belyse faktorer der kan påvirke adoptivbørnenes udvikling, hvilket er tiltænkt at behandle i dette speciale.

Dette speciales formål er at undersøge faktorer, der kan påvirke internationalt adopterede børns udvikling, med udgangspunkt i Bruce D. Perrys teori om hjernens udvikling, i forskningen af internationale adoptioner, herunder to casebeskrivelser og et forløbsstudie og med udgangspunkt i resiliensforskningen. Specialets formål er også, at udarbejde en model der i praksis kan anvendes som et psykologisk hjælpemiddel til at belyse faktorer hos det enkelte barn og hvilken særlig indsats/intervention barnet har behov for (Se kapitel 5).

Interessen for at belyse faktorer i udviklingen hos internationalt adopterede, med Perrys teori, opstod efter at have inddraget hans studie, med hjernens udvikling hos

omsorgsvigtet, i min bachelor. Perry arbejder med omsorgsvigtede /traumatiserede børn og unge samt adopterede (Hart 2011; Perry & Salavitz 2011) og derfor er hans teori fundet relevant at inddrage i besvarelsen af specialets problemformulering. Perry kan derfor bidrage med et neuropsykologisk perspektiv i besvarelsen af problemformuleringen. Da målgruppen er internationalt adopterede børns udvikling, er det relevant at inddrage forskningen her inden for. Dette blev gjort ved, at inddrage to casebeskrivelser fra to andre studier og et større forløbsstudie, der blev belyst med Perrys teori. Yderligere er det relevant at have internationalt adopterede som målgruppe, da de eksistere som et fænomen både på verdensplan og i Danmark. I perioden 2003 til 2013 blev der på verdensplan (23 lande) adopteret 342.711 børn (<http://www.hcch.net/upload/adostats2014selman.pdf>). I Danmark blev der i årene 2004-2014 adopteret 4.158 børn til Danmark (Adoptionsnævnet.dk). For at finde andre faktorer i børns udvikling blev det valgt at inddrage resultater fra resiliensforskningen der blev belyst både med Perrys teori og med resultaterne fra forskningen af internationale adoptioner.

1.1. Problemformulering

Hvordan kan Bruce Perrys teori, om hjernens udvikling, forskningen i internationale adoptioner og resiliensforskningen belyse faktorer i internationalt adopterede børns udvikling?

1.2. Begrebsafklaring

De fleste begreber i problemformuleringen er beskrevet i starten af de afsnit de indgår i. Det er dog fundet relevant at redegøre kort for specialets forståelse af resiliens. Resiliens skal i dette speciale forstås som modstandskraft og læner sig op af Rutter (2011) og Luthar et al (2000) forståelse af resiliens. Deres forståelse af resiliens er uddybet yderligere i afsnit 4.1..

1.3. Specialets teoretiske fundering

Specialet er placeret inden for almenpsykologi der bl.a. består af disciplinerne social-neuro- udviklings-, kognitions- og personlighedspsykologi, men specialet vil også kunne relateres til anvendt psykologi grundet kapitel 5, hvor det er illustreret specia-

lets models anvendelse i praksis og i interventionen (Se kapitel 5). Inden for almenpsykologi er det disciplinen *neuropsykologi* der hovedsageligt er i fokus. Specialets indlejring i en metodisk ramme findes i afsnit 1.6 *metodisk fundering*.

Specialets fokus er på tre overordnede emner: *Neuropsykologisk udvikling*, præsenteret ud fra Perrys teori om hjernens udvikling, *Resiliens* og *international adoption*. Gennemgangen af Perrys teori, om hjernens udvikling, resulterer i en række mulige faktorer, der blev sammenholdt med forskning inden for internationale adoptioner. Disse to dele er til sidst sammenholdt og diskuteret ud fra resiliensforskningen. Det er derfor kun det neuropsykologiske perspektiv og resiliensforskningens perspektiv på internationale adoptioner der belyses i dette projekt og dermed indgår i besvarelsen af problemformuleringen (Se kapitel 2; 4; afsnit 1.1).

Det neuropsykologisk udviklingsperspektiv er præsenteret af teoretikeren Bruce D. Perry (Fx Perry 2011; Perry 2002). Valget af Perrys teori er klarlagt tidligere i dette kapitel, men inddragelsen af Perrys teori skyldes også forventningen om at kunne bidrage med, at give nogle læsere et ny viden omfaktorer i internationalt adopterede børns udvikling.

Internationale adoptioner er præsenteret gennem et større forløbsstudie udarbejdet af bl.a. Michael Rutter og det Engelske Rumænske adoptionsteam (ERA) (Fx Rutter et al. 2010; Rutter & ERA team 1998) og gennem to casebeskrivelser taget fra to forskellige studier(Chrisholm 2000; McKenzie et al. 2014). Udvælgelsen af casebeskrivelserne og forløbsstudiet er gennemgået i næste afsnit (Se afsnit 1.4.).

Resiliensforskningen er inddraget for, at belyse eventuelle andre faktorer i adopterede børns udvikling, end dem der er fundet gennem Perrys teori og forskningen i internationale adoptioner. Resiliensforskningen er hovedsageligt præsenteret gennem Rutter (2011;2003; 1992); Luthar et al. (2000) og Cicchetti (2010).

1.4. Specialets metodisk fundering

Dette speciale er hovedsagligt et teoretisk speciale med inddragelse af andres data i form af forløbsstudiet og de to cases. Specialet følger som sådan ikke en i forvejen kendt og fastlagt metode da det er valgt at sammensætte sin egen metode for bedst at kunne besvare problemformuleringen. Det tætteste på en i forvejen kendt metode kan være det Thagaard (2004) beskriver som abduktion. Abduktion kan placeres mellem induktion og deduktion og er den dialektiske forbindelse mellem teori og data (Tha-

gaard 2004). Det der kan minde om abduktion i dette speciale er, at hovedsageligt Perrys teori og resiliensforskningen, danner specialets baggrund for at danne nye perspektiver på forløbsstudiet og de to cases, hvilket ender ud i en række faktorer der samles i en model der illustrerer mulige faktorer i adopterede børns udvikling.

Valget af både casebeskrivelser og forløbsstudie skyldes at de hver især har deres fordele og ulemper (se afsnit 3.5) og fordi det forventes, at de kan bidrage med forskellige bud på hvilke faktorer der kan spille en rolle i et adopterede barns udvikling. Forløbsstudiet, *Det Engelsk Rumænske Adoptionsstudie (ERA)*, blev valgt fordi det er et større kendt studie, der har en række fordele. En af fordelene ved at vælge et forløbsstudie, og nærmere ERA studiet er, at det har et relativt stort sample der er blevet undersøgt over en længere årrække (Se afsnit 3.3). Hvilket giver gode muligheder for at få belyst en række faktorer, der kan fremkomme før, under og efter adoptionen. Desuden har jeg arbejdet med ERA studiet gennem mit systematiske review på 9.semester og kender derfor allerede til kvaliteten af ERA studiet samt styrkerne og svaghederne ved det (Se afsnit 3.3; 3.5; Sørensen, upubliceret). ERA studiet er dermed udvalgt på baggrund af de udvælgelseskriterier der blev sat i mit systematiske review som bl.a. var at det skulle være peer-reviewed og skulle være publiceret inden for de seneste 10 år.

Der blev valgt to cases fordi afhandlingen forsøger at finde faktorer i udviklingen hos internationalt adopterede og fordi det forventes at to cases vil kunne belyse forskellige faktorer i udvikling. Casene og ERA studiet vil ikke blive sammenholdt da det ikke er relevant i forhold til problemformuleringen. Grunden til at der blev valgt cases og ikke for eksempel interview skyldes, at det var den bedste og næsten eneste muligheder for, at få informationer om tiden, og barnets tilstand, før, under og efter adoptionen. Yderligere kan det formodes, at de informationer adopterede selv vil kunne bidrage med, vil være af mindre objektiv karakter og mindre valid end de informationer forskere har samlet i casebeskrivelserne. Det blev derfor valgt at inddrage to studiers cases (Fordele og ulemper herved er diskuteret i afsnit 3.5). De to cases blev udvalgt efter princippet *informationsorienteret udvælgelse* og er dermed uvalgt i forhold til hvor mange informationer de indeholder (Flyvbjerg 2010). Kriterierne casene ellers skulle opfylde i forbindelse med udvælgelsen var at: De skulle være af internationalt adopterede, artiklen måtte højst være 10 år gammel i håbet om at casen ikke selv er meget ældre end 10 år og dermed kan være forældet, da der kan tæn-

kes at være sket meget inden for adoptionsområdet. Yderligere var der krav til at: Der skulle være informationer om tiden før adoptionen og om børnenes tilstand under og efter adoptionen. Barnet måtte ikke yderligere være alt for gammel på adoptionstidspunktet, da en ekstrem case ikke var ønskescenariet.

1.5. Disposition

Kapitel 1 bestod af indledningen der underbyggede problemformuleringen og gav et indblik i valget af de forskellige teorier og forskningsstudier samt præsenterede specialets formål

Kapitel 2 består af en gennemgang af Bruce Perrys teori om hjernens udvikling. Herunder er Perrys syn på den afvigende udvikling og interventionen heraf også gennemgået. Til sidst findes der en opsummering af de fundne faktorer og en kritisk diskussion af Perrys teori.

Kapitel 3 er en gennemgang af internationale adoptioner. Dette kapitel består af informationer om internationale adoptioner og en beskrivelse af institutionsforholdene. Herefter bliver de to cases og forløbsstudiet gennemgået og belyst med Perrys teori. Til sidst er der en opsamling af de fundne, faktorer samt et afsnit der kritisk diskuterer casene og forløbsstudiet. Denne del kommer bl.a. ind på nogle generelle kritikpunkter, diskussion af reliabilitet, validitet, generaliserbarhed og evidens samt Perrys teori sammenholdt med forskningen inden for internationale adoptioner.

Kapitel 4 består af en gennemgang af resiliensforskningen. Kapitlet består af definitionen af resiliens, risiko- og beskyttende faktorer samt en kort præsentation af resultater inden for resiliensforskningen. Undervejs i kapitlet er resiliensforskningen kort sammenholdt med Perrys teori og forskningen inden for internationale adoptioner. Til sidst er der en opsamling, hvor de fundne faktorer præsenteres samt et afsnit der kritiserer belysningen af resiliensforskningen med Perrys teori og forskningen inden for internationale adoptioner.

Kapitel 5 præsenterer specialets model der består af alle de faktorer der er fundet gennem kapitel 2-4 og som kan påvirke udviklingen hos internationalt adopterede børn. Til sidst i dette kapitel er specialets models anvendelse illustreret og implementeret i Perrys neurosekventielle model for terapi på casen Jill.

Kapitel 6 er konklusionen på afhandlingen. Her bliver der kort fortalt hvad der er fundet frem til gennem de første fem kapitler, hvilket munder ud i en konklusion på specialets problemformuleringen.

Kapitel 2. Bruce Perrys teori

Bruce D. Perry er børnepsykiater og arbejder med omsorgssvigtede og traumatiserede børn. I den forbindelse har Perry undersøgt langtidseffekten af traumatiske begivenheder i barndommen og hvordan traumer og omsorgssvigt kan ændre strukturen i hjernen og som følge heraf påvirke barnets udvikling (Hart 2011). Dette kapitel præsenterer Bruce D. Perrys syn på hjernens udvikling og af afvigelser i den normale udvikling. Herefter er der gennemgået Perrys bud på hvad der er vigtig i interventionen af børn med en afvigende udvikling. Til sidst forholdes der kritisk til Perrys teori.

2.1. Arv vs. Miljø

Ifølge Perry (2000), er individet et produkt af både sine gener og af det miljø individet er end del af. Individet er derfor formet af, hvordan generne bliver udtrykt gennem de erfaringer individet gør sig i miljøet. Individets genetisk potentiale kan derfor kun blive udtrykt, hvis individet får de rette erfaringer på de rigtige tidspunkter (Perry, 2000). Barnets udvikling er derfor afhængig af hvilke erfaringer, der er med til at udtrykke barnets gener og derfor er det alene barnets gener alene der bestemmer hvordan barnet udvikles (Perry 2002). Ifølge Perry (2002) og Perry et al. (1995) er hjernen det organ der er mest sensitiv og påvirkelig af sine omgivelser. Så ligesom med resten af barnets udvikling er hjernen også et produkt af barnets genetisk potentiale og miljømæssige historie (Perry 2002). Det næste afsnit er derfor en præsentation af Perrys teori om hjernens udvikling.

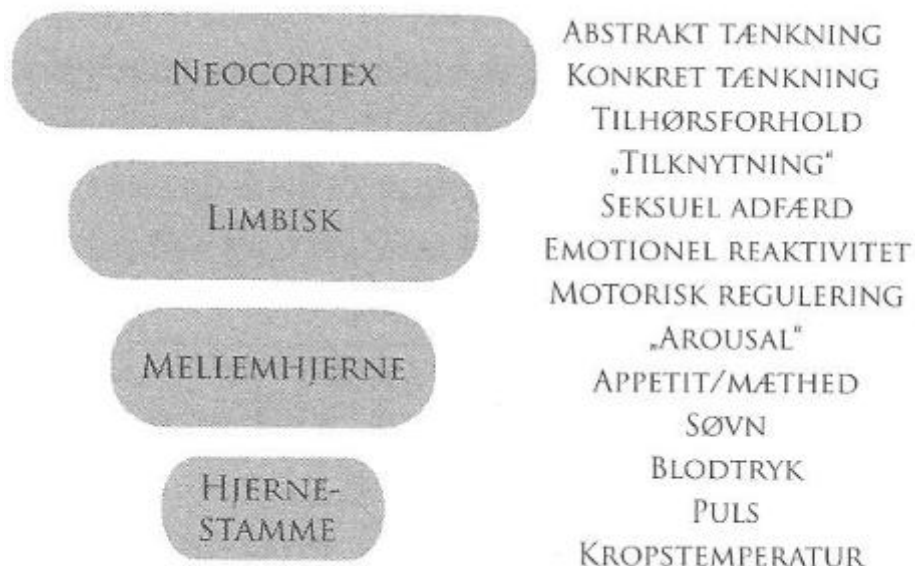
2.2. Hjernens udvikling

Dette afsnit præsenterer Perrys teori på hjernens udvikling og vigtige faktorer der er forbundet hermed. Det er kun den del af teorien der er vigtig i besvarelsen af problemformuleringen, der er medtaget. Det er derfor fravalgt at gå ind i Perrys syn på

hjernens udvikling på bl.a. celle niveau. Se Perry (2011), Perry (2002), Perry (2000) for mere viden om hjernens udvikling.

2.2.1. Hjernens sekventielle- og hierarkiske udvikling

Perry (2000) inddeler hjernen i fire forbundet områder: Hjernestammen, mellemhjernen, limbisk og cortex (Perry 2000) (Se figur 1). De fire områder udvikles, organiseres og bliver funktionelle på forskellige tidspunkter gennem barndommen (Perry et al. 1995). Udviklingen forløber sekventiel og hierarkisk fra de områder med mindre komplekse funktioner til de områder med de mest komplekse funktioner (Perry et al. 1995). De mindre komplekse funktioner findes i hjernestammen og mellemhjernen der medier forskellige regulerende funktioner som for eksempel vejrtrækning, puls, blodtryk, søvn og kropstemperatur. De komplekse funktioner findes i det limbiske område og cortex der medierer funktioner som for eksempel sprog, abstrakttænkning og tilknytning (Perry 2000; Perry 1999; Perry 2011; Perry et al. 1995) (Se figur 1). Hjernestammen og mellemhjernen er med til at regulere og udvikle limbisk og cortex, så hvis de to hjerneområder er dårligt organiseret vil det føre til desorganisation af limbisk og cortex. En veludviklet hjerne er derfor afhængige af at de lavere hjerneområder har været igennem en sund udvikling (Perry 2011; Perry & Pollard 1998).



Figur 1 Den hierarkisk hjerne (Perry, 2011, p. 369)

Hvert hjerneområde består af en række neurale netværker, der er med til at mediere de enkelte hjerneområders funktioner. Kommunikationen mellem de forskellige neurale netværker gør det muligt for individet at udvikle funktioner som at sanse, bearbejde, lagre, opfatte og handle på ydre og indre informationer (Perry 2000; Perry 2011).

Ifølge Perry et al. (1995, p. 276) er der to hovedprincipper i neuroudviklingen. Det første princip er brugsbetinget udvikling og det andet princip er sensitive perioder (Perry et al. 1995). Disse to principper bliver behandlet i de to følgende afsnit.

2.2.2. Sensitive perioder i hjernens udvikling

Hjernen udvikles gennem hele livet, men udviklingen af de vigtigste funktioner finder sted gennem barndommen. Når barnet er tre år vil barnets hjerne være 90% lige så stor som den veludviklet hjerne hos en voksen (Perry & Pollard 1998). Spædbarnshjernen er derfor mere sensitiv over for erfaringer end den voksne hjerne. Erfaringer gennem barndom er med til at udvikle og ændre hjernen hvorimod erfaringer hos voksne hovedsageligt kun påvirker adfærden (Perry 2002; Perry & Pollard 1998; Perry 2000, Perry et al. 1995). Barnets hjerne er derfor mere sensitiv overfor sociale, emotionelle, kognitive og fysiske erfaringer idet disse erfaringer er med til at forme de neurale netværker og dermed organiseringen af hjernen. Disse erfaringer er dermed til at påvirke barnets funktioner resten af livet (Perry 2002).

Hvert hjerneområde har sin egen tidslinje for udvikling og dertilhørende sensitive perioder hvor det er vigtigt at hjerneområdet får de nødvendige sanseerfaringer for at kunne fungere optimalt (Perry 2002). De aktuelle sensitive perioder i hjernens udvikling hænger derfor sammen med hvilke hjerneområde der er mest udviklingsaktiv (Perry 2000). Hjernestammen har sine sensitive perioder hos fostret og spædbarnet. Dette skyldes de funktioner hjernestammen medierer, som for eksempel vejrtrækning, der er vigtige i denne udviklingsperiode (Perry 2000) (Se tabel 1). De sensitive perioder, herunder de nødvendige sanseerfaringer, hænger dermed også sammen med udviklingen af de vigtige funktioner på de forskellige alders trin (Se tabel 1). For eksempel er det første år meget vigtig for udviklingen af evnen til at danne relationer (Perry 2013), hvilket er medieret af det limbiske område (se tabel 1). Det kan derfor antages at være vigtigt, at barnet får relationserfaringer gennem den sensitive periode for udviklingen af tilknytning. Cortex er det område der har den længste udviklings-

periode (fra barndommen til voksenlivet) og dermed er sensitiv længst (Perry 2000; se tabel 1).

Tabel 1 Oversigt over hjerneområdernes funktion og periode for udvikling(Perry, 2000, p. 13).

Hjerneområde	Alder for størst udviklingsmæssige aktivitet	Alder for fuld udvikling	Nøgle funktioner
Cortex	Barndom	Voksen	Problemløsning og kognition
Limbisk	Tidlig barndom	Puberteten	Hukommelse, tilknytning og regulering af følelser
Mellemhjerne	Spædbarn	Barndom	Motoriske egenskaber
Hjernestammen	I livmoderen	Spædbarn	Regulering af fysiske tilstande

2.2.3. Brugsbetinget udvikling

Brugsbetinget udvikling er en del af hjernens sekventielle og hierarkiske udvikling med sensitive perioder.

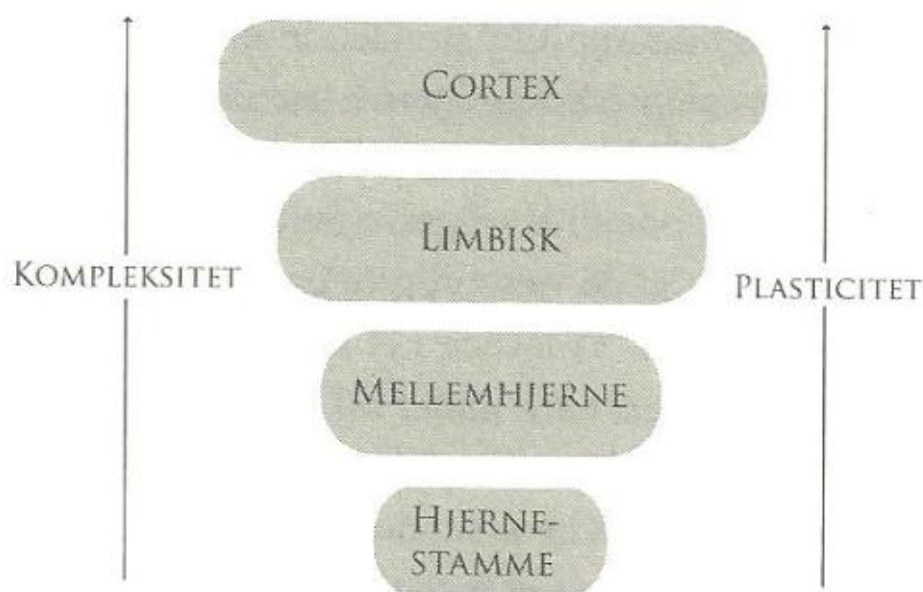
Brugsbetinget udvikling betyder at de forskellige hjerneområder har behov for specifikke erfaringer og stimuli for at påvirke dannelsen af neurale netværker der er med til at organisere hjerneområdet. Hvis neuronerne ikke bliver aktiveret, samler de sig ikke i disse neurale netværker. Derfor passer princippet "use it or lose it" på hjernens udvikling. De neurale netværker vil til gengæld blive "stærkere" jo mere de aktiveres (Perry 2011; Perry 2000; Perry 1999). De erfaringer og sanseinput barnet får i den tidlige barndom, danner dermed skabeloner af neurale netværker der danner baggrund for sansning, forarbejdning og internalisering af fremtidige erfaringer (Perry & Pollard 1998).

Grundet hjernens brugsbetinget udvikling, er børn refleksioner af den verden de er opvokset i (Perry 1999). Derfor afspejler børnenes færdigheder, kvaliteten af de erfaringer og stimuli de har modtaget. For eksempel kræver gode motoriske færdigheder at barnet har oplevet at blive vugget og haft mulighed for at kravle og gå. Ligesom gode sproglige, socio-emotionelle funktioner og tilknytning kræver vedvarende og omsorgsfulde relationer samt en række primære sanseerfaringer (Perry & Pollard 1998; Perry 2013; Perry 2013)

2.2.4. Hjernens plasticitet

Plasticitet er hjernens evne til at ændre sig og til at skabe nye neuroner i den modne hjerne efter en hjerneskade. Plasticiteten er differentieret inden for de fire hjerneområder (Perry 2000; Perry 2011). Årsagen til den differentieret plasticitet inden for de fire hjerneområder hænger sammen med de funktioner hvert område medierer. For eksempel er cortex mest plastisk og lettere at påvirke, idet området er under udvikling hele livet og består af komplekse funktioner. Derimod er hjernestammen og mellemhjernen mindst plastisk da disse to områder medierer regulerende funktioner og livsvigtige, som for eksempel vejrtrækning (Perry 2011). Graden af plasticitet er dermed relateret til hjerneområde og hvor komplekse funktionerne hjerneområdet medierer. Jo mere komplekst jo mere plastisk er området og funktionerne det medierer (Perry 2011; Perry 1999) (Se figur 2).

Som tidligere nævnt i afsnit 2.2.1. sker størstedelen af hjernens udviklingen gennem barndommen og det er dermed i barndommen at hjernen som helhed er mest plastisk. Dette skyldes, at jo mere organiseret, jo mindre sensitiv over for erfaringspåvirkninger er hjernen og dermed også mindre plastisk (Perry 2011; Perry 1999). Hjernen bibeholder dog sin plasticitet gennem livet og dermed muligheden for at omorganisere dysfunktionelle hjerneområder. Men det er svære at ændre et dårligt organiseret hjerneområde end at udvikle det. Som tidligere nævnt, især hvis funktionerne i det dysfunktionelle hjerneområde er mindre komplekst (Perry 2011) (Se figur 2).



Figur 2 Plasticitet og kompleksitet i den hierarkiske hjerne (Perry 2011 , p. 383)

2.3. Afvigende udvikling

I dette afsnit gennemgås det der, ifølge Perry, kan føre til en afvigende udvikling og hvad der er særligt forbundet med den afvigende udvikling. Det er valgt først at beskrive nogle generelle faktorer der kan påvirke udviklingen ud fra de udviklingsprincipper der er blevet beskrevet i de forrige afsnit. Derefter er der fokus på hvilken rolle overaktive alarmrespons- og stressresponsystemer spiller, samt hvilken betydning generne kan have. Herefter er omsorgssvigts betydning præsenteret. Det sidste afsnit er en kort præsentation af Perrys studie over hjernens udvikling ved omsorgssvigt.

2.3.1. Afbrydelse indenfor de generelle udviklingsprincipper

Forstyrrelser, sansedeprivation eller erfaringer der ikke er tilpasset de sensitive perioder, kan føre til abnormiteter og deficits i det udviklende hjerneområde. Nogle af disse abnormiteter eller deficits kan være uoprettelig og dermed kan skaderne være permanente (Perry et al. 1995; Perry 2000; Perry & Pollard 1997). Hvilke typer dysfunktioner disse afvigelser fører til afhænger af en række faktorer. For eksempel hvilke hjerneområde der er berørt, om afvigelsen skyldes omsorgssvigt, sansedeprivation eller om der har været gentagne afvigelser (Perry 2000). Som tidligere nævnt (Jf. afsnit 2.2.1) finder størstedelen af hjernens udvikling sted i barndommen. Afvigelser, traumer eller mishandling har derfor langt større effekt i denne udviklingsperiode. Dette skyldes også at skaderne i de regulerende hjerneområder (Jf. afsnit 2.2.1.) påvirker de resterende hjerneområder i hierarkiet (Perry 2000; Perry & Pollard 1997; Perry 2011).

Alt efter hvornår barnet oplever mangel på de nødvendige erfaringer og stimuli kan funktionerne kognitive, emotionelle, sociale eller fysiologiske blive påvirket (Perry 2002). Med andre ord kan abnormiteter og deficits i hjernen medfører en række problemer og forsinkelser i barnets udvikling, bl.a. inden for barnets sproglige, motoriske, kognitive og selvregulerings færdigheder. Abnormiteterne kan også komme til syne ved, at barnet har problemer med impulsivitet, tilknytning, fordøjelsesbesvær, opmærksomhed og hyperaktivitet (Perry 2002; Perry & Dobson 2013).

Hjernens udvikling kan også blive påvirket af alkohol- eller stofmisbrug under graviditeten samt kaos eller traumatisk stress. Under graviditeten kan infektioner og moderens misbrug påvirke barnets grundlæggende funktioner ligesom iltmangel un-

der fødslen. Skader af denne art kan føre til problemer med sanseintegration, dårlig sindstilstandsregulering (fx søvn), regulering af temperatur og vejrtrækningsproblemer (Perry & Dobson 2013; Perry 2000).

2.3.2. Genernes indflydelse

Som nævnt i afsnit 2.1. er individet et produkt af både dets gener og miljø idet generne bliver udtryk gennem erfaringerne fra miljøet.

Derfor kan traumer være med til at aktivere et barns genetiske sårbarheder, der kan føre til en række lidelser senere i livet (Perry & Pollard 1998). Idet et barns genetisk potentiale bliver udtryk gennem gentagne stimuli og erfaringer kan omsorgsvigtede børns genetiske potentiale forblive uudtrykt (Perry 2011; Perry 2002).

2.3.3. Alarmresponssystemet indflydelse

Sanseinput kommer først ind i hjernestammen og mellemhjerne, hvor de bliver matchede med tidligere mønstre af aktivitet. Hvis sanseinputtet er ukendt eller associeret med en tidligere trussel, bliver alarmresponssystemet aktiveret hvilket resulterer i en bølge af neural aktivering op gennem den hierarkiske hjerne. I denne forbindelse vil alarmresponssystemet udløse adrenalin, nordadrenalin, dopamin og serotonin, hvilke er med til at gøre kroppen klar til kamp eller flugt (Perry, 1999; Perry 2011) (Se afsnit 3.2.2.1).

Aktiveringen af alarmresponssystemet kan ske ved en simple pulsstigning, i forbindelse med motion, fordi forhøjet puls tidligere har været associeret med en trussel. Denne sindstilstand er gemt i hjernen og blevet generaliseret for at kunne indikere fremtidige trusler (Perry, 1999). Børn der er vokset op i et miljø præget af trusler, kan derfor have markante ændringer i deres alarmresponssystem, så selv de mindste stimuli kan opfanges som værende truende. Disse børn befinder sig dermed konstant i en alarmtilstand (Perry, 2011). I alarmtilstand vil barnets adfærd hovedsageligt være styret af de mindre komplekse hjerneområder, hvor barnet kan reagere med regression og dermed gå tilbage til en mindre moden funktions og adfærdsstil. Oftest kun for en tidsbegrænset periode men nok til at alarmtilstanden kan have en betydning for interventionen af barnet (Se afsnit 2.4) (Perry, 2011).

2.3.4. Stressresponsystemets indflydelse

Oplevelsen af frygt eller kaos kan føre til vedvarende og gentagne aktivering af stressresponsystemet i hjernen. Et velfungerende stressresponsystem udvikles ved, at barnet har forudsigende omsorgspersoner gennem barndommen. Hvis barnet fra spæd har haft forudsigende omsorgspersoner og en tryk base at udforske verden fra, kan det føre til udvikling af resiliens overfor fremtidig stress og traumer (Perry, 2011; Perry & Pollard, 1998). Symptomer på et dysfunktionelt stressresponsystem er bl.a. ekstrem årvågenhed, impulsivitet, angst, affektregulerings- og søvnproblemer (Perry, 2011). Stressresponsystemet udvikles tidligt i livet da det er lokaliseret i hjernestammen og mellemhjernen. Erfaringer i livmoderen og i den tidlige barndom spiller derfor en vigtig rolle i forhold til barnets udvikling af stressresponsystemet og sensitiviteten af dette system (Perry & Pollard, 1998). Ved udsættelse for traumatisk stress kan hjerneområderne blive sensibiliserede, overaktive eller dysfunktionelle, så der skabes en vedvarende frygttilstand hos individet. I værste fald kan frygttilstanden ende med at blive et karaktertræk hos individet (Perry, 2011).

2.3.5. Omsorgsvigts indflydelse på hjerneudviklingen

Det varierer hvilke problemer, der ses hos omsorgssvigtede børn. Hos nogle børn fremkommer der tydelige problemer, men ved andre børn kan det være svært at se problemerne og sammenhængen til det tidligere omsorgsvigt (Perry 2013). Risiciene for varige og omfattende skader efter traumer eller omsorgssvigt øges i takt med hvor ungt barnet er. For eksempel kan omsorgssvigt inden for det første år føre til tab af udviklingspotentiale og have konsekvenser for udviklingen resten af livet, også på trods af et miljøskift (Perry 2011).

Omsorgssvigtede børn har ofte oplevet kaos og uregelmæssigheder, hvilket kan være hæmmende for barnets udvikling. Understimuleringen, forbundet med omsorgssvigt, kan føre til at børnene har en langsommere udvikling, af deres centrale funktioner, i forhold til jævnaldrende, med en mere gunstig opvækst (Perry 2000; Perry 2011). De udviklingsforsinkelser man oftest ser hos omsorgssvigtede børn er bl.a. sær spiseadfærd, depression, tilknytningsforstyrrelse, voldelighed og upassende efterligning af adfærden hos voksne. Svært omsorgssvigtede, der har oplevet sansedeprivation i deres tidlige barndom, kan i værste tilfælde, miste deres evne til at skabe meningsfulde relationer (Perry 2013). Som konsekvens af omsorgssvigt eller traume

kan børn også udvikle ADHD. Nogle gange kan PTSD dog forveksles med ADHD fordi symptomerne hos børn ved disse to diagnoser er meget ens og kan gøre det svært at diagnosticere barnet. I nogle tilfælde kan begge diagnoser vær tilstede da det er normalt at se komorbide lidelser hos omsorgsvigtede børn (Perry 1994; og Perry & Pollard 1998). Børn har behov for en primær omsorgsperson, der giver dem omsorg, tryghed, varme og kærlighed og uden en primær omsorgsperson kan barnet udvikle desorganiseret tilknytning (Perry 2011). Usikker tilknytning eller manglende tilknytning til en primær omsorgsperson kan senere føre til emotionelle- og adfærdsproblemer hos barnet. Yderligere er det veldokumenteret at tilknytningsforstyrrelser kan føre til øget risiko for voldelig og aggressiv adfærd hos barnet (Perry 2002). Dette kan tænkes at hænge sammen med det Perry (1999) beskriver som værende kognitive vanskeligheder, der kan føre til mere primitiv og mindre moden problemløsning, der ofte involvere aggression. De kognitive vanskeligheder kan opstå som en følge af omsorgsvigt eller traumer (Perry 1999).

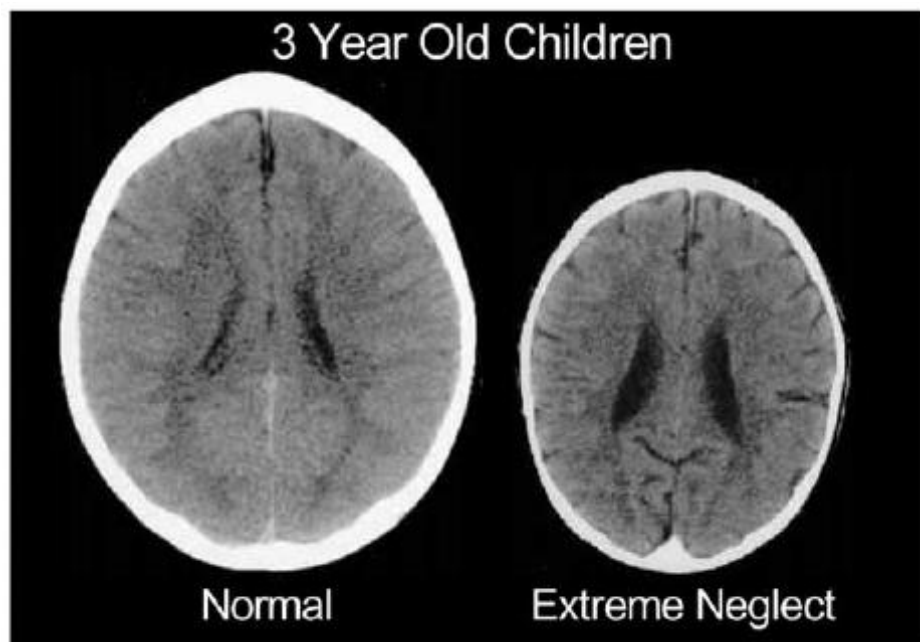
2.3.6. Perrys studie af hjernens udvikling hos omsorgssvagede børn

Perry har undersøgt betydningen af omsorgsvigt med sansedeprivation, på hjernens udvikling. Hans sample bestod af 122 børn, der blev fjernet da de var mellem otte måneder og fire år og otte måneder. Børnene blev herefter anbragt hos plejefamilier, hvor deres tilstand blev vurderet et år efter (Perry 2011; Perry 2002) (Se figur 3) Børnene blev inddelt i fire grupper. 1. globalomsorgssvagede (n=40) der bestod af de børn der har manglet stimuli på flere områder som for eksempel fysisk kontakt, social interaktion og sproglig kommunikation. 2. Globalomsorgssvagede påvirket i den prænatale periode af moderens misbrug (n=18). 3. Kaotiskomsorgssvagede (n=36) hvilket anses for at være den mere almindelig type omsorgsvigt der ofte har en sammenhæng med fysisk, emotionel, social eller kognitiv forsømmelse. 4. Kaotiskomsorgssvagede påvirket i den prænatal periode af moderens misbrug (n =28) (Perry 2002; Perry 2011). De fire gruppers hovedstørrelse, der bliver anvendt som en grov indikator for hjernens størrelse, blev sammenlignet med standard normerne for udviklingen heraf (Perry 2002). Resultaterne viste markante forskelle i hjernens størrelse inden for de fire grupper sammenlignet med normen. Især blev det fundet, at de globalomsorgssvagede hovedstørrelse, tydede på en unormal hjernevækst, idet deres

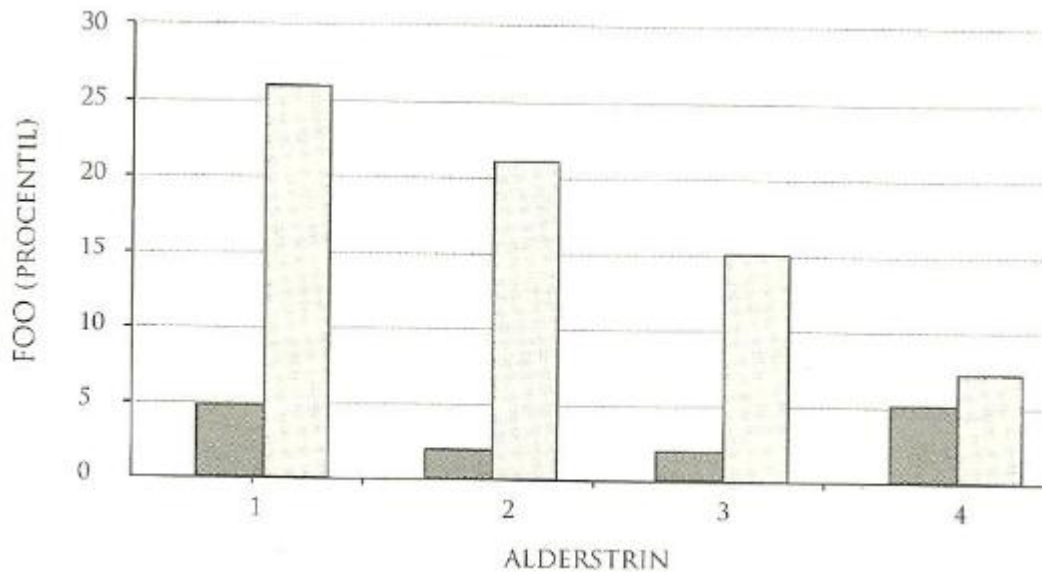
hovedstørrelse var markant mindre end normen. Det samme resultat blev ikke fundet ved kaotiskomsorgssvigtede børn (Perry 2002) (Se billede 1).

Perry (2002; 2011) fulgte de globalomsorgssvigtedes hjernestørrelse over en periode. Resultaterne viste at barnets alder ved fjernelsen fra det ugunstige miljø korrelerede med forbedringerne af hjernens størrelse. Jo tidligere i livet og dermed jo mindre tid i det ugunstige miljø, jo mere robust og markant var bedringen af hjernens størrelse (Perry 2002). Figur 3 viser fordelingen af de globalomsorgssvigtede fra et til fire år, hvor det tydeligt fremgår at dem i gruppe fire forbedrede deres hovedstørrelse markant mindre end gruppe 1. Dette er afbilledet med de grå søjler, der viser at hovedstørrelsen er forbedret meget, et år efter, i forhold til den sorte søjle der viser hovedstørrelsens udgangspunkt ved fjernelsen fra det ugunstige miljø (Perry 2011).

Resultaterne viste yderligere at børnene ved alderstrin fire alle havde brug for specialtilbud da de nåede skolealderen. Kun 27% ved alderstrin et havde behov for samme tilbud (Perry 2011). Perry & Pollard (1997) gør dog opmærksom på, at omsorgssvigtede børns hovedstørrelser kan være inden for normalen men hvor hjernen stadig kan være desorganiseret (Perry & Pollard 1997). Derfor kan hovedstørrelsen alene måske ikke indikerer om hjernen er normal udviklet.



Billede 1 viser forskellen på en treårig med almindelig udvikling og til højre en treårig der har været udsat for svær sansedeprivations omsorgssvigt (Perry, 2002, p. 93)



Figur 3 Viser øgningen af hjernens størrelse i forhold til alderstrin ved fjernelse fra det ugunstige miljø. Sort søjle indikerer hjernens størrelse på tidspunktet for fjernelsen mens grå søjle indikerer forbedringerne et år senere (Perry 2011, p. 381)

Som tidligere nævnt i dette afsnit, er et miljøskifte ikke altid nok til at genoprette de skader, et barn kan have pådraget sig i forbindelse med omsorgsvigt, traume eller mishandling. Det næste afsnit vil derfor kort gennemgå de interventionsmuligheder Perry ser som mulige ved afvigende udvikling.

2.4. Intervention

Ifølge Perry(2011) er det ikke en løsning kun at anvende medicinsk behandling. Medicinen kan nemlig ikke tilvejebringe de specifikke mønstre af neural aktivitet der er nødvendig i organiseringen af hjernen. Medicinen kan derfor heller ikke gå ind og omorganisere dårligt organiseret hjerneområder (Perry 2011). Der er i stedet behov for at ændre hjernen gennem terapeutisk indsats.

Ifølge Perry (2011) medierer hjernen alle individets funktioner og det er derfor at man i terapien forsøger at ændre individet ved at ændre individets hjerne. Den bedst terapeutisk indsats er den der afspejler hjernens hierarkiske udvikling (Perry 2011) (Jf. afsnit 2.2.1.). Det er vigtigt at have en indsigt i hjernens udvikling da det øger forståelsen for hvordan afvigende udvikling kan føre til deficits og funktionsforstyrrelser og i den forbindelse hvad valget af en specifik terapeutisk indsats kan bidrage med (Perry 2011). For eksempel kan et barnet, i øget alarmtilstand, være præget af andre bearbejdningsprocesser da barnets adfærd er styret af hjernestammen. Dette

kan derfor vanskeliggøre den terapeutiske indsats og især hvis interventionen er målrettet cortex der medierer langt mere komplekse funktioner (Perry 2011) (Jf. afsnit 2.2.1). Som tidligere nævnt (Jf. afsnit 2.2.1.) vil dårlig organisering af hjernestammen og mellemhjernen påvirke de resterende hjerneområder. Dette er vigtigt at huske i terapien da erstatningserfaringerne skal tilpasses det hjerneområde der medierer barnets deficits eller funktionsforstyrrelser (Perry 2011).

Ændringer i hjernestammen kan forekomme gennem dans, rytmisk musik, massage og strukturerede gentagne sanseindtryk. De nye erfaringer er med til at ændre de allerede eksisterende associationer, der kan være opstået gennem omsorgssvigt eller traumer (Perry 2011) (Se tabel 2 der viser de terapeutiske og stimulerende aktiviteter). Det er vigtigt i at de terapeutiske erstatningserfaringer ikke er upassende i forhold til barnets reelle alder. Jo større skel der er mellem barnets reelle alder og den alder funktionen svarer til, jo vanskeligere kan det være at tilpasse erstatningserfaringerne (Perry 2011).

Alder med mest aktiv udvikling	"Sensitiv" hjerneområde	Kritiske funktioner, der organiseres	Primært udviklingsmål	Optimerende oplevelser (eksempler)	Terapeutiske og stimulerende aktiviteter (eksempler)
0-9 mdr.	Hjernestammen	<ul style="list-style-type: none"> • Regulering af arousal, søvn og frygttilstande 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilstandsregulering • Primær tilknytning • Fleksible stressrespons • Resiliens 	<ul style="list-style-type: none"> • Rytmiske og <i>strukturerede</i> sanseindtryk (auditive, taktile, motoriske) • Afstemt, responsiv omsorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Massage • Rytmie (fx trommen) • Reiki-berøring • EMDR
6 mdr.-2 år	Mellemhjernen	<ul style="list-style-type: none"> • Integration af sanseindtryk • Finmotorisk kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanseintegration • Motorisk kontrol • Relational fleksibilitet • Afstemning 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere kompleks rytmisk bevægelse • Simple narrativer • Følelsesmæssig og fysisk varme 	<ul style="list-style-type: none"> • Musik og bevægelse • Reiki-berøring • Terapeutisk massage • Oplevelser med heste eller hunde
1-4 år	Limbisk	<ul style="list-style-type: none"> • Følelsesstilstande • Socialt sprog; fortolkning af nonverbal information 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionel regulering • Empati • Tilhørsforhold • Tolerance 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleks bevægelse • Narrativer • Sociale oplevelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Leg og legeterapi • Kreative kunst- og terapiformer • Parallel-leg
3-6 år	Cortex	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrakte kognitive funktioner • Socio-emotionel integration 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrakt tænkning • Kreativitet • Respekt • Moralsk og åndeligt fundament 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleks samtale • Sociale interaktioner • Udforskende leg • At være alene, mæthed, tryghed 	<ul style="list-style-type: none"> • Historiefortælling • Drama/teater • Oplevelser med scenekunst • Formel undervisning • Traditionelle former for indsigtsorienteret terapi eller kognitiv adfærdsterapi

Tabel 2 er en oversigt over hjerneudviklingen og mulige optimerende oplevelser inden for hvert område (Perry, 2011, p. 380).

Det kan godt lade sig gøre at forbedre de dårlig organiseret hjerneområder og dermed de funktioner de medierer. Interventionen er mest effektiv hvis den består af belønning, individet er motiveret og har en mestringsfølelse gennem aktiviteten. Så hvis interventionen indeholder disse elementer og ellers er tilpasset barnets specifikke udviklingstrin kan desorganisering og abnormiteter i hjernen godt forbedres (Perry

2011). Ifølge Perry et al. (1995) er det i nogle tilfælde dog vanskeligt at udbedre skaderne, især hos børn der har været udsat for emotionelt omsorgssvigtet eller været på børnehjem. Disse to grupper er nemlig ekstremt upåvirkelig overfor erstatningserfaringer senere i livet, også dem der opstår gennem terapien (Perry et al. 1995).

Ifølge Perry (2011) skal der rigtig mange gentagelser til for at ændre de allerede organiseret hjerneområder. Dette kan besværliggøre interventionen da terapeuten eller adoptivforældrene kan ende med at give op. Det kan for eksempel ske ved svært omsorgssvigtede børn, der har svært skadet relationsfunktioner og derfor har svært ved at skabe, engagere sig i og vedholde relationer. I disse situationer kan det være en fordel at starte interventionen gennem dyr. Anvendelsen af dyr, som for eksempel en hund, kan skabe de gentagne positive oplevelser der skal til, for at ændre desorganiseringen af hjernen (Perry 2011).

2.5. Opsummering af fundne faktorer ud fra Perrys teori

Igennem dette kapitel er Perrys teori om hjernens udvikling blevet præsenteret samt hvad der kan føre til en afvigende udvikling. Igennem dette arbejde er der blevet vendt en del principper eller faktorer der har en betydning for en sund hjerne udvikling. Disse faktorer er kort opsummeret her,

Faktorer der ud fra Perrys syn kan antages at være væsentlige i hjernens udvikling er følgende: *arv/miljø, sekventiel/hierarkisk udvikling samt de fire sammenhængende men forskellige hjerneområder, sensitive perioder, nødvendige erfaringer og stimuli brugsbetinget udvikling, "use it or lose it", de første tre år, plasticitet og barndommen.* Hvis disse faktorer ikke er tilstede eller opfyldt på den bedst tænkelige måde kan det føre til afvigende udvikling med deficits og abnormiteter i hjernen der i værste fald kan vare livet igennem (Jf. afsnit 2.3.). Især *afbrydelser* af hjernens udvikling, manglen på *erfaringer* på de *rigtige tidspunkter i udviklingen*, *omsorgssvigt* eller *traumer* samt *varigheden heraf* har en betydning for om udviklingen bliver afvigende.

2.6. Kritisk diskussion af Perrys teori

Perrys teori kan kritiseres for ikke at præcisere hvornår det er muligt at genoprette deficits og abnormiteter hos bl.a. omsorgssvigtede børn. Det fremgår nemlig ikke tydeligt, hvornår det er muligt og hvad der afgør hvornår det er muligt. Perrys princip med at jo mere kompleks hjerneområdet er jo mere plastisk er området, er med til at indikerer at skader der sker i de mindre komplekse områder, hjernestammen og mellemhjernen, er svære at rette op på. Dette princip sammen med princippet om den sekventielle og hierarkiske udviklende hjerne, tyder på, at Perry har et meget stramt syn på hjernens udvikling. Yderligere kan der stilles spørgsmålstejn ved, om individers hjerne udvikler sig så ens og så hierarkisk som Perry fremstiller det i hans teori. Udviklingen kan tænkes at være en meget mere dynamisk proces mellem de forskellige hjerneområder som kan påvirke hinanden frem og tilbage, måske stadig inden for hierarkiet. For eksempel kan man forestille sig, at i stedet for den meget "nede fra og op styring", Perry fremstiller, at der også kunne være "styring oppe fra og ned". Et eksempel herpå kunne være et individ der får tanken om at gå i sort til eksamen kan få pulsen til at øges hos individet. Her opstår tanken i cortex og dermed i et af de øvre systemer, for derefter at påvirke hjernestammen, der står for pulsen og er det nederste system.

Perrys teori er dog stadig fundet anvendelig i besvarelsen af specialets problemformulering (Jf. kapitel 1) og til belysning af faktorer ved forskningen inden for internationale adoptioner og resiliens.

Kapitel 3. Internationale adoptioner

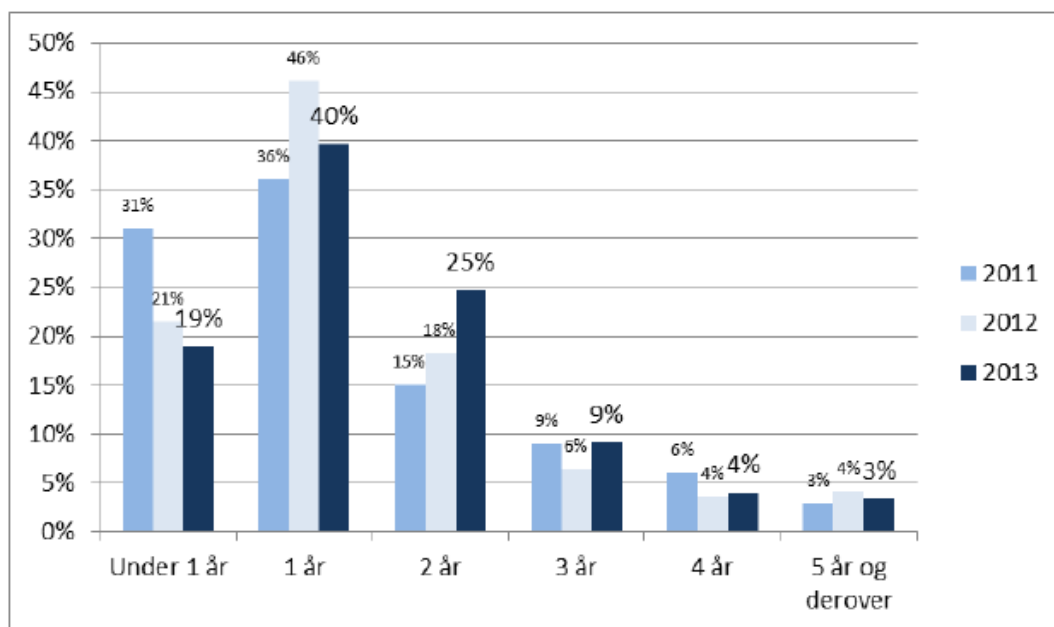
Dette afsnit består først af en præsentation af emnet *international adoption*. Derefter en kort præsentation af to cases med internationalt adopterede og af forløbsstudiet *det Engelsk Rumænske Adoptionsstudie (ERA)*. Efter præsentationen af hver case og ERA studiet, er Perrys teori sammenholdt og diskuteret for at belyse faktorer der kan have ført til de resultater ERA studiet og de vanskeligheder de to cases fremhæver. Perrys teori er derfor med til at fremhæve de faktorer der kan have en betydning i internationalt adopteredes børns udvikling. Til sidst forholdes der kritisk til de to cases og ERA studiet.

3.1. Information om internationale adoptioner

Der er forskellige typer af adoptioner men grundet dette specialets målgruppe er *internationalt adopterede*, beskriver dette afsnit derfor kun internationale adoptioner. Se "Vejledning om adoption 2012" for information om de resterende typer.

International adoption er, når et barn bliver adopteret fra sit hjemland til det land adoptivforældrene stammer fra. Denne proces sker for det meste gennem et adoptionsbureau (Vejledning om adoption, 2012). I år 2013 var der 14.100 internationale adoptioner på verdensplan (<http://www.hcch.net/upload/adostats2014selman.pdf>).

Selve adoptionsprocessen er en langsommelig proces. I år 2013, tog det gennemsnitlig 2 år og 11 måneder fra at danske adoptivforældrene blev godkendt til de modtog deres adoptivbarn (*Udvikling i alder og ventetider 2011-2013*, Adoptionsnævnet). Adoptivbørn adopteret til Danmark i år 2013 havde en gennemsnitlig alder på 2 år ved ankomsten og 16 % af de adopterede børn var ≥ 3 år (*Alder og ventetider 2011-2013*, Adoptionsnævnet) (Se figur 4). I år 2014 adopterede de to adoptionsbureauer i Danmark henholdsvis 41 (www.danadopt.dk) og 83 (www.a-c.dk) børn til Danmark. Hos DanAdopt var flest mellem 2-3 år (37 %) og 11 % var over 3 år (www.danadopt.dk). A-C Børnehjælp havde flest børn mellem 1-2 år (39 %) og 20% var mellem 2-3 år og 28% over 3 år (www.a-c.dk).



Figur 4 Adoptivbørnenes alder ved ankomst til adoptivfamilien (*Udvikling i alder og ventetider 2011-2013*, Adoptionsnævnet, p. 8)

For at kunne få lov til at adoptere, skal de kommende adoptivforældre igennem en længere godkendelsesproces. Som nævnt ovenfor er denne proces en langsommelig affære, idet den er meget omfattende. Processen er derfor ikke yderligere beskrevet i denne afhandling. Der henvises i stedet til adoptionsnævnets hjemmeside (<http://www.adoptionsnaevnet.dk>). Der skelnes mellem en almen godkendelse og en udvidet (*Vejledning om adoption*, 2012). 90% af alle godkendelser i år 2011 lå inden for den almen godkendelse (*Årsberetning 2011*, 2012). Den udvidede godkendelse omfatter, ifølge *vejledningen om adoption* (2012), børn der er ældre end 36 måneder og/eller børn med fysiske eller psykiske forhold som er særlig krævende (*Vejledning om adoption* 2012). I år 2011 var der 26 børn der blev adopteret efter de 36 mdr. og dermed krævede en udvidet godkendelse. Hos 59% af de børn uden for den almen godkendelse var årsagen fysiske forhold hos barnet og 23% pga. at de var ældre end de 36 mdr. (*Årsberetning 2011*, 2012 p. 18, 19, 51). Som tidligere nævnt i dette afsnit, er der en del der er blevet adopteret efter de tre år hos de to adoptionsbureauer. Ud af de 124 adopterede var 19,4 % altså over 3 år på adoptionstidspunktet i år 2014 (www.a-c.dk; www.danadopt.dk). Denne gruppe kan antages at være det som Cohen (2002) kalder *børn med specielle behov*. Det vil sige børn der er adopteret i en sen alder, har søskende, sygdomme, fysiske eller udviklingshandicaps eller mentale problemer (Cohen, 2002) hvilket stemmer overens med de forhold, der kræver en udvidet godkendelse.

Alderen på adoptionstidspunktet er relevant i forhold til Perrys syn på hjernes udvikling, hvor alderen og herunder hvilken del af hjernen der er i udvikling, er fundet vigtig i forhold til barnets udvikling (Jf. afsnit 2.2; afsnit 2.3).

I perioden 2003-2010 blev der i perioden adopteret flest børn fra Kina idet 75.149 adopterede kom herfra. På anden pladsen, over lande der bortadopterede flest børn, er Rusland med 47.856 børn (Selman, 2012). Siden kollapset af Sovjet Unionen er der blevet adopteret børn fra Rusland og Rumænien (Dalen, 2005). Børnene i casene og forløbsstudiet stammer også henholdsvis fra Rumænien og Rusland. Inden casene og forløbsstudiet beskrives, er det valgt at beskrive et generelt billede af institutionsforholdene med udgangspunkt i Rumænien og Rusland. Dette er valgt fordi 85% af alle internationalt adopterede børn, ifølge Gunnar og Kertes (2005) har været på institution før adoptionen (Gunnar and Kertes, 2005). Yderligere kan beskrivelsen af institutionsforholdene også være relevant i forhold til Perrys teori om bl.a. de

sensitive perioder (Jf. afsnit 2.2.2), idet børnene fra forløbsstudiet og casene har tilbragt størstedelen af deres tidlige barndom på institution.

3.1.1. Institutionsforholdene

Institution, skal i denne afhandling, hovedsageligt forstås som værende et ophold eller det at bo på en institution, et hospital eller et børnehjem men *ikke* familiepleje da relationen og antal til omsorgspersoner forventes anderledes i den familie konstellation.

I forbindelse med institutionsophold kan der ifølge Jakobsen (2012) være risiko for, at børnene oplever *institutionel deprivation*, hvilket betyder at børnene lider af savn eller har mangel på stimulus (Jakobsen, 2012). Ifølge Juffer et al. (2011) kan der være stor forskel på kvaliteten af institutionspasningen fra land til land, men også fra institution til institution. For eksempel er der belæg for at institutionerne i Rumænien og Rusland er præget af høj grad af deprivation. Et land hvor institutionsforholdene er bedre og hvor det tyder på at børnene klarer sig bedre er Korea (Juffer et al. 2011).

Institutioner er generelt kendetegnet ved at børnene har skiftende omsorgspersoner og lav interaktionsgrad med disse. Dette skyldes at personalet ofte har lange vagter og derefter flere fridage i træk. Yderligere er det på nogle institutioner ikke kutyme at barnet, eller den gruppe barnet tilhører, får tilknyttet en fast omsorgsperson. Det er fundet, at inden for barnets første 19 måneder har barnet gennemsnitligt haft 60-100 omsorgspersoner (Merz & McCall 2010; Ijzendoorn et al. 2011). Oftest er normeringen på institutionerne 8-31 børn pr. ansat. Plejen af børnene er derfor ofte rutinepræget hvor de livsvigtige opgaver blev prioriteret højere end de udviklingsmæssige behov hos barnet. De ansatte består ofte af kvinder uden større viden eller uddannelse om børns udviklingsbehov som for eksempel vigtigheden af den sociale interaktion. Derfor ses der ofte manglende kontakt mellem barnet, omsorgspersonerne og jævnaldrende (Ijzendoorn et al. 2011; Johnson 2000).

Konsekvensen af normeringen og den rutinemæssige pleje er at spædbørn tit bruger meget tid i deres tremmesenge. Yderligere er der sjældent meget legetøj eller tid til at møde individuelle behov hos børnene. Dagligdagsaktiviteter som for eksempel toiletbesøg er derfor ofte strengt disciplineret (Johnson 2000) (se billede 2-3).



Billede 2 (Johnson, 2000 p. 121)



Billede 3 (Johnson, 2000, p. 123)



Billede 4 (Johnson, 2000, p. 124)



Billede 5 (Johnson, 2000, p. 133)

I et studie af Tirella et al. (2008) blev det undersøgt hvor meget tid 138 institutionsbørn fra Rumænien brugte sammen med omsorgspersonerne på institutionerne. Børnene der var mellem en måned og fire år gammel blev tilfældig udvalgte og blev observeret 31 gange pr. barn (hver 10. min i 5 timer). Resultaterne viste at børnene var alene 50% af tiden, 27 % sammen med en omsorgsperson, 15 % med en anden voksen og 7% med andre børn. Undersøgelsen viste også, at spædbørn samt småbørn var mest overladt til sig selv (Tirella et al. 2008).

Siden de første internationale adoptioner er flere af institutionernes forhold forbedret til et rimelig niveau af pleje, men stadig med mangler. Der er især mangel på stabile og omsorgsfulde omsorgspersoner og i nogle tilfælde også stimulering/aktivering. Der eksisterer altså gode institutioner hvor der er stor forskel på de før beskrevet forhold. De gode institutioner vægter i stedet musik, bevægelse, uden-dørsaktiviteter, sanseraktiviteter og et større voksen-barn interaktion højt. Børnenes individuelle behov bliver på de bedre institutioner også forsøgt imødekommet (Juffer et al. 2011; Johnson 2000) (Jf. billede 5).

3.2. Casene

De to cases er taget fra andres studier, grundet behovet for så mange oplysninger som muligt (Jf. afsnit 1.4). Udvalgelsen samt fordele og ulemper ved casene er nærmere gennemgået i afsnit 1.4 og 3.5. Den første case der gennemgås, og belyses med Per-rys teori, er casen Jill fra Kim Chrisholms (2000) studie af tilknytning hos børn adopteret fra rumænske børnehjem til Canada.

3.2.1. Casen om Jill

Jill blev adopteret da hun var tre år og tre måneder gammel af en enlig mor (Pat). Jill blev adopteret fra et børnehjem, hvor hun havde været siden fødslen. Forholdene på børnehjemmet var dårligere end normalt. De ansatte på børnehjemmet skulle varetage omkring 20 børn hver. Jill tilbragte meget tid i sin tremmeseng og havde ikke adgang til legetøj (Chrisholm 2000). Jills adoptivmor, Pat, observerede at omsorgspersonerne på børnehjemmet tydeligt havde favoritbørn og at Jill ikke var blandt disse men heller ikke var nederst i hierarkiet. Pat fortalte også at Jill altid var sulten og tørstig og aldrig havde været uden for børnehjemmet (Chrisholm 2000).

På adoptionstidspunktet var Jill, ifølge Chrisholm (2000), forsinket på alle udviklingsområder både sprogligt, personligt, socialt og indenfor de motoriske færdigheder. For eksempel var Jills motoriske færdigheder tilsvarende et barn på 18-21 måneder. Jills fysiske tilstand var også underudviklet. Hun var lille af højde og havde en lav vægt samt et lille hoved (Chrisholm 2000). Jill udviste atypisk adfærd der ifølge Chrisholm (2000) direkte skyldes den institutions deprivationen hun havde været udsat for (Jf. 3.1.1.). Jills atypiske adfærd viste sig ved, at hun var stille, sur, suttede på tommeltot og havde konstant rokkende adfærd. Derudover var Jill meget bange for bl.a. høje lyde, mænd og dyr, især hunde. Jills adfærd overfor andre børn bar ofte præg af frustration samt raserianfald og Jill havde svært ved at dele legetøjet med de andre børn (Chrisholm 2000).

Et år efter adoptionen, da Jill var fire år og tre måneder, viste Jill langsom fremgang i sin udvikling men udviste stadig forsinkelser, især indenfor det sproglige (Chrisholm, 2000). Jill havde til gengæld forbedret sine sociale egenskaber. Hun var nu mindre frustreret og havde færre raserianfald overfor jævnaldrende. Når Jill blev nervøs eller usikker udviste hun stadig rokkende adfærd og suttede på tommeltot (Chrisholm 2000). Et år efter adoptionen blev der observeret at Jill havde opmærk-

somhedsproblemer og uselektiv tilknytning. Jills uselektive tilknytning fremkom idet hun bl.a. ukritisk opsøgte kontakt med fremmede. Kontakten kunne for eksempel være at gå hen til en fremmed og holde vedkommende i hånden (Chrisholm, 2000). Uselektiv tilknytning hedder i WHO ICD-10 (2012) *F94.2 Uselektiv, uhæmmet tilknytnings- eller kontaktform*. Uhæmmet tilknytning er defineret som værende afvigende social funktionsmønstre der opstår inden for barnets første fem år og er tilbøjelig til at fortsætte på trods af miljøændringer. Kendetegnene ved børn med uhæmmet tilknytning er yderligere en uselektiv kontaktform, ukritisk venskabelighed, opmærksomhedssøgende adfærd, manglende situationstilpasning og i nogle tilfælde også emotionelle eller adfærdsmæssige forstyrrelser (WHO ICD-10).

Mere end tre år efter adoptionen, da Jill var syv et halvt år, havde Jill stadig opmærksomhedsproblemer, var blevet diagnosticeret med ADHD og udviste stadig upassende kontakt med fremmed. Til gengæld var Jills motoriske færdigheder markant forbedret gennem svømning, udendørs leg og klavertimer. Jills rokkende adfærd var stoppet, men hun var stadig ængstelig, især overfor høje lyde. Jill suttede stadig på tommelfinger og brugte en bamse som sikkerhedsobjekt når hun blev usikker eller nervøs (Chrisholm, 2000). Jills adoptivmoder havde observeret at Jill havde svært ved at håndtere traumatiske situationer og hver gang Jill var oprørt havde hun brug for gentagne gange at snakke om det. Yderligere havde adoptivmoderen observeret at Jill havde svært ved at opfange sociale cues og havde brug for at blive lært i sociale færdigheder og passende social adfærd (Chrisholm 2000).

3.2.1.1. Casen Jill sammenholdt med Perrys teori

Det kan antages, at Jill hører under adoptioner der kræver en *udvidet godkendelse* (Jf. afsnit 3.1.) idet hun var over tre år på adoptionstidspunktet. Dermed kan Jill anses for at være et barn med specielle behov (Jf. afsnit 3.1). I forhold til institutionsforholdene Jill opvoksede i, minder meget om beskrivelserne af de mindre gode institutionsforhold (Jf. afsnit 3.1.1.). På baggrund af disse oplysninger kan det allerede forventes at Jill vil have en besværet udvikling.

Det kan tyde på at Jill har været udsat for det Perrys definerer som global omsorgssvigt (Jf. afsnit 2.3.6) fordi Jill kan have været udsat for omfattende sansedeprivation, grundet forholdene på institutionen er beskrevet som værende ringere end normalen. Jill kan derfor have været udsat for understimulering og manglende erfa-

ringer i sine første tre år og tre måneder, hvilket kan have haft en betydning på udviklingen af Jills hjerne, ud fra Perrys teori (Jf. afsnit 2.2.). På baggrund af Perrys teori om den sekventielle og hierarkiske hjernes udvikling kan udviklingen af Jills hjerneområder: Hjernestamme, mellemhjerne og limbiske system, være blevet påvirket af de manglende stimuli og nødvendige erfaringer (Jf. afsnit 2.2; 2.3). Hvilket kan have medført, at Jills hjerne, ikke har opnået en optimale udvikling men i stedet er blevet desorganiseret.

De tre hjerneområder, der kan være blevet påvirket under Jills opvækst på institutionen, medierer nogle af de funktioner. Jill har vanskeligheder med, for eksempel regulering af arousal, motorisk- og sproglig udvikling, sociale færdigheder, opsamling af cues og emotionel regulering (Jf. afsnit 2.4.; tabel 2). Det at Jill har haft manglende sanseerfaringer, grundet manglen på bl.a. legetøj og én primær omsorgsperson, kan have haft indflydelse på store dele af hendes udviklende hjerne og kan ifølge Perry have ført til udviklingen af deficits eller abnormiteter grundet princippet "*use it or lose it*" (Jf. afsnit 2.2.3). I casen kan dette for eksempel ses i forbindelse med at Jill har svært ved at opsamle sociale cues, motoriske vanskeligheder eller ved hendes ængstelig adfærd. Ud fra Perrys teori kan Jills manglende motoriske færdigheder skyldes, at hun ikke har fået de nødvendige stimulerfaringer i form af, at blive vugget eller mulighed for at kravle rundt. Jills mangel på sproglige og socio-emotionelle færdigheder kan ud fra Perrys teori skyldes fraværet af en vedvarende og omsorgsfuld relation (Jf. afsnit 2.2).

Jills manglende hovedvækst stemmer overens med fundene i Perrys studie, der viste at globalomsorgsvigtede børn ofte har et markant mindre hoved hvilket er en grov indikator for en underudviklet hjerne (Jf. afsnit 2.3.6. og billede 1). Jills angst, beroligende- og voldelig adfærd kan, ud fra Perrys teori, være normalt hos omsorgsvigtede børn. Yderligere kan Jills sutten på tommeltot og rokkende adfærd, ud fra Perrys teori, være tegn på at hun har er i øget alarmtilstand og derfor reagerer med regression til tidligere umoden adfærdsstil hvor adfærden er styret af hjernestammen (Jf. afsnit 2.3.3.). Jill er også beskrevet som værende bange og usikker, hvilket kan tyde på at hun i sin opvækst har oplevet frygt og kaos, der kan have aktiveret hendes stressresponsystem, der kan være blevet oversensitivt. Hvis Jill har været udsat for traumatisk stress, kan det også føre til at frygttilstanden er blevet et karaktertræk hos hende (Jf. afsnit 2.3.4). De ting Jill er bange for, som for eksempel dyr, mænd og

høje lyde kan også tænkes at skyldes, at hun ikke har fået kendskab til disse ting under sin opvækst. For eksempel blev det i afsnit 3.1.1. nævnt at det hovedsageligt er kvinder der er ansat på institutionerne og derfor har Jill måske aldrig set en mand før hendes adoption. I Perrys teori bliver det beskrevet, at erfaringer og sanseinput i den tidlige barndom bearbejdes i hjernestammen og mellemhjernen hvor de skaber neurale netværker og dermed gemmes for at matche fremtidige erfaringer med (Jf. afsnit 2.2.3; 2.3.3.). Det kan derfor tænkes at Jills manglende erfaring/kendskab til mænd eller dyr derfor kan aktivere hendes alarmresponsystem. Hvis Jill er i øget alarmtilstand kan denne tilstand også, ifølge Perry, have en stor betydning for hvordan interventionen skal gribes an (Jf. afsnit 2.3.3; 2.4). I forbindelse med intervention, anbefaler Perry at man anvender dyr som led i terapien med svært omsorgssvigtede børn, der ikke har velfungerende relationsfunktion (Jf. afsnit 2.4). I forhold til Jill vil det muligvis ikke være den optimale løsning, idet hun er angst for dyr og især hunde. Jills angst for dyr kan skyldes, at hun ikke har haft kontakt med dyr under sin opvækst. Det kan dermed formodes at andre adopterede børn, med en lignende institutionsopvækst som Jill, også kan være angste overfor dyr.

Jill udviklede usektiv tilknytning og ifølge Perry (jf. afsnit 2.3.5) er fremkomsten af tilknytningsforstyrrelser normalt hos omsorgssvigtede børn. Udviklingen af en usektiv tilknytningsforstyrrelse hos Jill kan være opstået, hvis hun har oplevet svært omsorgssvigt og sansedeprivation i forbindelse med institutionsopvæksten og dermed mistet evnen til at skabe meningsfulde relationer (Jf. afsnit 2.3.5). Ud fra Perrys teori kan manglende tilknytning til en primær omsorgsperson føre til voldelig adfærd, emotionelle vanskeligheder og kognitive vanskeligheder, hvilket også kan føre til mindre primitiv problemløsningsadfærd (Jf. afsnit 2.3.5). Jill udviste også frustration og voldelig adfærd overfor for jævnaldrende.

Jill udviste en langsom fremgang inden for sine sproglige- og sociale færdigheder, sin angstelig- og primitiv beroligende adfærd. Den langsomme fremgang kan, ud fra Perrys teori, muligvis være forårsaget af, at størstedelen af Jills hjerne kan have været udviklet og organiseret, og dermed mindre plastisk, grundet hun var over tre år på adoptionstidspunktet (Jf. afsnit 2.2.4; figur 2). Resultaterne fra Perrys studie med at jo længere tid børn har været udsat for omsorgssvigt jo mindre og langsommere vil de komme sig (Jf. afsnit 2.3.6: figur 3) tyde på også at gælde i Jills tilfælde. Jill havde dog forbedringer inden for bl.a. sine motoriske færdigheder og Jill kan dermed

være et eksempel på at det godt kan lade sig gøre at indhente udviklingen og nogle af funktioner der er medieret af hjernestammen og mellemhjernen. I Jills tilfælde gennem specifikke tiltag som for eksempel svømning og klavertimer. At Jill har kunnet forbedre sine motoriske færdigheder markant i forhold til hendes andre færdigheder kan Perrys teori muligvis forklare med at hun har fået de nødvendige og gentagne erfaringer der har været tilpasset i kompleksitet i forhold til hvad hjernestammen og mellemhjernen har behov for (Jf. afsnit 2.4 og tabel 2). Hjernestammen og mellemhjernen kan derfor være blevet reorganiseret og mere velfungerende, hvilket kan have haft en positiv effekt på funktionerne, der er medieret af de øvrige hjerneområder (Jf. afsnit 2.2.1.; 2.4). Et eksempel på en funktion der er medieret af et hjerneområde i den øverste del af hierarkiet og som kan forbedres ved at de nederste områder i hierarkiet forbedres, kan hos Jill være de sociale færdigheder. Jill udviste nemlig en lille forbedring af sine sociale færdigheder idet hun overfor jævnaldrende blev mindre frustreret og voldelig. Jill havde stadig vanskeligheder socialt men den lille bedring kan skyldes forbedringen af hendes motoriske færdigheder der er medieret af mellemhjernen Dette skyldes som sagt, fordi de sociale færdigheder især er medieret af det limbiske system (Jf. afsnit 2.2; tabel 2), der ud fra Perrys teori, forblive dårligt fungerende hvis hjernestamme og mellemhjerne er desorganiseret (Jf. afsnit 2.2.1). At Jill tre år efter adoptionen ikke havde opnået yderligere forbedringer med sine sociale færdigheder og opsamling af sociale cues, kan ud fra Perrys teori (Jf. tabel 2) forklares med at limbiske system, som tidligere nævnt, kan være udviklet da Jill blev adopteret og dermed svære at reorganisere. På baggrund af de beskrevne forhold på børnehjemmet Jill er opvokset i kan det tyde på at Jill ikke har haft mulighed for at få en sund udvikling af det limbiske system og dermed de sociale færdigheder. Ud fra Perrys teori kan Jills limbiske system derfor have haft mangel på bl.a. sociale erfaringer som dermed kan være årsagen til hendes vanskeligheder nu (Jf. Tabel 2).

At Jill efter tre år i et mere gunstig miljø stadig har vanskeligheder vil ud fra Perrys teori umiddelbart ikke være unormalt, idet nogle af de vanskeligheder et barn kan få i den tidlige barndom kan være vedvarende resten af livet på trods af et miljøskifte. Yderligere er det også vanskeligere at reorganiserer hjerneområder end at organisere dem og det kræver derfor rigtig mange gentagende erfaringer (Jf. afsnit 3.4).

En anden årsag til at Jill har udviklingsforsinkelser inden for alle områder kan være hvis hun i fosterstadiet er blevet udsat for sin moders alkohol- eller stofmisbrug

(Jf. afsnit 2.3). Jill har nemlig mange af de samme symptomer som et barn med abstinenser og alkoholskade. For eksempel: Fysisk underudvikling, langsom udvikling, rokkende adfærd, opmærksomheds- og koncentrationsbesvær, indlærings- og motoriske problemer, svære sproglig og sociale vanskeligheder samt ængstelig adfærd (Thormann & Guldborg 1995). Jills forstyrrelser kan derfor afspejle et eventuelt misbrug hos hendes biologiske moder og de udviklingsvanskeligheder Jill oplever kan dermed til dels være pådraget allerede under graviditeten.

Gennem arbejdet med Jill casen er følgende faktorer fundet at kan have en mulig indflydelse på hendes udvikling: Alderen/tidspunktet i udviklingen, tiden i det ugunstige miljø, global omsorgssvigt, understimulering/sansedeprivation (brugsbetinget udvikling), mangel på primær omsorgsperson, ingen tilknytning, frygt, kaos, traumatisk stress, der kan føre til at frygttilstande bliver et karaktertræk, aktiviteter der er gentagne og tilpasset hjernens udvikling, gentagne erfaringer der både kan være af positivt og negativt karakter, dårlig organisering af de nederste hjerneområder og prænatal udsættelse for moders misbrug.

Den næste case er fra et studie af McKenzie et al. (2014) der har afprøvet en intervention på Katie der er adopteret fra et russisk børnehjem til USA.

3.2.2. Casen om Katie

Katie blev adopteret fra børnehjemmet da hun var 10,5 måneder. I Katies adoptionspapir er hun noteret som værende et sundt spædbarn, men det er meget sandsynligt at der er udeladt eller mangler oplysninger i hendes adoptionspapir (McKenzie et al. 2014). På adoptionstidspunktet beskrev Katies adoptivforældre at Katie sov sjældent, brød sig ikke om fysisk kontakt og havde raserianfald. Raserianfaldene var oftest rettet mod familiemedlemmerne og deres kæledyr. Da Katie startede i børnehaven viste hun yderlig dårlige sociale færdigheder og var ikke i stand til at skabe relationer med jævnaldrende (McKenzie et al. 2014). Ét eksempel på Katies voldelig adfærd er en episode, da Katie var fem år, hvor hun var særdeles voldelig over for sin treårige lillesøster. Katie skubbede lillesøsteren ned af en trappe og sparkede hende i hovedet. Da adoptivmoderen greb ind smilede Katie blot og gik sin vej (McKenzie et al. 2014). I en alder af fem år blev Katie diagnosticeret med *reaktiv tilknytningsforstyrrelse* og tidlig begyndelse af *bipolar lidelse*. (McKenzie et al. 2014). Reaktiv tilknytningsforstyrrelse er i WHO ICD-10 (2012) diagnosen F94.1 *Reaktiv tilknytningsfor-*

styrrelse i barndommen der er karakteriseret ved at starte inden for barnets fem første år, modstridende reaktioner i forskellige sociale situationer, emotionelle forstyrrelser som for eksempel aggressivitet rettet mod andre og ses oftest i forbindelse med bl.a. omsorgssvigt eller mishandling (WHO ICD-10 2012).

I forbindelse med studiet, casen er taget fra, blev Katie som femårige testet med fire test: 1. *Child behavior Checklist (CBCL)*; 2. *Behavior Rating Inventory of Executive function (BRIEF)*; 3. *Beech Brook Attachment Disorder Checklist (BB)*; 4. *Urinprøve* for at finde biologisk indikator for hendes neurokemisk funktion (McKenzie et al. 2014). Testene beskrives kun overfladisk idet det vil være for omfattende at gå i dybden med hver test og de underliggende delelementer, der desuden ikke er af større relevans i forhold til problemformuleringen (Jf. afsnit 1.1). Testen "*Child behavior Checklist*" (*CBCL*) anvendes til at undersøge generelle adfærdsproblemer hos børn. Internalisering skalaen består af: Indadvendt, Fysiske problemer (fx søvnbesvær), angst og depression. Eksternaliserings skalaen består af kriminel adfærd og aggressiv adfærd (Howard, 2009). Katies score inden for *CBCL* var inden for det kliniske område i eksternalisering men ikke ved internalisering (McKenzie et al. 2014). *Behavior Rating Inventory of Executive function (BRIEF)* undersøger otte domæner af eksekutive funktioner der er samlet i tre indekser. Det først er *adfærds regulering* der består af: Undertrykkelse, skift og emotionel kontrol. Den anden *metakognition* der består af: Igangsættelse, arbejdshukommelse, planlægning/organisering og kontrol. Det sidste indeks er *Global eksekutive kombination* der udgør de to første indekser samlet i et (Gioia et al. 2000). Katies score i *BRIEF* var inden for det kliniske område inden for alle tre indekser (McKenzie et al. 2014). *Beech Brook Attachment Disorder Checklist (BB)* er en test der er lavet til at undersøge tilknytningsadfærd hos adopterede børn, men kan også anvendes til andre målgrupper som for eksempel plejebørn. *BB* anvendes til en bred aldersgruppe og til børn, hvis tilknytning er forstyrret men ikke nok til at de kan få stillet en diagnose. Resultaterne er opgjort i gennemsnitlig score i interval 0-4 (Howard, 2009). Katies score inden for *BB* viste at hun havde tilknytnings-, eksekutive-, og machiavelistiske problemer. Katie klarede sig bedst inden for aggression/angst delen men scoren indikerer også problemer inden for denne skala (McKenzie et al. 2014). *Katies urinprøve* viste at hun havde forhøjet *noradrenalin, dopamin, GABA, glutama, Phenylethylalanine, og Histamin*. Katies niveau af adrenalin og serotonin var inden for normalområdet (McKenzie et al. 2014).

Resultaterne af urinprøven fremgår i tabel 3. Grundet denne afhandlings fokus og problemformulering er det valgt ikke at gå i dybden med resultaterne fra Katies urinprøve, men kun at se kort på Katies niveau af adrenalin, noradrenalin, dopamin og serotonin. Der er dermed ikke yderligere redegjort for de resterende resultater af Katies urin. Alle de målte faktorer i urinen er neurotransmitter (kemisk budbringer mellem nerverne). Dopamin er et hormon, der er af stor betydning for nervesystemets funktioner og oftest er forbundet med belønning. Serotonin er en af de mest betydningsfulde neurotransmitter idet dette stof står for individets grundstemning og følelsesmæssige reaktioner. Noradrenalin er kemisk relateret til adrenalin og begge fremtræder ofte i forbindelse med stress (Baskerville & Douglas 2010; Colman 2009; *Psykologisk leksikon* 2.ed 2005).

Urinen blev testet for:	Resultat (Basis)
1. Adrenalin	10 (Normal 8-12)
2. Noradrenalin	75 (Normal 35-60)
3. Dopamin	430 (Normal 110-175)
4. Serotonin	173 (Normal 150-200)
5. GABA	8,7 (Normal 1.5-4.0)
6. Glutama	54 (Normal 10-35)
7. Phenylethylalanine	795 (Normal 175-450)
8. Histamin	25 (Normal 10-20)

Tabel 3 (McKenzie et al. 2014).

3.2.2.1. Casen Katie sammenholdt med Perrys teori

Det kan antages at Katie hører under den almen adoption, efter som hun blev adopteret da hun var 10,5 måned og krævede dermed en *almen godkendelse* og hører ikke til betegnelsen "børn med specielle behov" (Jf. afsnit 3.1). På baggrund af disse oplysninger burde Katie have haft en mere eller mindre normal udvikling.

Ud fra Perrys studie burde Katie også have gode muligheder for at opnå en mere normal udvikling, da Katie kun var 10,5 mdr. da hun blev adopteret (Jf. figur 3; afsnit 2.3.6) og da størstedelen af Katies hjerne ikke er organiseret, på dette tidspunkt, ud fra Perrys teori, hvor det desuden er de første tre år der er vigtigst (Jf. afsnit 2.2). Under Katies opvækst på institutionen, kan det i forhold til Perrys syn på hjernens udvikling være Katies hjernestamme og mellemhjerne der havde været under udvikling (Jf. Perry afsnit 2.2.1; 2.2.2. og tabel 1 og 2). En mulig årsag til at Katie allige-

vel har udviklet en række vanskeligheder, kan være fordi en veludviklet hjerne kræver at disse to hjerneområder er velorganiseret. Samtidig er hjernestammen og mellemhjernen de to områder, der er mindst plastiske, da de står for livsvigtige funktioner. Yderligere er det sværere at reorganisere et dårligt organiseret hjerneområde end at organisere det fra starten (Jf. afsnit 2.2). Så selvom det "kun" har været de to hjerneområder, der har været under udvikling, inden Katies miljøskift, kan de have påvirket udviklingen og funktionen af de øvre områder. Nogle af de vanskeligheder Katie udviser, kan være tegn på at hendes hjernestamme har været påvirket. For eksempel at Katie havde søvnbesvær og vanskeligheder med regulering af sin arousal er nemlig nogle af de funktioner der er medieret af hjernestammen (Jf. tabel 2). I forhold til Perrys teori omkring stressresponsystemet, der også er medieret af hjernestammen og mellemhjernen, kunne det tyde på at Katies stressresponsystem er dysfunktionelt fordi hun bl.a. har affektregulerings problemer og søvnproblemer. Dermed tyder det på, at Katie har oplevet frygt og kaos under sin udvikling der har aktiveret hendes stressresponsystem (Jf. afsnit 2.3.4).

De vanskeligheder Katie udviser, som for eksempel: Tilknytningsvanskeligheder, svært ved fysisk kontakt og aggressiv adfærd, kan ud fra Perrys teori tyde på at Katie ikke har haft en forudsigelig omsorgsperson og en tryk base at udvikle sig fra, men i stedet har været udsat for omsorgssvigt. Dermed kan Katie have manglet vigtige erfaringer for en sund udvikling af hendes hjernestamme og dermed også stressresponsystemet (Jf. afsnit 2.3.4; tabel 2). Andre tegn på, at Katies hjernestamme og mellemhjerne er mindre velfungerende, kan ud fra Perrys teori, være det at Katie udviser tegn på at de øverste hjerneområder i hierarkiet er påvirket. Dette ses bl.a. idet hun som femårige fik diagnosen *reaktiv tilknytningsforstyrrelse*, for ifølge Perry, er tilknytning medieret af det limbiske system og cortex og forstyrrelser med tilknytning ses ofte hos omsorgssvigtede børn (Jf. afsnit 2.2; 2.3.5; tabel 1; tabel 2). Derfor kan det, igen ud fra Perrys teori, tyde på at Katie har manglet en primær omsorgsperson, været udsat for omsorgssvigt og at Katie har manglet flere primære sanseerfaringer i de sensitive perioder af hjernestammen og mellemhjernen udvikling. Manglen af disse erfaringer kan have ført til udvikling af abnormiteter og deficit hos Katie, som for eksempel impulsivitet, opmærksomheds og tilknytningsproblemer (Jf. afsnit 2.3). Katie kan dermed være med til at bestyrke Perrys teori om, at omsorgssvigt inden for det første år kan have varige konsekvenser for resten af barnets liv

på trods af et miljøskift (Jf. afsnit 2.3.4). For at forbedre Katies tilknytning og evner til at danne meningsfyldte relationer, foreslår Perry, at man kan starte med at anvende dyr til at skabe de nødvendige gentagelser af positiv kontakt (Jf. afsnit 2.4). Men ligesom ved casen Jill, tyder det ikke på at være en god idé. I Katies tilfælde fordi hun er voldelig over for familiens kæledyr.

En anden årsag til Katies vanskeligheder kan være, at Katies biologiske moder kan have haft et misbrug under hendes graviditet med Katie. Som tidligere nævnt i afsnit 2.3 har Perry fundet at skader i fostertilstand kan give en række problemer med barnets generelle funktioner som for eksempel søvnevanskeligheder. Yderligere kan det at Katie ikke bryder sig om fysisk kontakt og har svært ved at indgå i sociale sammenhænge også være tegn på at moderen kan have haft et misbrug (Thormann & Guldberg, 1995) Katies forstyrrelser kan dermed afspejle et eventuelt misbrug hos moderen og dermed til dels være medfødt.

I forhold til de tre test, der blev udført på Katie, scorede hun inden for det kliniske område inden for langt de fleste af testene. For eksempel scorede Katie inden for det kliniske område ved tilknytnings-, eksternalisering-, adfærds- og metakognitive problemer. At Katie scorede inden for det kliniske område på flere områder, mere end fire år efter adoptionen, kan understøtte det allerede gennemgået med Perrys teori omkring betydningen af de nederste hjerneområder for resten af udviklingen og den brugsbetinget hjernes behov for stimuli og erfaringer for sunde funktioner (Jf. afsnit 2.2.2.; 2.2.3; 2.3). Det var dog ikke inden for alle test Katie scorede på det kliniske område for eksempel ved internalisering skalaen i CBCL. Ved BB klarede Katie sig bedre inden for aggression/angst skalaen, selvom denne del også var scores inden for det kliniske område. Ud fra oplysningerne i casen, er det lidt bemærkelsesværdigt at Katie klarede sig bedre inden for BB ved aggression skalaen da hun ellers har udvist flere voldsomme aggressive episoder.

I forhold til Katies urinprøve, havde hun forhøjet værdier af noradrenalin og dopamin men normale værdier af serotonin og adrenalin. Ifølge Perry er noradrenalin og adrenalin med til at forbedrede kroppen på kamp eller flugt i forbindelse med aktivering af alarmresponsystemet (Jf. afsnit 2.3.3). Katies forhøjet niveau af noradrenalin og dopamin kan ud fra Perrys teori dermed tyde på at Katie er i øget alarmtilstand, hvilket kan skyldes, at hun har været udsat for situationer hun har følt truende (Jf. afsnit 2.3.3). Det kan også tænkes, at moderens eventuelle misbrug under gravi-

diteten med Katie kan have påvirket den kemiske balance hos Katiem hvilket dermed afspejler sig i resultaterne af urinprøven. Hvorfor der ikke ses forhøjet niveau af adrenalin og serotonin hos Katie er ud fra Perrys teori bemærkelsesværdig da de ellers også udløses ved et øget alarmtilstand (Jf. afsnit 2.3.3.). Andre studier har fundet at abnormiteter i reguleringen af neurotransmitter eller i niveauerne af disse, kan være kernen i grundlaget for adfærds og kognitive lidelser. For eksempel er det fundet at dopamin påvirker et bredt område af hjernen og de funktioner hjernen medierer som for eksempel adfærds, kognitive, emotionelle, perception, motivation, belønning og søvn. Dermed kan afvigelser i niveauet af dopamin føre til flere adfærdslidelser som for eksempel social angst, svære depressioner og tvangsadfærd (Baskerville & Douglas 2010; Starter et al. 2007). Dette passer til en vis grad på Katie, da hun bl.a. udviser adfærd og emotionelle vanskeligheder men der er ikke blevet fundet angst eller depression ved hende, hvilket måske kan skyldes Katies unge alder.

Gennem arbejdet med Katie casen er der fundet at følgende faktorer kan have haft en indflydelse på Katies udvikling: Alderen/tidsperioden i det ugunstige miljø, organiseringen af hjernestammen og mellemhjerne, frygt, kaos, omsorgssvigt, ingen forudsigelig omsorgsperson, mangel på en tryk base, manglen af vigtige erfaringer og stimuli (brugsbetinget udvikling), evt. prænatal udsættelse for moderens misbrug og øget alarmtilstand muligvis forårsaget af oplevelsen af truende situationer.

Ved både casen med Jill og Katie kan der stilles spørgsmålstejn ved om de har været udsat for deres biologiske mødres misbrug i fostertilstanden. Derfor er det bl.a. valgt at inddrage det Engelske Rumænske Adoptionsstudie (ERA), da de ikke har fundet tegn på at børnene led Fatal Alkohol Syndrom (FAS) som dermed kunne have påvirket deres resultater (Krumsta et al. 2010).

3.3. Forløbsstudiet Det Engelske Rumænske Adoptionsstudie (ERA)

Som tidligere nævnt (Jf. afsnit 3.1.) har de fleste adoptivbørn været på institution inden adoptionen. Det er derfor fundet relevant at inddrage et forløbsstudie der undersøger de problematikker et institutionsophold kan have for det adopterede barns udvikling. Dette afsnit behandler derfor ERA studiets resultater og sammenholder dem med Perrys teori. Valget af ERA studiet er beskrevet i afsnit 1.4. Idet det vil være for omfattende og afvige for meget fra denne afhandlings problemfelt, er det

valgt kun at behandle hovedtrækkene i ERA studiet. Interesserede læsere kan læse mere om ERA studiets metode og resultater i originallitteraturen (Rutter & ERA 1998; Rutter & Sonuga-Barke 2010) og i mit systematisk review (Sørensen, upubliceret) hvor ERA studiet også er behandlet.

ERA studiet undersøger børn fra rumænske institutioner adopteret til England i årene 1990-1992. ERA studiet har fokus på hvilken effekt tidlig institutionel deprivation kan have for børnenes psykologisk udvikling og om effekten er vedvarende efter adoptionen (Colvert et al 2008; Rutter et al, 2010). ERA studiets sample bestod af 165 børn hvor 144 havde oplevet institutionel deprivation. Børnene blev adopteret før de fyldte 42 måneder og ved 124 ud af de 144 børn, havde institutionsopholdet udgjort størstedelen af deres liv før adoptionen. Det var kun få i samplet der blev anbragt på institutionen efter de var fyldt en måned (21 børn) (Rutter et al. 2010). Samplet blev inddelt i nogle aldersgrupperinger: 58 af børnene (27 piger) blev adopteret før de fyldte 6 mdr. og havde en gennemsnitsalder på 3,98 mdr.. 59 af børnene (33 piger) var 6-24 mdr. på adoptionstidspunktet og var gennemsnitlig 14,89 mdr.. 48 af børnene (31 piger) var mellem 24-42 mdr. på adoptionstidspunktet og havde en gennemsnitsalder på 30,40 mdr. (Colvert et. al. 2008; Rutter et al. 2007a).

De 21 der ikke havde oplevet institutions deprivation, men en anden form for deprivation, blev anvendt som kontrolgruppe sammen med 52 engelske børn (UK gruppen) (18 piger) der blev nationaladopteret inden de fyldte seks måneder og som ikke havde oplevet institutions pasning (Rutter et al. 2010; Rutter et al. 2007a). Colvert et al. (2008) beskriver at UK gruppen gennemsnitlig var 2,54 mdr. på adoptionstidspunktet mens 21 gruppen gennemsnitlig var 9,10 mdr. (Colvert et al 2008). ERA studiet er et forløbsstudie hvor børnene blev undersøgt over fire gange. Da de var 4, 6, 11 og 15 år. Undersøgelsesmetoderne bestod bl.a. af interview, spørgeskema og observationer. Både adoptivforældrene og børnenes lærere deltog i undersøgelsen af børnene (Rutter et al. 2010; Rutter et al. 2007a).

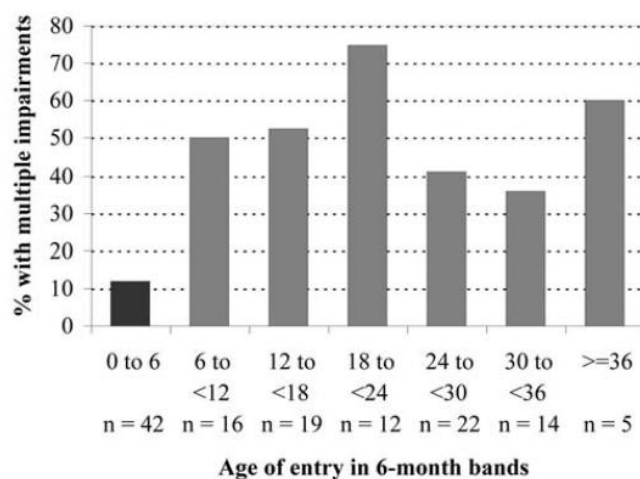
Institutionsforholdene blev gennemgået i afsnit 3.1.1. men det er værd kort at beskrive hvad ERA studiet fandt. ERA studiet beskriver forholdene som værende rigtig dårlig på de rumænske institutioner, hvor deres sample kom fra. De fandt ikke større forskel i forholdene mellem institutionerne, da de alle var ringe. Normeringen var normalt en voksen til 30 børn, med lidt interaktion mellem den voksne og barnet. Børnene havde ingen adgang til legetøj og badning foregik ved at børnene blev spu-

let med koldt vand. Børnene havde oftest været på flere forskellige institutioner, men af praktiske årsager, var det kun den institution børnene befandt sig på, at der blev foretaget en vurdering af barnet på adoptionstidspunktet (Rutter et al. 2007b). Det tyder dermed på at ERA studiets sample kommer fra lignende forhold beskrevet i afsnit 3.1.1..

I forhold til Perrys teori, kan det tyde på at den del af ERA samplet der har oplevet institutionel deprivation kan kategoriseres som globalomsorgssvigtet idet de kan have oplevet manglende stimulus på flere områder (Jf. afsnit 2.3.6). Ud fra Perrys teori, kan det også formodes, at ERA studiets kontrolgruppe fra UK ikke er repræsentative i sammenligningen med deres sample og dermed kan føre til, at resultaterne afspejler mere end institutionsopholdets betydning. Dette skyldes at de UK gruppen blev adopteret inden de fyldte seks måned, men hvor gennemsnittet var ca. tre mdr. Størstedelen af ERA samplet var til gengæld over seks måneder. I forhold til Perrys studie er dette vigtigt fordi alderen og tiden i det ugunstige miljø er en vigtig faktor i hjernens udvikling og af de enkelte områders sensitive perioder, hvilket har en betydning for hvordan børnene klarer sig efterfølgende (Jf. afsnit 2.2). Dermed kan det tyde på, at det ikke kun er betydningen af den institutionelle deprivation ERA studiet undersøger men også betydningen af tidspunktet for adoptionen og dermed hvor gammel børnene var på adoptionstidspunktet.

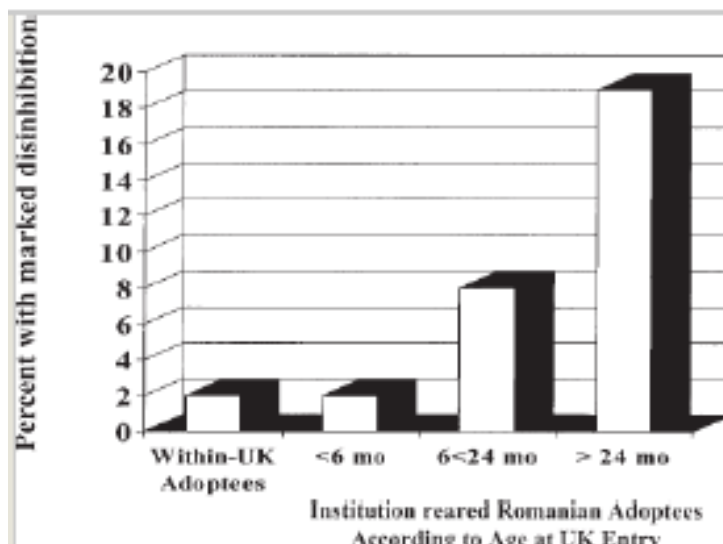
3.3.1. ERA studiets resultater kort præsenteret

ERA studiet fandt en forskel i udviklingen af lidelser i forhold til hvilken alder barnet havde på adoptionstidspunktet og dermed hvor længe de havde været på institution. Især så det ud til at være et afgørende skel ved seks måneder. Hvilket indikerer at der eksisterer en sensitiv periode inden for barnets første halve år. Effekten af institutionsdeprivationen blev dog ikke yderlig forværret når deprivationen varede ved efter de seks måneder. Der blev dermed ikke fundet at for eksempel to års deprivation førte til flere vanskeligheder end et års deprivation (se figur 5) (Rutter et al. 2007a; Kreppner et al. 2007). Generelt fandt ERA studiet heterogene resultater inden for deres samples så selv dem der var sent adopteret klarede det forskelligt (Rutter et al. 2010).



Figur 5 Sammenhæng mellem alderen på adoptionstidspunktet og udviklingen af to eller flere forstyrrelser (Kreppner et al. 2007, p. 939)

ERA studiet fandt fire mønstre eller lidelser der skyldes den institutionelle deprivati- on og som er mere fremtrædende hos de børn med længerevarende institutionsop- vækst. De fire deprivations specifikke lidelser er: *Kognitiv forringelse (CI)*, *Quasi- autisme (Q-A)*, *Uhæmmet tilknytning (DA)* og *uopmærksomhed/overaktivitet (I/O)* (Kreppner et al. 2007; Krumsta et al. 2010). *Quasi-autisme* er tilstedeværelsen af de sociale deficits og kommunikationsproblemer der er karakteristisk ved autisme, men hvor barnet ikke opfylder kravene til at få stillet diagnosen autisme. Børn med quasi- autisme har i høj grad vanskeligheder ved at forstå sociale ledetråde og indgå i socia- le kontekster (Krumsta et al. 2010; Rutter 2006; Rutter et al 2010). ERA studiet fandt at Q-A ofte fremkom hos de børn der havde oplevet længere institutionsophold og som også havde mønstrene kognitiv forringelse eller uhæmmet tilknytning (Kreppner et al. 2007). Ifølge Rutter et al. (2007b) er det usikkert hvorfor nogle af børnene ud- viklede Q-A mens andre ikke gjorde. Det menes dog at årsagen til udviklingen af Q- A skyldes manglen på interpersonel interaktion (Rutter et al. 2007b). Lidelsen *uhæmmet tilknytning (DA)* er en diagnose der indgår i DSM-IV og i WHO's ICD-10. WHO's beskrivelse af lidelsen er beskrevet tidligere i afsnit 3.2.1.. ERA studiet fandt at uhæmmet tilknytning er mere tilbøjelig til at udvikles i forbindelse med instituti- onsopvækst, også uden oplevelsen af deprivation, og at der er en sammenhæng mel- lem hvor længe institutionsdeprivationen har stået på og i hvor høj grad DA blev udviklet (se figur 6) (Rutter 2006).



Figur 6 Hvor mange procentvis der viste høj grad af DA ved 11års undersøgelsen (Rutter 2006, p. 7).

Rutter (2006) fandt, at ved seksårsalderen var DA karakteriseret ved relativ ukritisk social tilnærmelse, mangel på bevidsthed om sociale grænser, vanskeligheder ved at aflæse sociale ledetråde i forhold til passende og acceptabel adfærd i sociale situationer og at børnene uden tøven ville gå med fremmede (Rutter 2006). ERA studiet fandt også at graden af DA var vedvarende hvilket de fandt opsigtsvækkende når årsagen til DA menes at være den institutionelle deprivationen som dermed havde en effekt mindst syv år efter at barnet blev adopteret til en velfungerende familie (Rutter et al. 2007a). ERA studiet fandt også at DA var associeret med andre vanskeligheder. Især fremkom det, at de børn med mild og markant DA også havde betydelig stigning af kognitive forringelser, quasi-autisme, relationsproblemer, uopmærksomhed/overaktivitets problemer og adfærdsproblemer. Emotionelle forstyrrelser fremkom også men dette resultat var *ikke* signifikant (Rutter et al. 2007a) (Se tabel 4).

Group	Cognitive (%)	Quasi-autism (%)	Peer (%)	I/O (%)	Conduct (%)	Emotional (%)
Marked at either 6 or 11 (N = 40)	14 (35.0)	10 (25.0)	18 (45.0)	14 (35.0)	13 (32.5)	14 (35.0)
Mild at either 6 or 11 (N = 55)	8 (16.3)	5 (9.1)	12 (21.8)	6 (11.1)	8 (14.8)	12 (22.2)
No disinhibition at 6 or 11 (N = 45)	3 (7.5)	1 (2.2)	3 (6.7)	5 (11.6)	6 (14.0)	8 (18.6)

Tabel 4 Hyppigheden af andre problemer hos de børn ved 6 eller 11 år der viste ingen til markant tilknytningsproblemer (Rutter et al. 2007a, p. 26).

Uopmærksomhed/overaktivitets mønstret (I/O) består af de adfærdstræk der er centrale i diagnosticeringen af ADHD (Sonuga-Barke & Rubia, 2008), men hvor børnene ikke nødvendigvis har opfyldt kriterierne til at få stillet diagnosen ADHD. ERA studiet fandt, at uopmærksomhed/overaktivitets lidelsen I/O er associeret med institutions deprivation og at der var en signifikant forskel i graden af I/O i forhold til om

børnene havde været på institution i mere end seks måneder (Stevens et al. 2008; Rutter et al. 2007b). ERA studiet fandt at I/O og ét af de tre deprivations specifikke mønstre (Q-A, CI eller DA) fremkom hos 33% af børnene med institutionsopvækst og kun hos 7% af kontrolgrupperne. Hvis I/O i stedet var kombineret med adfærds-, emotionelle eller jævnaldrende problemer fremkom det hos 43% af kontrolgrupperne men kun hos 15% af børnene der har været på institution (Kreppner et al. 2007). Den sidste lidelse, *kognitiv forringelse (CI)*, hænger sammen med Q-A eller DA. Børn med et af disse DSP vil meget sandsynligt også have kognitiv forringelse i en eller anden grad (Kreppner et al. 2010; Rutter & Sonuga-Barke 2010). ERA studiet fandt at tidlig deprivation havde en negativ effekt på deres samples kognitive udvikling sammenlignet med UK kontrolgruppen (Beckett et al. 2006; O'Connor et al. 2000; Rutter & ERA team 1998). ERA studiet fandt også at der var en sammenhæng mellem graden af CI og tiden på institution idet børnene adopteret før seks måneder ikke adskilte sig markant fra kontrolgruppens kognitive funktionsniveau mens resten af samplet CI steg i forhold til hvor længe de havde været på institutionen og indhente heller ikke så meget af de kognitive funktioner som de tidligt adopteret. Dette kan indikerer at nogle børn, især dem adopteret før 24 måneder, er mere resiliente og dermed signifikant bedre kan indhente forringelser (Beckett et al. 2006; O'Connor et al. 2000; Rutter & ERA team. 1998) Det blev også fundet at tiden i adoptionshjemmet havde en mindre betydning i påvirkningen af børnenes kognitive udvikling end den tidlige institutions deprivation havde. Dermed var det ikke hvor længe børnene havde været hos deres nye familie, der havde en indflydelse på deres niveau af kognitiv funktion, men i stedet hvor længe deres institutionsopvækst havde varet (Beckett et al. 2006). Rutter et al. (2007b) fandt at der kunne være en kraftig reduktion i børnenes fysik og af hjernens omgangskreds, uden det havde en målbar langtidseffekt på deres kognitive funktioner (Rutter et al. 2007b).

ERA studiet fandt ikke belæg for, at emotionelle- og adfærdsforstyrrelser hos børnene skyldes den institutionelle deprivation, grundet kontrolgruppen havde flere vanskeligheder end samplet. I stedet kan de emotionelle- og adfærdsforstyrrelser skyldes manglende evner til at opsamle sociale ledetråde eller generelle sociale færdigheder som skyldes institutions deprivation. Dermed kan emotionelle- og adfærdsforstyrrelser være en bivirkning til den institutionelle deprivation (Rutter, 2006; Colvert et al. 2008). Emotionelle- og adfærdsforstyrrelser fremkom oftest hos de børn

der allerede havde udvist mindst ét af de fire deprivations specifikke mønstre (Kreppner et al. 2007; Colvert et al. 2008).

3.3.2. ERA studiets resultater sammenholdt med Perrys teori

Dette afsnit belyser, med Perrys teori, faktorer der ud fra ERA studiets resultater kan påvirke internationalt adopterede børns udvikling. Grundet problemformulerings fokus er det valgt at behandle ERA studiets resultater samlet i stedet for at behandle de deprivations specifik mønstre. Ved enkelte tilfælde fremhæves det ved hvilket deprivations specifik mønstret faktoren er fundet ved. Disse valg er truffet fordi formålet med denne afhandling ikke er at se hvilke faktorer der fører til hvilke lidelser.

I forhold til viden om institutionsforholdende (Jf. afsnit 3.1.1; 3.3) og Perrys teori kan ERA studiets målgruppe have været udsat for mangel på flere vigtige erfaringer og stimuli i forbindelse med institutionsopvæksten og kan derfor høre under Perrys betegnelse for global omsorgsvigt (Jf. afsnit 2.3.6). ERA samlet kan ud fra Perrys teori derfor have manglende udvikling af sociale, kognitive og tilknytnings færdigheder (Jf. afsnit 2.3), hvilket kan stemmer overens med ERA studiets deprivations specifikke mønstre Q-A, DA og CI.

At ERA studiet fandt en sammenhæng mellem de deprivations specifikke mønstre kan ud fra Perrys teori, forklares med hjernens sekventielle og hierarkisk udvikling hvor de nederste hjerneområder påvirker de øvre, så udsættelse for selv nogle få måneders deprivation som spæd kan påvirke resten af barnets udvikling (Jf. afsnit 2.2.). Ud fra Perrys teori kan abnormiteter i hjerne forårsaget af traume eller omsorgsvigt føre til opmærksomhed og hyperaktivitets problemer. I nogle tilfælde er der tale om ADHD men i andre tilfælde bliver børnene fejldiagnosticeret med ADHD diagnosen hvor de nærmere har PTSD fordi symptomerne ved PTSD hos børn minder meget om ADHD (Jf. afsnit 2.3.1.; 2.3.5). Omsorgsvigt kan ud fra Perrys teori også føre til at barnet mister evnen til at danne relationer og begå sig socialt grundet fraværet af vedvarende og omsorgsfulde relationer (Jf. afsnit 2.3.5; tabel 2). ERA studiet fandt, at uhæmmet tilknytning ikke nødvendigvis udvikles grundet deprivation, men ligeså vel kan udvikles på grund af institutionsopholdet. Det kan diskuteres om der ikke altid vil være en form for deprivation forbundet med institutionsopvækst. Som beskrevet i afsnit 3.1.1. er der mindre gode institutioner med høj grad af deprivation men også gode institutioner hvor børnenes individuelle behov og relationen

mellem voksen-barn bliver vægtet højt (Jf. afsnit 3.1.1.). Det kan alligevel formodes, at selv barnet på de gode institutioner vil opleve et afsavn af, for eksempel, en primære omsorgsperson, fordi der højst sandsynligt på alle institutioner er udskiftning af plejepersonalet i løbet af en dag eller en uge.

I forhold til at ERA studiet fandt, at graden af uhæmmet tilknytning var vedvarende flere år efter adoptionen, kan ud fra WHO's definition på uhæmmet tilknytning forklares med, at det ikke er normalt at se ændringer inden for denne diagnose, også på trods af et eventuelt miljøskifte (Jf. afsnit 3.2.1). Perrys teori og studie kan angiveligt have flere forklaringer på hvorfor forstyrrelser, som for eksempel tilknytningsforstyrrelser, kan være vedvarende. En forklaring kan være barnets alder og tiden i det ugunstige miljø. Jo ældre barnet er på adoptionstidspunktet og dermed jo længere tid i det ugunstige miljø, jo større sandsynlighed er der for at forstyrrelsen er blevet mere udpræget. Dette skyldes at et længere fravær af de nødvendige erfaringsstimuli inden for de første tre år påvirker store dele af hjernens udvikling (Jf. afsnit 2.2.2; 2.3.6; figur1; tabel1). En anden årsag til at der ikke sker en bedringen, af for eksempel uhæmmet tilknytning, kan ud fra Perrys syn på hjernens udvikling og opbygning, skyldes at graden af plasticitet stiger i takt med hjerneområdets kompleksitet og hvor de først udviklende hjerneområder påvirker udviklingen af de resterende (Jf. afsnit 2.2.1.; figur 2). Dette kan også være med til at forklare hvorfor ERA studiet fandt at kognitive forringelser fremkom hos børn med uhæmmet tilknytning og quasi-autisme. Ud fra Perrys teori er de kognitive funktioner nemlig medieret af cortex, som er det sidste udviklende område, men hvor tilknytning og de sociale egenskaber er medieret af tidligere udviklende hjerneområder (Jf. afsnit 2.2.1; figur 1; tabel 2).

Ud fra Perrys teori kan det, at ERA studiet fandt, at de børn der var adopteret før seks måneder ikke adskilte sig markant fra kontrolgrupperne forklares med, at jo kortere tid barnet har været i det ugunstige miljø jo bedre vil barnet komme sig over de eventuelle abnormiteter eller deficits der kan have været opstået i det ugunstige miljø (Jf. afsnit 2.3.6; figur 3). Modsat giver det god mening at dem der blev adopteret efter seks måneder var udsat for længere sansedeprivation og dermed kan have mere permanente skader. Ud fra Perrys teori, kan nogle af skaderne være vanskelige at genoprette selvom barnet bliver placeret i et bedre miljø. Dette gælder især for skader der stammer fra dårlig organisering af hjernestammen eller mellemhjernen. Disse to områder er nemlig de mindst plastiske og påvirker udviklingen af de øvre

systemer. Så længe de to systemer er dårlig organiseret vil de mere komplekse systemer også være dårlig fungerende (Jf. afsnit 2.2.; 2.3). Et eksempel fra ERA studiets resultater, der ikke stemmer overens med Perrys studie, er fundet af at en lille hovedstørrelse ikke nødvendigvis påvirker de kognitive funktioner. Dette resultat stemmer ikke umiddelbart overens med Perrys studie der viste at global omsorgs-svigtede børns hjerner ofte var underudviklet. Det synes heller ikke at stemme overens med princippet om den hierarkiske hjerne da dårlig organisering af de lavere hjerneområder burde påvirke cortex og funktionerne medieret heraf (Jf. afsnit 2.2.1; 2.3.5; billede 1).

I afsnit 3.3 blev det nævnt at ERA studiets UK kontrolgruppe muligvis ikke er repræsentativ i sammenligningen med samplet. Forskellen mellem kontrolgruppen og samplet kan måske forklare hvorfor ERA studiet fandt en sensitiv periode ved de seks måneder. I Perrys teori er der nemlig ikke umiddelbart en forklaring på, hvorfor ERA studiet fandt én sensitiv periode ved de seks måneder. Perry ser nemlig de tre første år som vigtige for hjernens udvikling (Jf. afsnit 2.2.2). Hvis man skulle pointere en særlig sensitive periode, ud fra Perrys teori, kunne det være i den tidlige barndom hvor hjernestammen og mellemhjernen udvikles. Valget af udviklingen af disse to områder som særlig sensitiv skyldes Perrys princip om den hierarkiske hjerne og at plasticiteten af disse hjerneområder er mindst (Jf. afsnit 2.2.1;2.2.4). Det tyder på at Perry og ERA studiet ville være enige i, at alderen har en eller anden betydning for barnets udvikling men ville være uenige i hvor en eventuel særlig sensitiv periode i udviklingen kan placeres. Umiddelbart tyder det på at Perry, ud over de første tre år er vigtige, også vil mene at tiden i det belastet miljø spiller en afgørende rolle, idet jo længere tid barnet er i et ugunstig miljø jo mere udbredt og "indgroet" kan problemerne blive (Jf. afsnit 2.3.6 og figur 3). Et andet eksempel på hvor forskellen mellem kontrolgruppen og samplet kan have haft en betydning kan være i ERA studiets resultat af fremkomsten af lidelsens uopmærksomhed/overaktivitets (I/O). Der var nemlig forskel på institutionsgruppen hvor I/O fremkom sammen med ét af de andre deprivations specifikke lidelser og hos kontrolgruppen hvor I/O fremkom sammen med adfærds-, emotionelle- og/eller jævndrende problemer. En af de større forskelle på kontrolgrupperne og samplet er at kontrolgruppen UK blev adopteret før de seks måneder og ingen af kontrolgrupperne havde oplevet institutions opvækst (Jf. afsnit 3.3). Ud fra Perrys teori, kan det ikke umiddelbart forklares hvorfor det i større

grad er kontrolgruppen der udvikler I/O sammen med adfærds- emotionelle og jævnaldrende problemer. Adfærd og emotionelle problemer kan nemlig, ud fra Perrys teori, udvikles på grund af svær omsorgssvigt og manglende sansestimulus der har skabt abnormiteter i hjernen (Jf. afsnit 2.3.5). Ud fra Perrys teori burde det derfor være de børn med institutionsopvækst, omsorgssvigt og manglende sansestimuli, der i større grad, burde udvikle kombinationen af I/O og adfærds-, emotionelle og jævnaldrende problemer end de børn der ikke har været udsat for institutions deprivation. ERA studiet fandt heller ikke at de emotionelle-, adfærds- eller jævnaldrende problemer var et deprivationsspecifikt mønstre. Ud fra Perrys teori tyder det dog på at disse færdigheder kan udvikles i forbindelse med institutions deprivation. Dette skyldes at manglende erfaringer i forbindelse med hjernens sekventielle og hierarkiske udvikling eller forstyrrelser i tilknytningsudvikling, kan føre til emotionelle eller adfærdsproblemer senere i livet (Jf. afsnit 2.2.2; 2.3). Derfor burde længerevarende afsavn og omsorgssvigt forbundet med institutionsopvækst, ud fra Perrys teori, kunne føre til skader i det limbiske system der bl.a. mediere disse færdigheder (Jf. tabel 2; figur 1). Institutions deprivationen kan måske starte en form for dominoeffekt så den første væltet brik vælter de efterfølgende brikker. Derfor kan én skade i hjerne-stammen måske føre til flere skader der kan føre til skader i mellemhjernen og som kan påvirke det limbiske system og cortex, indtil noget stopper dominoeffekten. Denne effekt kan måske hænge sammen med det at ERA studiet fandt at betydningen af tiden på institution vægtede højere end den efterfølgende tid hos adoptivfamilien. Hvilket også synes at stemme overens med Perrys studie og hans udviklingsprincip med den sekventielle/hierarkiske/plastiske hjerne og at et miljøskifte ikke altid kan rette op på de skader der er sket (Jf. afsnit 2.2; 2.3.6; 2.4).

At ERA studiet fandt at længden af den institutionelle deprivation efter de seks måneder ikke havde en betydning for udviklingen af multiple vanskeligheder (Jf. figur 5) synes ikke at stemme overens med Perrys studie og hans principper med den sekventielle, hierarkiske, brugsbetinget udviklende hjerne samt de sensitive perioder i denne udvikling (Jf. afsnit 2.2; 2.3.6). Ud fra disse principper i Perrys teori burde et længere ophold i et ugunstigt miljø (som ud fra afsnit 3.1.1. institutioner oftest er) både føre til flere og mere indgroet vanskeligheder jo længere det står på (Jf. afsnit 2.3.6; figur 3). ERA studiet fandt dog at selv de sent adopteret klarede det forskelligt. For eksempel var de sent adopteredes kognitive evner forskelligt hvilket ud fra Per-

rys teori kan forklares med, at nogle måske har fået flere af de nødvendige stimuli end andre, at de børn der klarede det dårligere havde nogle prænatale skader (fx infektion) eller kan have haft nogle genetiske sårbarheder de er blevet fremmet grundet de miljømæssige omstændigheder (Jf. afsnit 2.1; 2.2.3; 2.3).

3.4. Opsamling af væsentlige faktorer inden for forskningen af internationale adoptioner

Gennem afsnittet med ERA studiet blev følgende faktorer fundet: Institution med eller uden deprivation, (global/svær) omsorgsvigt, alderen/tidspunktet i udviklingen, længden af tiden i det ugunstige miljø, traumer, vedvarende og omsorgsfulde relationer, primær omsorgsperson, manglende tilknytning, individuelle behov imødekommes, sansedeprivation/understimulering, nødvendige erfaringer, organiseringen af de først udviklende hjerneområder, sensitive perioder, prænatale skader og genetiske sårbarheder. Yderligere blev der gennem de to cases fundet at faktorerne: frygt, kaos, traumatisk stress der kan føre til at frygttilstanden bliver et karaktertræk, aktiviteter der er gentagne og tilpasset hjernens udvikling, gentagne erfaringer der både kan være af positivt og negativt karakter, prænatal udsættelse for moders misbrug, ingen forudsigtelig omsorgsperson, mangel på en tryk base og øget alarmtilstand muligvis forårsaget af oplevelsen af truende situationer.

3.5. Kritisk diskussion af casene og forløbsstudiet

Efter bearbejdningen af begge cases og forløbsstudiet forholder dette afsnit sig kritisk til resultaterne samt metoden bag casene og forløbsstudiet. Dette gøres da det er relevant at se om der er nogle større fejlkilder i forbindelse med casene eller ERA studiet som kan påvirke denne afhandlings resultater og konklusion.

3.5.1. Generel kritik af casene og ERA studiet

En generel kritik der kan stilles til de opnåede resultater fra de to cases er, at de er taget ud fra to andre studier (Jf. afsnit 1.6). Oplysningerne fra de to cases kan derfor være tilpasset deres original studie, hvilket kan påvirke denne afhandlings resultater i en negativ retning. For eksempel, hvis studiet har ude udeladt oplysninger i casebeskrivelsen, som ikke var væsentlig i forhold til deres forskningsspørgsmål, kan det

antages at have påvirket resultaterne af denne afhandling. Dette skyldes at eventuelle undladte oplysninger kunne have været relevant i denne afhandling og dermed have frembragt andre faktorer. På den anden side, er det en styrke at denne afhandling ikke har tilpasset casebeskrivelserne til problemformulering og at det er forsøgt ud fra de givne oplysninger, at inddrage og behandle begge cases så objektivt som muligt. Yderligere er det en styrke, at der er inddraget to cases idet det øger muligheden for at finde flere faktorer fra oplysninger, der kunne have været udeladt i den anden case. En anden kritik til casene, kan være manglende oplysninger omkring studierne påvirkning af casene. Især i forhold til Jill casen, hvor det er uklart om hendes fremgang kan skyldes at studiet af Chrisholm (2000) undervejs har intervenseret. Dette fremgår nemlig ikke tydeligt i artiklen med casen.

Det er forsøgt ikke at udvælge ekstreme cases (Jf. afsnit 1.6) men et kritikpunkt til casen med Jill, kan være at denne case kan defineres som værende ekstrem. Dette skyldes at Jill var over tre år og dermed krævede en udvidet godkendelse og kan derfor anses for at være et barn med mulige specielle behov. Der er yderlig kun 10% af denne type adoptioner i Danmark i år 2011 (Jf. afsnit 3.1). Casen med Jill kan dermed præsenterer en del de 10% og dermed ikke afspejle den almene adoption. Alligevel belyser casen vigtige faktorer bl.a. i forhold til alderens betydning, på adoptionstidspunktet, for den senere udvikling. Casen blev derfor fundet relevant i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Modsat kan Katie casen belyse faktorer ved den mere almene adoption idet Katie blev adopteret i en tidligere alder. Dermed burde et bredt adoptionsfelt være dækket ind ved inddragelse af begge cases og de fundne faktorer kan dermed også tænkes at være på spil hos andre adopterede. Ud fra Perrys teori fremkom det også at Jills og Katies adfærd og deficits synes at være almindelig grundet deres opvækst betydning for hjernens udvikling.

I forhold til ERA studiet er der også nogle ting de kan kritiseres for. Som tidligere nævnt kan ERA studiets valg af kontrolgruppe have påvirket deres resultater (Jf. afsnit 3.3). En begrænsning kan være at ERA studie sample blev indsamlet i starten af 90'erne (Jf. afsnit 3.3) hvilket kan give et skævt billede, idet mere nutidige adoptioner kan se helt anderledes ud, da det kan antages at være sket meget inden for adoptionsområdet og inden for institutionsforholdene siden dengang. ERA studiet har selv fundet en fejlkilde i forhold til fremkomsten af deprivations specifikke lidelser, idet nogle lidelser muligvis ikke er målbare ved for eksempel seksårs alderen som for

eksempel større depressioner. En anden fejlkilde forbundet hermed er at ERA studiet har fundet at deres resultater ikke altid matcher diagnosesystemerne som for eksempel ICD-10 (Rutter & Sonuga-Barke 2010). ERA studiet nævner også, at den sensitive periode der fremkom ved seks måneders alderen, bør undersøges yderligere (Rutter 2006; Kreppner et al. 2007). Som nævnt tidligere havde ERA studiet heterogene resultater inden for deres samples (Jf. afsnit 3.3) hvilket kan indikerer at deres sample måske ikke er så heterogene. Det kan for eksempel have været forskellige faktorer i spil hos de forskellige individer der kan have påvirket dem. For eksempel blev det i casen med Jill nævnt at plejepersonalet havde favoritbørn og dermed tænkes at nogle af børnene har fået mere omsorg end andre, hvilket også kan være gældende inden for ERA studiets sample. Det kan også tænkes at ERA studiets sample har haft forskellige genetiske sårbarheder (Jf. afsnit 2.1) der er blevet aktiveret under institutions deprivationen og som kan have ført til de heterogene udfald.

Så selvom at ERA studiet har prøvet at kontrollere forskellige variabler i forbindelse med deres studie er det muligt at andre variabler har påvirket resultaterne.

3.5.2. Reliabilitet, validitet, generaliserbarhed og evidens

Ifølge Thaggard (2004) forstås reliabilitet, validitet og generaliserbarhed lidt anderledes ved kvantitative metoder i forhold til de kvantitative metoder og erstattes derfor med begreberne troværdighed, bekræftbarhed og overførbarehed (Thagaard, 2004). Derfor anvendes Thaggards forståelse af disse begreber i den efterfølgende diskussion af casenes reliabilitet, validitet og generaliserbarhed mens disse begreber bibeholdes ved gennemgangen af ERA studiet.

Troværdighed (reliabilitet) sikres ved at forskningen er udført troværdigt og handler især om at kunne skelne mellem hvad der er de "rå" data og hvad der er forskerens vurderinger (Thagaard, 2004). Som tidligere nævnt er oplysningerne i casene ikke blevet påvirket men blot omskrevet fra deres original form som kan findes i de studier de stammer fra. Der er dermed ikke foretaget tolkninger og vurderinger før casene blev sammenholdt og diskuteret med Perrys teori og senere også resiliensforskningen (Se kapitel 4). Dette kan være med til at styrke troværdigheden. Yderligere kan det formodes at kriterierne der blev sat i udvælgelsen af casene (Jf. afsnit 1.4) kan være med til at øge specialets troværdighed. Bekræftbarhed (validitet) handler om at forholde sig kritisk til sine tolkninger og om tolkningerne kan støttes

af anden forskning (Thagaard, 2004). I denne afhandling kan tolkningerne foretages af andre idet belysningen af Perrys teori på casene er forsøgt gjort på en logisk og konsistens måde ved først at have præsenteret teorien og dernæst casene og først herefter sammenholdt dem med hinanden. Denne strukturerede måde kan være med til at øge specialets bekræftbarhed. Overførbarede handler om undersøgelsens resultater er relevante og overførbare til andre sammenhænge (Thaggard, 2004). Grundet specialets placering inden for almen psykologi (Jf. afsnit 1.3) og fravalget af ekstreme case (Jf. afsnit 1.4) kan være med til at øge overførbareheden af specialets resultater da det inden for adoptionsområdet ikke er specielle eller ekstreme faktorer der søges efter. Det har af andre været diskuteret om man kan generaliserer ud fra cases men det viser sig at cases er især skarpe på generaliserbarhed ifølge Flyvbjerg (2010). Dette skyldes at i casearbejde anvender man begrebet *falsifikation*. Falsifikation vil sige at hvis der er en observation i casen der ikke stemmer overens med tesen må tesen forkastes eller revideres (Flyvbjerg 2010). I forhold til dette projekt kan det antages at falsifikation er anvendt på den måde at hvis faktorerne fremkommer gennem casebeskrivelserne og belysningen af Perrys teori kan det indikeres at faktoren kan have en betydning for udviklingen. I denne forbindelse har det været nyttigt at der er blevet valgt to cases (Jf. afsnit 1.6) idet der har været to muligheder for faktorer at komme til syne.

I forhold til ERA studiets reliabilitet, validitet og generaliserbarhed har ERA studiet selv fundet validitet inden for deres fire deprivations specifikke mønstre (Rutter et al. 2010, Rutter & Sonuga-Barke 2010; Rutter et al. 2007a; Rutter et al. 2007b; Kreppner et al. 2007) og at deres resultater var reliable ved tilknytning (Rutter et al. 2007a). Det har ikke umiddelbart været muligt i en række artikler af ERA studiet (Ibid) at finde flere oplysninger om ERA studiets reliabilitet. Det er derfor valgt at udlede nogle tegn på reliabilitet ud fra de givne oplysninger, der også er i afsnit 3.3. Kruuse (2005) definerer reliabilitet til at være konsistens og om undersøgelsen måler det den måler på. ERA studiet har inddraget en kontrolgruppe af nationalt adopterede før de seks måneder. Som tidligere diskuteret (Jf. afsnit 3.3.) kan ERA studiets valg af kontrolgruppe gøre, at de ikke kun måler betydningen af institutionen men også alderen og længden af tiden i institutionen. Dette kan tænkes at påvirke reliabiliteten, idet ERA dermed ikke måler det de måler. Validitet defineres af Kruuse (2005) som værende troværdighed og om studiet undersøger det man ønsker at undersøge. Som

tidligere nævnt, har ERA studiet selv fundet deres resultater for valide. Dette synes at støttes op af at det kan tænkes at valget af kontrolgruppen med de national adopterede har gjort at de kunne kontrollere betydningen af selve adoptionen på udviklingen, ligesom resultaterne ikke afspejler større forskelle af graden af institutionel deprivation hvilket kan tænkes at være med til at øge deres validitet. Generaliserbarhed defineres af Kruuse (2005) til at være det at undersøgelsens resultater kan overføres til andre tilfælde. ERA studiet har fået en del kritik for ikke at være et naturligt eksperiment, fordi situationen med de rumænske adopteret har været så unik, at samplet muligvis ikke kan generaliseres til andre samples. ERA studiet har dog selv fundet evidens for at der kan drages flere paralleller til andre studier med andre samples (Rutter 2006). ERA studiet gør dog stadig opmærksom på at generaliserbarheden inden for de fire deprivations specifikke mønstre bør undersøges yderligere (Rutter & Sonuga-Barke 2010).

I forhold til evidens vil cases i nogle evidenshierarkier være lavt placeret. For eksempel i Zachariaes (2007) evidenshierarki er casestudier placeret næsten nederst i niveau 5 og defineres som have ringe evidens men hvor ERA studiet, der er et korrelativ longitudinel forløbsundersøgelse, kan placeres længere oppe nemlig i niveau 3 og dermed klassificeres som have moderat evidens (Se figur 7). Ifølge Jensen (2014) kan de eksisterende evidenshierarkier anses for at være for endimensionel. De forskellige metoder har nemlig hver deres styrker og svagheder i forhold til det undersøgte problemfelt. For eksempel er casestudier god til at undersøge problemstilling hvor flere faktorer indgår (Jensen 2014). Derfor kan det antages at i forhold til dette projekts problemformulering bidrager casestudierne med høj evidens til studiets resultater trods deres lave placering i evidenshierarkiet i figur 7.

NIVEAU	UNDERSØGELSESTYPE	EVIDENSKLASSIFIKATION
1	A Meta-analyser	Særdeles god
	B Kvalitative systematiske reviews	
2	A Multicenterundersøgelser	God
	B Randomiserede, kontrollerede undersøgelser	
3	A Kontrollerede kohorteundersøgelser	Moderat
	B Andre prospektive, kontrollerede undersøgelser	
	C Andre kontrollerede undersøgelser, fx matchede case-kontrolstudier, før-efter-studier	
4	A Konsensuskonference	Moderat – ringe
	B Observationsundersøgelser, deskriptive undersøgelser	
	C Andre typer undersøgelser, fx interviewundersøgelser	
5	A Ekspertudsagn	Ringe
	B Case-studier	
6	C Anekdoter	Særdeles ringe

Figur 7 Evidenshierarkiet (Zachariae, 2007, p. 19).

Gennem dette afsnit er det blevet fundet at casesbeskrivelserne og ERA studiets resultater overordnet set er valide, reliable og generaliserbare/overførbare. Disse resultater har dermed også en positiv påvirkning på specialets resultater i dette kapitel. Yderligere kan det at der i specialet blev fastsat tydelige og strenge udvælgelses kriterier for valg af casene og ERA studiet være med til at øge troværdigheden, bekræftbarheden og overførbareheden ved de fundne faktorer i dette kapitel (Jf. afsnit 1.4.).

3.5.3. Kritisk diskussion af belysning af Perrys teori på casene og ERA studiet

Overordnet har Perrys teori passeret godt på de to casebeskrivelser hvor stort set alle dele af den gennemgået teori blev andet. Et perspektiv har dog ikke været berørt i begge casebeskrivelserne og det har været genernes betydning. Perry nævnte i afsnit 2.1. at barnet er et produkt af både generne og miljøet. Derfor kan dette ses for være en større mangel i forhold til casebeskrivelserne. Årsagen til at Perrys perspektiv ikke kom i spil kan være fordi der har manglet oplysninger i casebeskriverne. At Perrys teori ellers har passeret godt sammen med casene kan ikke skyldes at casene er blevet tilpasset problemformuleringen eller Perrys teori, da de er taget fra andre case-studier (Jf. afsnit 1.4; 3.5.1). Perrys teori stemte ikke overens ved begge casene i forhold til at inddrage dyr i interventionen, da Katie var voldelig overfor dyr mens Jill var bange for dem. Der er derfor en mangel i Perrys teori i forhold til hvordan man så kan skabe gentagne positive erfaringer for at forbedre tilknytnings evnerne hos børn der i høj grad har vanskeligheder på dette område og hvor for eksempel adoptivforældrene vil "give op". I forhold til Katie burde hun som udgangspunkt også have haft gode muligheder for at klare det godt ud fra Perrys teori, men som gennemgået i afsnit 3.2.2.1. kunne Perry komme med flere eksempler på hvorfor hun trods sin unge alder klarede det dårligt alligevel. Til gengæld var det svært ud fra Perrys teori at forklare hvorfor Katie ikke havde forhøjet niveau af adrenalin og serotonin, hvis hun var i et øget alarmtilstand.

I forhold til ERA studiet og Perrys teori, blev både alarmresponsystemet og stressresponsystemet ikke bragt på banen. Især er det besynderligt i forhold til stressresponsystemet idet dette udvikles tidligt og på grund af manglen af en fast omsorgsperson og trykbase, hvilket kan antages at ERA studiets sample har manglet.

Årsagen til at det ikke har været muligt at danne en kobling mellem ERA studiet og Perrys teori, med disse to systemer, kan skyldes at ERA studiet er et kvantitative studie med fokus på institutionsopholdets betydning for udvikling af lidelser og dermed ikke har haft fokus på andre faktorer eller beskrive reaktionerne hos det enkelte barn. Ellers har det meste af Perrys teori kunne anvendes i belysningen af ERA studiets resultater. Langt hen af vejen synes teorien at stemme overens med empirien men der var også nogle undtagelser. For eksempel omkring betydningen af alderen og den sensitive periode synes ikke at stemme overens. Yderligere var det ud fra Perrys teori vanskeligt at forklare hvorfor ERA studiet fandt at en lille hovedstørrelse ikke havde en betydning på de kognitive funktioner. Ligesom det var vanskeligt at forklare hvorfor ERA studiet ikke fandt at emotionelle- jævnaldrende- og adfærdsproblemer kunne skyldes insitutionsdeprivationen og disse problemer fremkom i højere grad hos kontrolgruppen med uopmærksomhed og overaktivitet end ved institutionsgruppen. Ud fra Perrys teori tyder det nemlig på det modsatte. En forklaring på at teori og empiri i disse tilfælde ikke stemmer overens kan være fordi oplysningerne i ERA studiet eller beskrivelsen af Perrys teori ikke har været specifik nok til at skabe en sammenligning. En anden mulighed kan også være at de bare ikke stemmer overens.

Kapitel 4. Resiliensforskningen

Dette kapitel har til formål, ud fra resiliensforskningen, at belyse om der er nogle faktorer ved internationale adoptioner der automatisk placerer børnene i en risikogruppe, om der er nogle enkelte faktorer ved individet der øger denne risici og om nogle faktorer er med til at beskytte mod eller formindske risikoen. Kapitlet består først af en definition af resiliens. Herefter præsenteres nogle risikofaktorer, betydningen af arv/miljø samt en række resultater fra resiliensforskningen. Løbende sammenholdes resiliens med det allerede gennemgået forskningen inden for internationale adoptioner og Perrys teori.

4.1. Definition af resiliens

Resiliens kan defineres som de forskellige variationer individer har på modgang eller som evnen til at komme sig efter modgang. Modgang kan for eksempel være op-

vækst i et særligt belastende miljø eller stressfyldt situation. Resiliens er derfor også det, at nogle individet kan cope med denne modgang mens andre bukker under. Resiliens er dermed ikke et træk, et egenskab eller noget et individ har, men derimod et fænomen eller en proces der er foranderligt. Hvis omstændighederne ændres vil resiliensen også. Et individ kan dermed bevæge sig mellem resiliens og sårbarhed som to modsatrettede poler (Rutter 2011; Sommer 2010, Rutter 2003; Luthar et al. 2000; Rutter 1992).

Der findes tre typer af fænomener inden for resiliens. Det første ses hos de børn der er i risiko klarer det bedre end forventet. Det andet ses hos de individer der beholder evnen til positiv adaptation trods modgang. Positiv adaptation er en type tilpasning som er bedre end man havde forventet i den type udsættelse for risiko begivenhed. Det tredje og sidste fænomen ses hos de der har en god bedring efter traume (Sommer 2010; Luthar et al. 2000). At et individ har udvist resiliens overfor en type modgang er ikke ensbetydende med at individet udviser resiliens overfor alle typer af modgang. Det kan nemlig variere hvad man viser resiliens overfor (Rutter 2011). Et godt eksempel på hvad resiliens handler om i praksis er det tidligere gennemgået ERA studiet idet der sås heterogene resultater hos adoptivbørnene (Rutter 2011). I kapitel 2, hvor Perrys teori blev gennemgået, er resiliens kun meget sparsomt omtalt. For eksempel er det kort nævnt at resiliens overfor fremtidig stress og traumer kan udvikles hvis barnet fra spæd har haft en forudsigende omsorgsperson og en tryk base at udvikle sig fra (Jf. afsnit 2.3.4). I tabel 2 (Jf. afsnit 2.4) fremgår det også at resiliens er et af de primære udviklingsmål ved hjernestammen. Det kan dermed tyde på at Perry måske vil betragte resiliens som en evne der udvikles samtidig med hjernestammen. Derfor er Perrys forståelse af resiliens måske ikke tilsvarende dette kapitels forståelse af resiliens som en foranderlig proces. En anden mulighed er, at det er basen for resiliens Perry ser som et primær udviklingsmål ved hjernestammen og Perry ellers vil være enige med definitionen af resiliens som en foranderlig proces gennem livet. Der mangler viden om Perrys syn på resiliens for endelig at konkludere hans forståelse heraf.

4.2. Multiple risiko- og beskyttende faktorer

Et barns resiliens er påvirket af en række faktorer for eksempel: Egenskaber ved barnet, barnets gener, miljøet, tidlige erfaringer, sociale relationer, barnets udviklingsshi-

storie og timingen af eventuelle ugunstige erfaringer. Disse faktorer kan være beskyttende eller risikofyldte, og er med til at beskrive den generelle effekt som enten værende fordelagtig eller skadelig (Cicchetti, 2010; Luthar et al. 2000). Beskyttende faktorer er oftest forbundet med positive erfaringer, som ikke nødvendigvis er beskyttende i sig selv, men som kan være med til at neutralisere risikofaktorerne (Rutter 2011). Oftest er beskyttende faktorer det modsatte af risikofaktorer og omvendt (Sommer 2010). Af den årsag er det valgt hovedsageligt kun at præsentere faktorerne som risikofaktorer men faktorerne fremgår i specialets model som både beskyttende og risikofaktorer (Se kapitel 5; figur 8).

Det der adskiller sårbare børn fra mere resiliente børn er ikke om de har været udsat for én specifik risikofaktor, men om de har en livshistorie med multiple risikofaktorer (Rutter 2011; Fergusson & Hoewood 2003). Mange risikofaktorer fører ikke i sig selv til øget fremkomst af psykiatriske lidelser, som fremkomsten af to eller flere risikofaktorer kan gøre (Rutter 1992). Risikofaktorer kan for eksempel være et hjem der er præget af omsorgssvigt, psykiske sygdom eller stof- og alkoholmisbrug. Risikofaktorerne kan føre til øget risiko for at barnet får udviklingsmæssige problemer (Fergusson og Harwood 2003; Sommer 2010). Manglen på udvikling af resiliens kan også skyldes manglen på tætte og omsorgsfulde relationer eller manglen på venskaber (Fergusson & Harwood 2003; Cicchetti 2010). Faktorer der kan påvirke udviklingen af resiliens kan også være evnen til problemløsning, planlægning eller eksekutive funktioner, copingstrategier eller kognitiv - og affektiv bearbejdning (Rutter 2011; Cicchetti 2010). I forhold til Katie der blev testet med BRIEF og viste vanskeligheder med bl.a. de eksekutive funktioner kan have påvirket Katies udvikling af resiliens. Gennem belysningen af Katie casen, med Perrys teori, tyder det også på at Katie kunne have kognitive forringelser, der kom til udtryk ved aggressiv adfærd (Jf. afsnit. 3.2.2; 3.2.2.1). Dette stemmer også overens med de ovenover nævnte faktorer der kan påvirke resiliensudviklingen.

Andre faktorer der kan føre til, at nogle børn i høj risiko miljøer ikke udvikler resiliens kan også være: Lav intelligens, manglende eksterne interesser og tilknytning uden for miljøet, manglende varm, kærlig tilknytning til mindst én af forældrene, manglende relationer til jævnaldrende samt vanskeligt temperament og adfærd. Temperamentet hos barnet kan gøre forældrene mere modvillige og mere irriteret hvis det har præg af negativitet, hysteri og var meget regelmæssigt (Rutter 2011;

Rutter 1992). At barnet er tilknyttet til mindst én af forældrene er med til at reducerer risikoen forbundet med modgang, hvilket der gør denne tilknytning vigtig. Reduceringen kan komme fordi relationen til den éne forældre bidrager til beskyttelse af barnet og fordi barnet får øget selvværd gennem relationen (Rutter 1992). En anden risikofaktor der også er fundet betydningsfuld er køn. For eksempel er det fundet at, drenge er mere tilbøjelig til at udvikle emotionelle og adfærdsforstyrrelser end piger. Til sidst er det også fundet at børn der ikke tidligere har overvundet modgang kan have svækket modstandskraft overfor fremtidlige risici (Rutter 2011; Rutter 1992). Dette kan måske stemme overens med resiliens placering ved hjernestammen i Perrys teori (Jf. tabel 2). På baggrund af dette, kan resiliens i Perrys teori måske ses som en modstandskraft der udvikles under hjernestammen og derfor måske adskille sig fra den måde som for eksempel Rutter (2011) ser resiliens som en mere foranderlig proces. Som tidligere nævnt mangler der dog viden om Perrys forståelse af resiliens for endelig at kunne drage slutninger. Ifølge Rutter (2011) er det også fundet, at psykosocial belastning i barndommen kan føre til adfærdsproblemer der kan fortsætte ind i voksenlivet og kan give mere modgang grundet dårlig sociale færdigheder (Rutter 2011). Dette synes at stemme overens med ERA studiet og de to cases der fandt sociale vanskeligheder hos børnene.

Beskyttende faktorer er som tidligere nævnt det modsatte af disse risikofaktorer og begrænser effekten af modgangens betydning og kan føre til en mere positiv udviklingssti. De beskyttende faktorer er dermed med til bl.a. at mindske risikoen, reducere negative kædereaktioner, opbygning og opretholde af positiv adaptation. Det er dog ikke nok at have vurderet at faktoren er beskyttende eller risikofyldt. Man må også se på hvordan faktoren påvirker udviklingen (Rutter 1992; Sommer 2010; Rutter 2011; Rutter & Rutter 1997).

I forhold til Perrys teori kan beskyttende- og risikofaktorer muligvis sidestilles med tidsperspektivet for de enkelte hjerneområders udvikling og de funktioner de medierer. Herunder også de sensitive perioder for udvikling. Dermed kan det tænkes at Perrys tidsperspektiv kan anvendes til at præcisere hvornår de enkelte faktorer, resiliensforskningen fremhæver, kan være vigtige i barnets udvikling af resiliens. For eksempel kræves der rytmiske og strukturerede sanseerfaringer, gennem en stabil omsorgsperson, for at opnå den optimale udviklingen af hjernestammen, hvor resiliens er placeret (Jf. tabel 2). Beskyttende- og risikofaktorer kan, ud fra Perrys teori,

måske også indgå som en del af den brugsbetinget udvikling, idet de beskyttende faktorer (erfaringer) skal være til stede for at udviklingen kan være optimal. De nødvendige erfaringer kan dermed være med til at beskytte og styrke udviklingen i en positiv retning hvorimod sansedeprivation kan være en risikofaktor der kan føre udviklingen i en negativretning. Risikofaktorerne (ugunstige/manglende erfaringer) kan dermed påvirke flere af de faktorer det berørte hjerneområde medierer.

Beskyttende og risikofaktorerne kan både være genetisk og miljømæssig betinget. Dette bliver gennemgået lidt nærmere i det følgende afsnit.

4.3. Arv vs. miljø

Der er en sammenhæng mellem individets gener og miljø, fordi nogle af individets gener påvirker hvor modtagelig individet er overfor specifikke miljømæssige påvirkninger, men også fordi nogle faktorer påvirker både barnets miljø og gener. Barnets genetik kan både være af beskyttende karakter eller risikoplaget. For eksempel arver barnet sine gener fra forældrene og da forældrene selv har disse gener, kan det også påvirke deres håndtering af barnet og dermed barnets opvækstmiljø. Hvilken betydning det har for barnet afhænger af om der er tale om beskyttende eller risikofyldte gener (Rutter 2011; Rutter & Rutter 1997). Selvom barnet bliver født med sine gener bliver generne ikke mindre aktive gennem barndommen, da nogle først bliver fuldt udviklet senere i livet. Ét enkelt risikogen har ikke nødvendigvis en større effekt hvorimod en kombination af flere risikogener kan have en langt større effekt (Rutter 2011; Rutter & Rutter 1997). Perrys teori anser også at man ikke kan adskille arv og miljø fra hinanden da individet er et produkt af begge (Jf. afsnit 2.1).

4.4. Resultater fra resiliens forskning

Dette afsnit præsenterer kort nogle af de mange resultater inden for resiliensforskningen. Studier har vist at en større procentdel af mishandlede børn, havde en lavere grad af resiliens i forhold til ikke mishandlede børn (Cicchetti 2010). Studier har også fundet, at børn med abnormiteter i hjernen, grundet traumatiske oplevelser eller opvækst i et belastet hjem, ikke forhindrer barnet i at udvikle resiliens, grundet hjernens plasticitet. Hjernens plasticitet kan dermed være en indirekte form for resiliens, idet denne evne gør det muligt for individet at komme sig efter modgang eller traume (Svane & Mogensen 2010; Cicchetti 2010). Andre studier har vist, at det er langt

lettere at påvirke et barns udvikling af resiliens under dets udvikling end når grundlaget for resiliens først er dannet. Dette kan muligvis hænge sammen med, at senere erfaringer er afhængig af hvad der er gået forud. Negative kædereaktioner kan dermed være langvarige og dermed være med til at opretholde de negative konsekvenser i forbindelse med tidlig oplevelse af stress eller modgang (Cicchetti 2010; Rutter 2011). Hertil kan det tilføjes at Rutter (1992) har fundet evidens for at voldsom stress og modgang midt i barndommen, kan føre til psykiatrisk lidelser på trods af at alt var gået godt i spædbarnsalderen og i den tidlige barndom (Rutter 1992). Resiliens kan derfor sammenlignes med en fjedre der kan rette sig ud igen efter et pres, men hvis presset står på for længe kan fjederen forblive presset sammen. Dette kan være med til, at forklare hvorfor nogle børn klarer sig forskelligt, i forhold til hvor længe presset har stået på. Det er dermed vigtig at anerkende betydningen af den tidlig indsats som værende langt mere effektiv end den sene indsats. Rent fysisk kan dette muligvis forklares med et forsøg der har vist at en killing kan miste synet hvis øjet i en tidlig alder, og over en længe periode, blev udsat for sansedeprivation (Sommer 2010; Rutter & Rutter 1997; Rutter 2011).

Ud fra Perrys teori (jf. afsnit 2.2.; tabel 2) synes denne beskrivelse af resiliens at stemme godt overens med Perrys teori omkring hjernens udvikling, men også i forhold til hans studie der fandt at barnets alder og tiden i det ugunstige miljø spiller en væsentlig rolle (Jf. afsnit 2.3.6). Det synes også at stemme godt overens med resultaterne fra forskningen inden for internationale adoption, der bl.a. har vist at alderen har en betydning. Det er kun ved Katie, der blev adopteret tidligt og stadig har en række vanskeligheder, at resiliensforskningen ikke synes at stemme overens. Katies opvækst kan anses som værende belastende men trods resiliensforskningen påpeger at resiliens kan anses for at være ligesom den plastiske hjerne, har Katie stadig en række vanskeligheder længe efter adoptionen (Jf. afsnit 3.2.2). Yderligere kan det antages, at årsagen til at det er lettere at påvirke udviklingen af resiliens mens udviklingen står på, ud fra Perrys teori, princippet med at det er lettere at organisere hjernen end at omorganisere den (Jf. afsnit 2.2). Perrys studie (Jf. afsnit 2.3.6) fandt en korrelation mellem længden af omsorgssvigtet og på hvor udbredt konsekvenserne blev. Det kan dermed tyde på at Perrys teori vil støtte op omkring, resiliens forskningen fund af, at en tidlig indsats er af størst og afgørende betydning, for resiliens udviklingen.

4.5. Opsamling af væsentlig faktor inden for resiliens afsnittet

Gennem arbejdet med resiliensforskningen blev følgende faktorer fundet at kunne have en betydning for barnets udvikling: Barnets gener, egenskaber ved barnet (fx temperament og adfærd), modgang (fx omsorgssvigt, stress, traumatisk oplevelser, mishandling), psykisk sygdom, stof- eller alkoholmisbrug, tidligere erfaringer (fx overvindelse af modgang), sociale relationer (venskaber, mangel på en omsorgsperson samt tilknytning hertil), timingen af modgang samt længden heraf, forværring ved tilstedeværelsen af multiple risikofaktorer, copingstrategier, evnerne problemløsning, planlægning og eksekutive funktioner, IQ, manglen på eksterne interesser eller tilknytning uden for miljøet, køn, psykosocial belastning og hjernens plasticitet.

4.6. Kritisk diskussion af resiliensforskningen

Gennem afsnittet med resiliensforskningen blev der præsenteret en række faktorer der kan have en betydning for barnets udvikling. Disse faktorer har generelt stemt overens med fundene inden for internationale adoptioner. Det er kun ved Katie casen det har været lidt vanskeligt ud fra resiliensforskningen, at forstå hvorfor hun ikke er kommet sig bedre, når modgangen har været så kortvarig. Det kan tænkes at specialtets valg af resiliensforskning har været for snæver. På den anden side har de valgte forskningsresultater dækket et bredt felt af faktorer, der også er fundet i Perrys teori og resten af adoptionsforskningen. For eksempel betydningen af alderen, timingen og længden af modgangen, genernes betydning, alkohol-stofmisbrug, omsorgssvigt, traumer og stress. Desuden er der også blevet fundet nye faktorer (fx betydningen af egenskaber ved barnet som adfærd og temperament, copingstrategier og køn) gennem den udvalgte resiliensforskning. Det kan derfor formodes at selvom den valgte resiliensforskning ikke helt kunne belyse Katie casen har den været bred nok til at kunne besvare problemformuleringen.

I forhold til Perrys teori var det især vanskeligt at vurdere om Perrys forståelse af resiliens er tilsvarende resiliensforskningen. Det blev diskuteret flere gange i løbet af afsnittet hvordan Perrys placering af resiliens som et udviklingsmål under hjerne- stammen kan forstås. Ud fra de valgte kilder til beskrivelsen af Perrys teori (fx Perry 2011; Perry 2000) har det ikke været muligt at få afklaret denne placering. Der er

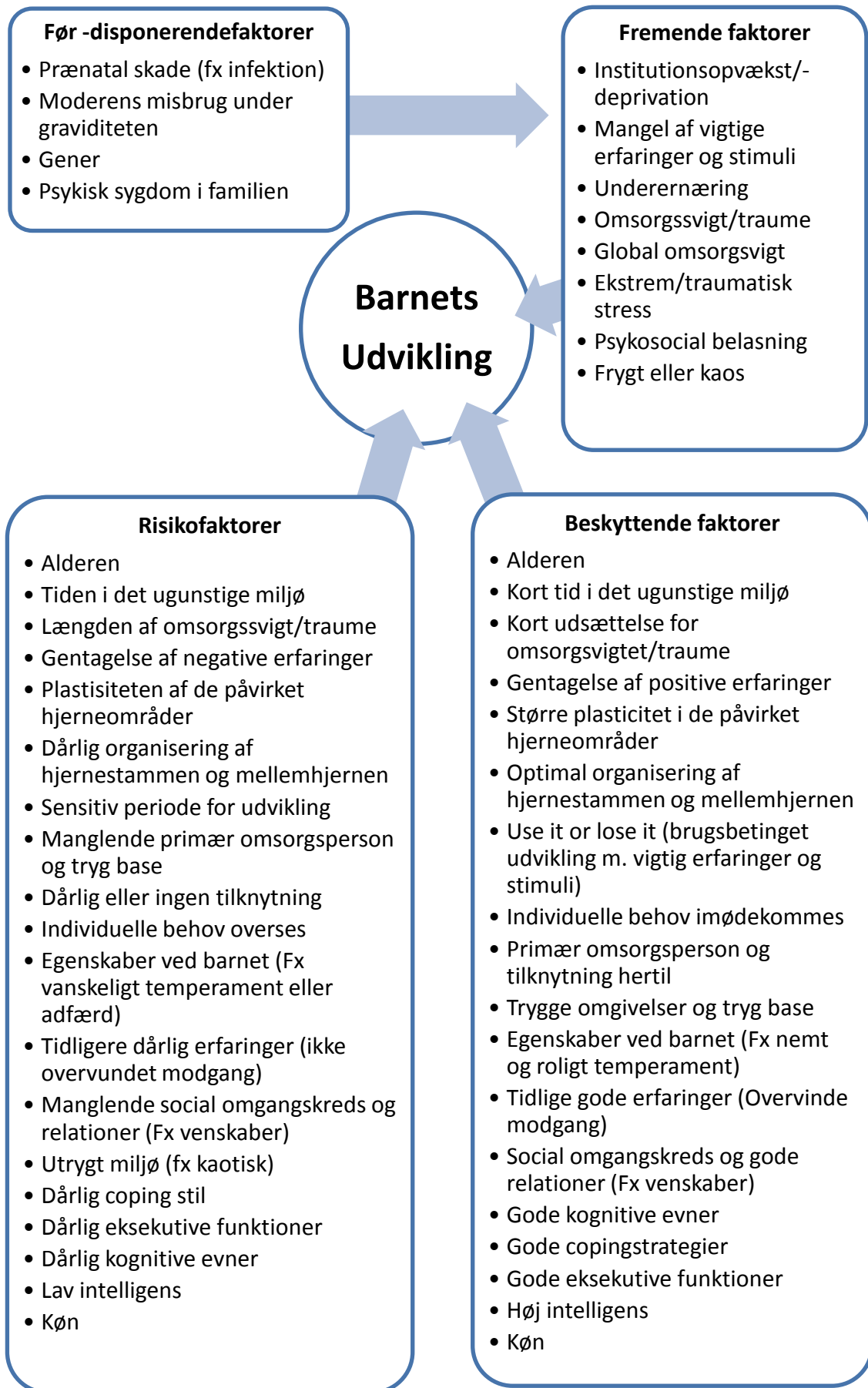
derfor behov for mere viden om Perrys forståelse af resiliens, for at kunne afklare denne placering og hans forståelse af resiliens. Det har dog på trods af denne vanskelighed været muligt at finde eksempler på hvor Perrys teori og resiliensforskningen synes enige omkring barnets udvikling. For eksempel findes den tidlige barndom/opvækst vigtig og betydningen af en primæromsorgsperson samt tilknytning hertil. Det blev også fundet enighed om at en tidlig indsats er den mest effektive da det er lettere at organisere end reorganisere.

Kapitel 5. Specialets model

Dette kapitel opsummerer alle de fundne faktorer ud fra Perrys teori, casebeskrivelserne, forløbsstudiet og resiliensforskningen. Det gøres opmærksom på at faktorerne afspejler de valgte teorier og dermed ikke er et endegyldigt billede over alle faktorer, der kan påvirke adoptivbørns udvikling men kun et bud på en række faktorer, der kan have en betydning. Yderligere skal man være opmærksom på at de præsenterede faktorer stammer fra forskellige dele af specialet. Dermed er ikke alle faktorer fundet under for eksempel Perrys teori. For eksempel fremkom faktorerne: Omsorgssvigt og alderens betydning hos både Perrys teori, resiliensforskningen, casene og forløbsstudiet mens betydningen af barnets temperament og copingstrategier kun fremkom ved resiliensforskningen. De fundne faktorerne er præsenteret i figur 8 der er inspireret af Alan Carrs model med inddeling af faktorerne i før-disponerende-, fremmende-, risiko- og beskyttendefaktorer (Carr 2009, p.42-43).

Specialets figur, eller model, er først og fremmest en oversigt over specialets resultater men kan yderlig anvendes i praksis, til at belyse hvilke faktorer, der kan have en betydning hos det enkelte adoptivbarns udvikling. Modellen skal forstås således: Der er en række før-disponerende faktorer der kan få en betydning for barnets udvikling gennem de fremmende faktorer der fremmer/aktiverer betydningen af de før-disponerende faktorer og påvirker udviklingen. Herudover er der en række beskyttende eller risikofyldte faktorer der påvirker barnets udvikling i forskellige retninger. Det er antallet af faktorer, og sammensætningen af de forskellige faktorer, hos det enkelte individ der former udvikling hos individet og udviklingen af eventuelle lidelser (Jensen, 2011; Sroufe 1997). Som Jensen (2011) pointerer er der flere faktorer der kan spille ind i en given situation men det er forskelligt fra individ til individ hvilke faktorer der er væsentlige hos det enkelte individ. Derfor kan de fakto-

rer der er særlig væsentlig hos et individ kan være uden større indflydelse hos et andet (Jensen 2011). Hos nogle individer kan det for eksempel tænkes at nogle genetiske faktorer kommer i spil, og som ikke kan opvejes af de beskyttende faktorer. Det kan også tænkes at én enkelt faktor kan starte en kædereaktion og dermed aktivere flere faktorer. For eksempel kan manglende sociale færdigheder føre til lavt selvtillid eller hvis forældre har en psykisk sygdom, som for eksempel depression, kan det påvirke deres håndtering af barnet. Barnet kan derfor selv udvikle deficits der afspejler den mangel der har været i forældrenes håndtering (Jf. afsnit 4.2; 4.3). Hos andre kan det tænkes, at der vil være en række risikofaktorer tilstede, men som opvejes af de beskyttende faktorer og dermed ikke har en større betydning for udviklingen. Det handler derfor om balancen mellem de forskellige faktorer hos det enkelte individ og om nogle af faktorerne opvejer hinanden. Derfor bør modellen så vidt muligt tilpasses det enkelte individs livshistorie.



Figur 8 Specialets model: Oversigt over fundne faktorer der kan påvirke udviklingen hos adoptivbørn

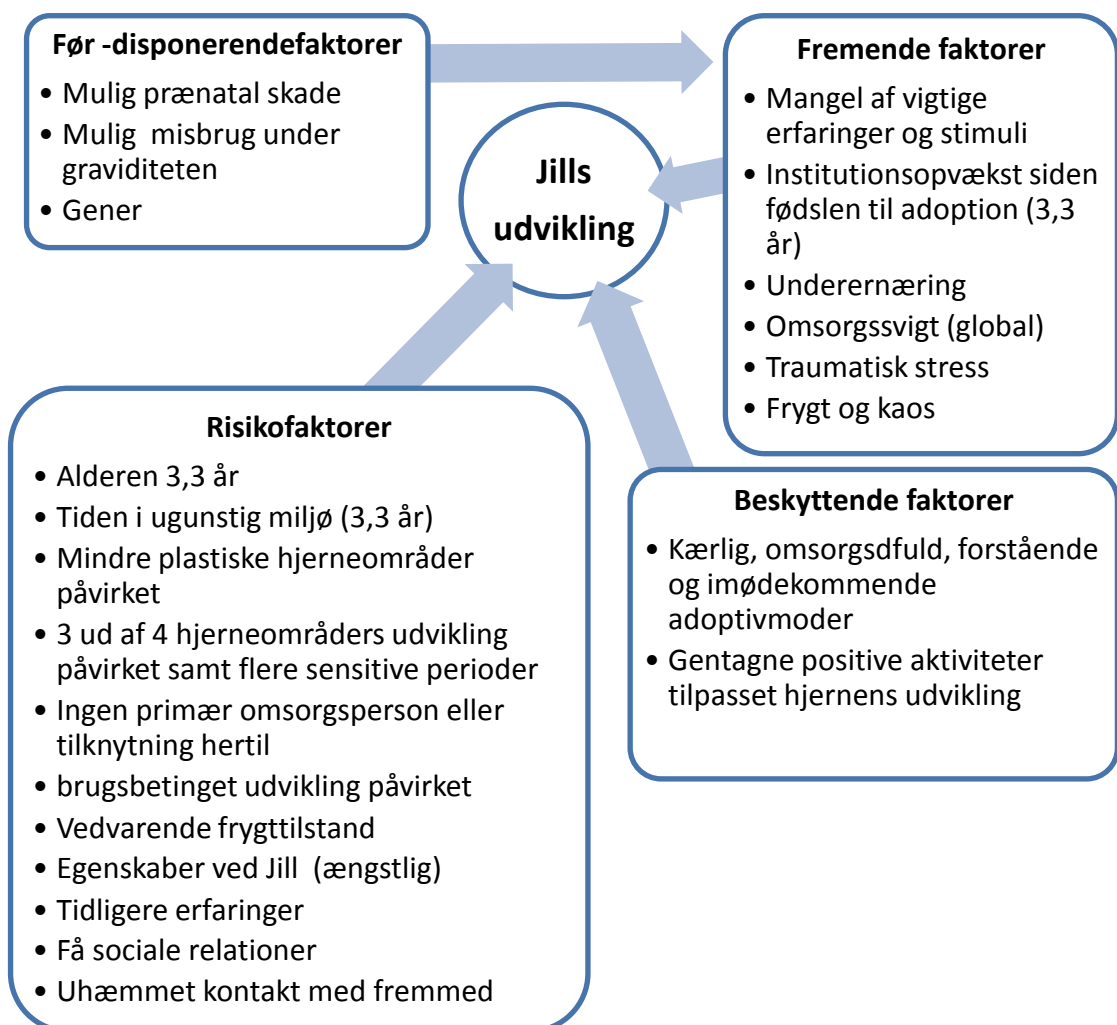
Det er muligt at modellen kan anvendes på andre målgrupper der har ligheder med de internationalt adopterede. For eksempel er det muligt at nogle af faktorerne også fremkomme hos nationalt adopterede eller hos børn der er opvokset i plejefamilie og/eller har været udsat for traume, omsorgssvigt eller mishandling. Ved anvendelse af modellen på andre målgrupper skal man være opmærksom på ligheder og forskelle på de internationale adopterede og en anden given målgruppe. I anvendelsen af modellen skal man også være opmærksom på at der højst sandsynlig kan fremkomme faktorer hos individet der ikke fremgår i modellen grundet modellen er tilpasset dette speciales problemformulering (Jf. afsnit 1.1) og fordi det ikke er muligt at samle alle væsentlige faktorer i en model (Jensen 2014). Modellen kan også være et redskab i forbindelse med interventionen og ved udvælgelsen af hvilken intervention der kan være nyttig for det enkelte barn. Dette er kort illustreret i næste afsnit.

5.1. Specialets model som hjælpemiddel til interventionen

Ifølge Perry (2014) kan det være vanskeligt at vælge de terapeutiske indsatser og udforme terapien hvis barnets udvikling er påvirket af omsorgssvigt eller traumer. Der er derfor behov for, først at forstå barnets nuværende udviklingsbillede, hvilket ofte ikke stemmer overens med barnets kronologisk alder. I stedet er det vigtigt at ramme barnets zone for nærmeste udvikling som Vygotsky også omtaler (Perry 2014). Det er derfor hele tiden vigtigt at have det enkelte individ i fokus og tænke på hvilket behandlingsforløb der passer dette individ bedst (Jensen 2014). Dette stemmer også overens med *Principerklæringen for evidensbaseret praksis* (Dansk psykolog forening 2009) hvor det nævnes at psykologen bl.a. skal tilpasse interventionen til individuelle forskelle hos individet. Dette afsnit præsenterer derfor, med udgangspunkt i Jill casen, et eksempel på et behandlingsforløb der tager afsæt i Perrys teori og neurosekventielle model for terapi. Afsnittet er ikke en dybtgående gennemgang af et muligt behandlingsforløb hos Jills, idet casen med Jill allerede er gennemgået i kapitel 3 og da der mangler oplysninger i casebeskrivelsen af for eksempel Jills nuværende udviklingsstatus.

Perrys Neurosekventielle "model" for terapi er ikke en specifik terapeutisk teknik. I stedet er modellen med til at give terapeuten et billede af individets udviklingshistorie og af individets styrker og svagheder. Formålet er at kunne tilpasse terapien

til det enkelte individets udviklingsmæssige behov inden for flere funktionsområder. Formålet er også at skabe en semistrukturerede proces hvor terapeuten bl.a. ser på hvilke faktorer der kan have haft en indflydelse på barnets udvikling og funktioner (Perry 2014). Modellen består af tre dele: Udviklingshistorie, undersøgelse af barnets nuværende funktioner og til sidst et set af anbefalinger for interventionen (Perry 2009). Det er i forbindelse med forståelsen af barnets udviklingshistorie at specialets model, der er præsenteret i figur 8, er tiltænkt at kunne være en hjælp. Specialets model kan hjælpe med at skabe et overblik over barnets udviklingshistorie og belyse de faktorer der kan have påvirket det enkelte barns udvikling. I forbindelse med klarlæggelsen af Jills udviklingshistorie (en form for anamnese) er de faktorer der kan have påvirket Jills udvikling allerede fundet i afsnit 3.2.1 og 3.2.1.1. Med udgangspunkt i casebeskrivelsen af Jill og figur 8 er følgende model over faktorer hos Jill blevet skabt (se figur 9).



Figur 9 faktorer model på Jill

Ud fra modellen i figur 9 fremgår det at der kan være en del risikofaktorer og fremmende faktorer der muligvis har påvirket Jills udvikling i en negativ retning. Som det fremgår er der meget få beskyttende faktorer. Dette kan skyldes manglende oplysninger i casebeskrivelsen af bl.a. Jills nuværende netværk af venner og familie. Der kan derfor ikke på baggrund af modellen (Jf. figur 9) antages at Jill har flere risikofaktorer end beskyttende.

I forhold til den anden del i Perrys neurosekventielle model, der består af den nuværende udvikling, kan oplysningerne i figur 9 være med til at skabe et overblik over hvilke hjerneområder hos Jill kan være berørt og ud fra Perrys teori kan forklare Jills vanskeligheder (Jf. afsnit 3.2.1.1.). Hos Jill kan det især være hjernestammen, mellemhjernen og det limbiske system hvis udvikling direkte har været berørt af hendes institutionsopvækst. Indirekte kan dette også have haft en påvirkning på funktionerne medieret af Jills cortex (Jf. afsnit 3.2.1.1). Ved Jill ses der vanskeligheder inden for alle udviklingsområder og derfor er både det personlige, tilknytning, det sociale, motoriske og de sproglige færdigheder berørt. Jills motoriske færdigheder da hun var 3,3 år var for eksempel tilsvarende med funktionerne hos et barn på 18-21 måneder. Jills fysiske tilstand var også underudviklet. Alle disse vanskeligheder stemmer godt overens med de formode påvirket hjerneområder (Jf. afsnit 3.2.1. og 3.2.1.1 samt tabel 2). Perrys neurosekventielle model for terapi skal ses som værende et supplement til andre undersøgelser som for eksempel *child behavior check list* og dermed skabe en samlet neurovidenskabelig oversigt over barnet (Perry 2014). Hvis der havde forelagt kvantitative undersøgelser af Jill som ved Katie var disse resultater derfor medtaget i denne del to af den neurosekventielle model for terapi.

Den sidste del i Perrys neurosekventielle model for terapi består af anbefaling for fremtidig interventioner (Perry 2009). Ifølge Perry (2011) er det vigtigt i terapien af omsorgssvigtet eller traumatiseret børn, at sikre at de berørte hjerneområders primære mål opnås, at nye erfaringer stemmer overens med de berørte områder og er relevante herfor. Yderligere er det vigtigt at terapien afspejler hjernens hierarkiske udvikling og bygger på gentagelser og belønninger (Perry 2011; afsnit 2.4; tabel 2). Som tidligere nævnt tyder det på, at hos Jill er det hjernestammen, mellemhjernen og det limbiske områdes udvikling der skal imødekommes (Jf. afsnit. 3.2.1.1.). Ud fra Perrys hierarkiske opbygning af hjernen (Jf. afsnit 2.2.1) kan det derfor være de primære mål for hjernestammen der først skal imødekommes gennem for eksempel

rytmisk strukturerede sanseindtryk og afstemt omsorg (Jf. tabel 2). De manglende oplysninger om Jills nuværende netværk i familien, skolen og vennekredsen er en essentiel mangel her. Dette skyldes at viden om beskyttende faktorer inden for Jills netværk kunne have været anbefalet at styrke yderligere gennem interventionen. For eksempel kunne det tænkes hvis Jill havde en god kontakt med en veninde eller til bedsteforældre skulle disse relationer styrkes yderligere og fungere som erstatnings-erfaringer for de manglende relationer gennem hendes barndom. Det samme er gjort med Jills motoriske vanskeligheder (der var på niveau med et barn på 18 mdr.) der blev styrket gennem gentagne og tilpasset aktiviteter som klaverspil og svømning. Det er dog vigtigt at erstatningserfaringerne ikke er upassende i forhold til Jills alder, hvilket kan være vanskeligt pga. Jills høje alder på adoptionstidspunktet (Jf. 2.4 og afsnit 3.2.1.). På trods af at terapien tilpasses Jills forskellige udviklingsstrin kan det diskuteres om det vil være nok til at genoprette de mulige abnormiteter i Jills hjerne og dermed forbedre hendes funktioner. Jills fremgang er allerede beskrevet som værende langsom, hvilket ud fra Perrys teori kan forklares med Jills forhistorie og at hendes hjerne næsten var færdig organiseret grundet hendes alder på 3,3 år på adoptionstidspunktet (Jf. kapitel 2 og afsnit 3.2.1.1.). Ud fra Perrys teori kan det derfor tænkes at det er vanskeligt at genoprette Jills funktioner grundet principperne med den sekventielle, hierarkiske og plastiske hjerne (Jf. afsnit 2.2). Yderligere kan det at Jills synes at være i et øget alarmtilstand, ud fra Perrys teori, være med til at forsinke udviklingsforbedringerne hos hende og gøre terapien vanskeligere (Jf. afsnit 2.4 og afsnit 3.2.1.1.). Ud fra Perrys teori tyder det ikke på at være en god idé at fremme Jills udvikling gennem medicinske tiltag. Dette skyldes at en medicinsk behandling ikke vil gøre en større gavn da medicinen ikke kan omorganisere de dårlig fungerende hjerneområder (Jf. afsnit 2.4). Desuden er den bedste terapi kærlighed mellem mennesker og derfor spiller barnets omgangskreds en stor rolle i interventionen af barnet (Perry 2011; Perry & Szalavitz 2011). I stedet for medicin kan Jills adoptivmoder muligvis være den "faktor" der kan være med til at Jills færdighed (fx de sociale) ikke forværres. Det er dog ikke sikkert at Jills adoptivmoder kan forbedre færdighederne hos Jills idet der, som tidligere nævnt i afsnittet, ud fra Perrys teori synes at være flere faktorer, der gør det vanskeligt at forbedre Jills færdigheder. Ud fra Perrys studie (Jf. afsnit 2.3.6.) kan det også tyde på at Jills muligheder for at indhente nogle af hendes udviklingsforsinkelser er dårlige grundet den sene alder hun havde

på adoptionstidspunktet og fordi det tyder på at hun har været udsat for global omsorgssvigt (Jf. afsnit 2.3.6; 3.2.1.1., figur 3). Ifølge Perry (2011) er en tidlig indsats derfor altid den letteste, bedste og dermed også billigst end først at gribe ind, når der er sket større skader hos barnet.

Kapitel 6. Konklusion

Dette speciale havde til formål at besvare følgende problemformulering: *Hvordan kan Bruce Perrys teori, om hjernens udvikling, forskningen i internationale adoptioner og resiliensforskningen belyse faktorer i internationalt adopterede børns udvikling?* Problemformuleringen blev besvaret ved først at redegøre for Perrys teori og belyse de faktorer der heri kan påvirke et barns udvikling. Dernæst blev der inddraget to casebeskrivelser og et forløbsstudie med internationalt adopterede børn. Faktorerne fra casebeskrivelserne og forløbsstudiet blev fundet gennem belysningen med Perrys teori (Jf. afsnit 2.4; figur 8). I dette kapitel blev det også fundet, at selvom de to cases med Katie, Jill og forløbsstudiet med ERA samlet alle havde lignende baggrunde med institutionsopvækst, og en eller anden form for deprivation, så klarerede de det forskelligt. For eksempel udviklede Jill ADHD mens Katie udviklede begyndende borderline (Jf. afsnit 3.2). De fundne faktorer gennem dette kapitel, var for eksempel alderen på adoptionstidspunktet og dermed af længden institutions deprivation samt mulig udsættelse for moders misbrug i den prænatale periode. Efter dette afsnit blev resiliensforskningen sammenlignet med Perrys teori, de to cases og forløbsstudiet hvilket førte til fremkomsten af flere faktorer, der kan have en betydning for et adoptivbarns udvikling (Jf. afsnit 4.5; figur 8). For eksempel blev genernes betydning fremhævet gennem dette kapitel. Gennem specialet blev der fundet nogle faktorer, der var fælles for alle de inddragte teorier og forskningsstudier. For eksempel faktorerne: Alder, manglende erfaringer og omsorgssvigt alle tydet på at have en betydning for udviklingen. Nogle af de faktorer der ikke fremkom i alle afsnit, men havde tyder på at have en betydning for udviklingen er for eksempel egenskaber hos barnet (fx temperament), genernes betydning og copingstrategier. Det sidste kapitel i specialet samlede alle de fundne faktorer i en model (Jf. figur 8). Her blev faktorerne inddelt i fire grupperinger: før-disponerede faktorer, fremmende faktorer, risikofaktorer og beskyttende faktorer. Modellen viser mulige faktorer der kan have en betydning for udviklingen. Modellen vil derfor være forskelligt ud fra individ til individ.

Dette blev illustreret ved, at det blev vist hvordan specialets model i praksis kan anvendes som et hjælpemiddel til udarbejdelsen af barnets anamnese. I den forbindelse blev modellen inddraget i et eksempel af Perrys neurosekventielle model for terapi på casen med Jill.

Det kan dermed konkluderes at der gennem belysning af Perrys teori samt forskningen inden for internationale adoptioner og resiliensforskningen kan påvises en række faktorer, hvilke er illustreret i figur 8, der muligvis har en indflydelse på adoptivbørn udvikling.

Referenceliste

- Baskerville, T. A. & Douglas, A. J. (2010) *Dopamine and Oxytocin Interactions Underlying Behaviors: Potential Contributions to Behavioral Disorders*. CNS Neuroscience & Therapeutics 16. Blackwell Publishing Ltd.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. G. & Sonuga-Barke, E.J.S (2006) *Do the effects of Early Severe Deprivation on Cognition Persist Into Early Adolescence? Findings From the English and Romanian Adoptees Study*. Child Development. Vol. 77. Nr. 3.
- Carr, A. (2006). *The Handbook Of Child And Adolescent Clinical Psychology*. East Sussex: Routledge
- Chrisholm, K (2000). Attachment in Children Adopted from Romanian Orphanages. Two Case Studies. in Patricia McKinsey Crittenden & Angelika Hartl Claussen (Eds.) *The organization of attachment relationships: maturation, culture, and context*. Cambridge University Press. 1.ed.
- Cicchetti, D. (2010) *Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective*. World Psychiatry. Oct; 9 (3).
- Cohen, N. J. (2002) Adoption in Rutter, M. and Taylor, E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* (4.ed) Blackwell Science
- Colman, A. M. (2009) *Oxford Dictionary of Psychology*. 3.ed. Oxford University Press.
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J, Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., O'Connor, T. G., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E.J.S (2008). *Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study*. Development and Psychopathology (20).
- Dalen, M., (2005) International Adoptions in Scandinavia Research Focus and Main Results Internationally Adopted Children in Brodzinsky, D. M., Palacios, J. (Eds) *Psychological Issues in Adoption – Research and Practice*
- Dansk Psykolog Forening (2009). *Principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis*. Hentet fra [www.dp.dk/da/Profession og Fag/Evidens.aspx&class=big](http://www.dp.dk/da/Profession%20og%20Fag/Evidens.aspx&class=big)

- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2003). Resilience to Childhood Adversity – results of a 21-year study. In (Ed.) Luthar, .S. S. *Resilience and Vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*.
- Flyvbjerg, B (2010) Fem misforståelser om casestudiet in Svend Brinkmann & Lene Tanggard (eds) *Kvalitative metoder. En grundbog*. 1. ed. Hans Reitzels Forlag.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2000). *TEST REVIEW Behavioral Rating Inventory of Executive Function*. Child Neuropsychology. Vol. 6. No.3.
- Gunnar, M.R. and Kertes, D.A., (2005) Prenatal and postnatal risk to neurobiological development in Internationally Adopted Children in Brodzinsky, D. M., Palacios, J. (Eds) *Psychological Issues in Adoption – Research and Practice*
- Hart, S. (2011). Introduktion til kapitel 10. in Susan Hart (Ed.) *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. 1. ed. Hans Reitzels Forlag.
- Howard, A. R (2009) *An evaluation of the psychometric properties of the Beech Brook Attachment Disorder Checklist*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol.70(6-B).
- Jakobsen, I. S. (2012). En anden start på livet set i et adoptionsperspektiv. In Iben Krarup Høgsberg & Annette Buch-Illing (Eds.) *Adoptionshåndbogen – det adopterede barn i familien, i dagtilbud og skole*. København: Hans Reitzels
- Jensen, M. (2011) Socialpædagogisk behandlingsarbejde. *Tema: Fællesskaber i socialpædagogisk arbejde*. Tidsskrift for Socialpædagogik. 14. årg. Nr.1.
- Jensen, M. (2014) *Et inkluderende evidensbegreb*. Social Kritik 140.
- Johnson, D. E (2000) Medical and Developmental Sequelae of Early Childhood Institutionalization in Eastern European Adoptees in Charles A. Nielson (Ed.). *The effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development*. The Minnesota Symposia on Child Psychology. Vol 31. Psychology Press.
- Johnson, D. E., (2002) *Adoption and the effect on children's development* In Early Human Development 68 ELSEVIER
- Juffer, F., Palacios, J., Le Mare, L., Sonuga-Barke, E. J. S., Wendy, T., Bakermans-Kranenburg, M.J., Panayiotu, V., Can Ijzendoorn, M., H & Verhulst, F.C (2011) *Children without permanent parents: Research, practice, and policy: II. Development of adopted children with histories of early adversity*. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol76(4).
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., O'Connor, T. G., Stevens S. & Sonuga-Barke, E. J. S (2007). *Normality and Impairment Following Profound Early Institutional Deprivation: A Longitudinal Follow-Up Into Early Adolescence*. Developmental Psychology vol. 43 No. 4
- Kreppner, J., Krumstra, R., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E., J. (2010). *IV. Developmental course of deorivation-specific psychological patterns: Early manifestations, persistence to age 15, and clinical fea-*

- tures*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Vol. 75(1).
- Krumsta, R., Kreppner, J., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J. Stevens, S. & Sonuga-Barke, E.J (2010). *III. Deprivation-Specific Psychological Patterns*. Monographs of the Society for research in Child Development Vol. 75 (1).
- Kruuse, E. (2005). *Kvantitative forskningsmetoder - i psykologi og tilgrænsende fag*. (5 ed.) Dansk psykologisk forlag
- Luthar, S., Cicchetti, D.& Becker, Bronwyn (2000) *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development, Vol. 71, nr. 3.
- McKenzie, L. B., Purvis, K.B. & Cross, D.R (2014) *A Trust-Based Home Intervention for Special-Needs Adopted Children: A Case Study*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23:6.
- Merz, E.C. & McCall, R. B (2010) *Behavior Problems in Children Adopted from Psychosocially Depriving Institutions*. J Abnorm Child Psychol (38)
- O'Connor, T. G., Beckett, Keaveney, L., Kreppner, J. M. & ERA team. (2000) *The Effects of Global Severe Privation on Cognitive Competence: Extension and Longitudinal Follow-up*. Child Development. Vol. 21. nr. 2.
- Perry, B. D. (1999) The memories of States: How the Brain Stores and Retrieves Traumatic Experience in Jean Goodwin & Reina Attias (Eds.) *Splintered reflections. Images of the Body in Trauma*. Basic Books.
- Perry, B.D. (2000) The Neuroarcheology of Childhood Maltreatment in B. Geffiner (ed). *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do*. Haworth Press.
- Perry, B. D. (2002). *Childhood Experience and the Expression of Genetical Potential: What Childhood Neglect Tells us about Nature and Nurture*. In. Brain and Mind, 3
- Perry, B. D. (2009) *Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics*. Journal of Loss and Trauma. 14.
- Perry, B. D. (2011) Anvendelse af neurologiske udviklingsprincipper i det kliniske arbejde med mishandlede og traumatiserede børn in Susan Hart *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. 1ed. Hans Reitzels Forlag.
- Perry, B. D. (2013) *Bonding and Attachment in Maltreated Children. Consequences of Emotional Neglect in Childhood*. www.ChildTrauma.org.
- Perry, B. D.(2014) The Neurosequential Model of Therapeutics: Application of a Developmentally Sensitive and Neurobiology- Informed Approach to Clinical Problem Solving in Maltreated Children in Kristie Brandt, Bruce D. Perry, Stephen Seligman, Ed Tronick (Eds.). *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and clinical Practice*.
- Perry, B. D & Dobson, C. L (2013) The Neurosequential Model of Therapeutics. in Julian D. Ford & Christine A. Courtois *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*. The Guilford Press.

- Perry, B. D & Pollard, R. Blakley, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995) *Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "use-dependent" Development of the Brain: How "States" become "Traits"* . Infant Mental Health Journal, Vol. 16, Nr. 4.
- Perry, B. D & Pollard, R. (1997) *Altered brain development following global neglect in early childhood*. Society for Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting, New Orleans.
- Perry, B. D & Pollard, R. (1998) *Homeostasis, Stress, Trauma, and Adaption. A neurodevelopment View of Childhood Trauma*. Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America. Vol. 7 nr. 1.
- Perry, B. D & Szalavitz, M. (2011) *Drengen der voksede op som hund - hvad vi kan lære af traumatiserede børn om tilknytning, tab og heling*. Hans Reitzels Forlag. 3.ed.
- Psykologisk leksikon 2. ed. 2005
- Rutter, M. (1992) Psychosocial resilience and protective mechanisms in John Rolf, Ann S. Masten, Dante Cicchetti, Keith H. Nuechteræin & Sheldon Weintraub (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. 1.ed. Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2003) Genetic Influences on Risk and Protection. Implications for Understanding Resilience in Suniya S. Luthar (Ed.) *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. 1.ed. Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2006). The psychological Effects of Early Institutional Rearung. In Peter J. Marshall and Nathan A. Fox (Eds.) *The Development of Social Engagement: Neurobiological Perspectives*.
- Rutter, M. (2011) Resiliensbegreber og -forskning: Implikationer for familierapi. in Susan Hart (Ed.) *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. 1. ed. Hans Reitzels Forlag.
- Rutter, M. & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team(1998) *Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation*. J. Child Psychol. Vol.39 No.4.
- Rutter, M. & Sonuga-Barke, E. J (2010). X. *Conclusions: Overview of findings from the ERA study, inference, and research implications* Monographs of the Society for research in Child Development Vol 75(1).
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J. & Castle J. (2010) I. *Invenstigating the impact of early institutional deprivation on development: Background and Research strategy of the English and Romanian Adoptees (ERA) study*. Monographs of the Society for research in Child Development Vol 75(1).
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., O'Connor, T. G., Stevens, S. E. & Sonuga-Barke, E. J.S (2007a). *Early adolescent outcomes for institutionally deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 48:1.

- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S. & Sonuga-Barke E. (2007b). *Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees*. European Journal of developmental Psychology 4:3.
- Rutter, M. & Rutter, M. (1997) *Den livslange udvikling - forandring og kontinuitet*. Hans Reitzels Forlag.
- Selman, P. (2012) The Rise and Fall of Intercountry Adoption in the 21st Century: Global Trends from 2001 to 2010. in Judith L. Gibbons & Karen Smith Rotabi (Eds) *Intercountry Adoption. Policies, Practices, and Outcomes*. Ashgate.
- Sonuga-Barke E.J.S. & Rubia K. (2008). *Inattentive/Overactive children with histories of profound institutional deprivation compared with standard ADHD cases: a brief report*. Child: care, health and development Vol. 34(5).
- Sommer, D. (2010). Hvad er resiliens? in Jytte Birk Sørensen (ed) *Mønsterbrud i opbrud*. 1.ed Dafolo.
- Sroufe, A. L. (1997) *Psychopathology as an outcome of development*. Development and Psychopathology, 9.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E.J.S, Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A. & Rutter, M. (2008). *Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: presentation and Associations in Early Adolescence*. J Abnorm Child Psychol 36
- Svane, V. & Mogensen, J. (2010) Mønsterbrud trods traumer i hjerne og sind. in Jytte Birk Sørensen (ed) *Mønsterbrud i opbrud*. 1. ed. Dafolo.
- Sørensen, P. *Institutionsopholdets betydning for det internationalt adopterede barns senere psykiske udvikling - et systematisk review*. Upubliceret 9.semesters projekt ved Aalborg Universitet December 2014.
- Sørensen, P. & Hansen, H. *Et adoptivbarns tilknytningsudvikling*. Upubliceret. Bachelor ved Aalborg Universitet Maj 2013.
- Tirella, L. G, Chan, W., Cermak, S. A, Litvinova, A, Salas, K. C. & Miller, L. C. (2008) *Time use in Russian Baby Homes*. Child: Care, Health and Development, Vol34(1).
- Thagaard, T. (2004) *Systematik og indlevelse. En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag.
- Thormann, I. & Guldberg, G. (1995) *Hånden på hjertet. Omsorg for det lille barn i krise*. Hans Reitzels Forlag.
- Udvikling i alder og ventetider 2011-2013*. (2014) Adoptionsnævnet, www.adoptionsnaevnet.dk
- Van Ijzendoorn, M., Palacios, J., Sonuga-Barke, J. S., Gunnar, M. R., Varria, P., McCall, R. B., Le Mare, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. & Juffer, F. (2011) *Children without permanent parents: Research, practice and policy: I. Children in institutional care: Delayed development and resilience*. Monographs of the society for research in child development Vol 76(4).
- Vejledning om adoption*. (2012). Ankestyrelsen, Familieretsafdelingen Adoptionsnævnet, www.adoptionsnaevnet.dk

WHO ICD-10 (2012). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. Munksgaard.

Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, nr.12

Årsberetning 2011 (2012). Adoptionsnævnets årsberetning 2011. Adoptionsnævnet, www.adoptionsnaevnet.dk

Hjemmesider:

<http://www.adoptionsnaevnet.dk>

<http://www.adoptionsnaevnet.dk/tal-og-publikationer/tal-om-adoptioner/internationale-adoptioner/>

www.a-c.dk (nu <http://www.d-i-a.dk/>)

www.danadop.dk (nu <http://www.d-i-a.dk/>)

<http://www.hcch.net/upload/adostats2014selman.pdf>