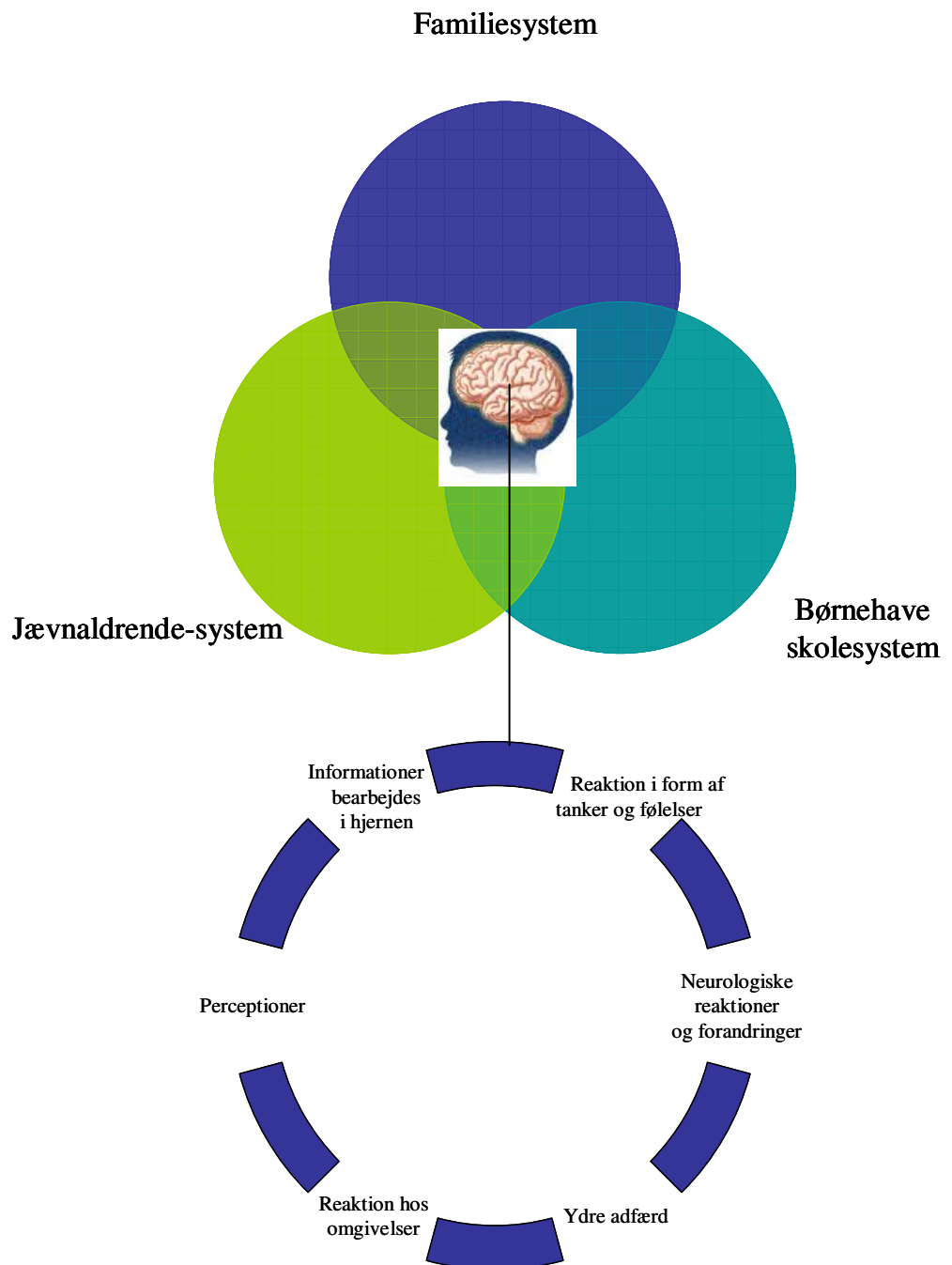


# ADHD

- i en dynamisk funderet systemisk forståelse



***ADHD***  
***- i en dynamisk funderet systemisk  
forståelse***

10. semester, Psykologi, Aalborg Universitet

**Kandidatspeciale**

Maj 2010

Udarbejdet af

**Rikke Frank Koudahl**

Cpr. nummer 260772-xxxx

Studienummer 20052797

Vejleder: Mogens Jensen

Antal tegn med mellemrum: 191.592

Antal normalsider á 2400 tegn: 79,8

## **Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a diagnosis from the American diagnostic manual DSM-IV. ADHD is understood in medical terms as a primarily neurologically based developmental disorder with core symptoms being problems concerning attention, hyperactivity and impulsivity. ADHD is by the dominating discourses in society described and understood as a psychiatric disorder, a lifelong handicap. The number of children diagnosed with and medicated for ADHD has increased tremendously during the past few years.

This master thesis attempts to create a theoretical framework through which ADHD can be understood as more than a psychiatric disorder situated inside the child, and instead as a certain type of behavior which can be created, impeded, furthered or maintained.

Creating ADHD behavior in a child is only possible through extremely neglectful or abusive child care. Therefore, a child displaying ADHD behavior usually has some degree of innate vulnerability to developing problems concerning attention, hyperactivity and/or impulsivity.

According to the ideas of this framework, development of ADHD is not to be understood as pre-determined by the innate vulnerability. Using the concept of equifinality, different developmental paths can lead to what can be characterized as ADHD behavior. Likewise, the concept of multifinality implies that the innate vulnerability can lead the child through many different developmental paths, and ADHD behavior should then be seen as one of several possible outcomes.

On basis of this understanding of child development, this master thesis seeks to examine the question of how the child displaying ADHD behavior influences and is influenced by his environment.

First it is examined how the child's basic understanding of self, others and relations from birth are developed in close interactions between the child and his parents. To examine this, four ideas from attachment theory are used: attachment, internal repre-

sentations, affect- and self regulation, and mentalization. Further it is examined how the interactions influence the psycho-neurological development of the child. Consequently the child's basic understanding of self, others and relationships is seen as neurologically rooted. On basis of this it is next examined how the child through interactions with his environment develops certain ways of acting. These specific ways of acting are important as they influence the way the child is seen and understood by people around him, and their reactions to the acts of the child further influences his understanding of self, others and relations. The concepts of self-esteem, coping strategies, communication, roles and positionings, and "goodness of fit" are chosen for examining these circular processes. The building of a theoretical framework is concluded by using systems theory to explain, how the understandings and acts of the child influence and are influenced by the systems of which the child is a member.

From the theoretical framework thus outlined, ADHD behavior can be described and understood as not solely inherent in the child. On basis of this framework it is analysed and discussed how ADHD behavior can be created, impeded, furthered or maintained through reciprocal interactions in the systems of which the child is a member.

As the theoretical frame is very dynamic and focused on circular processes and individual environments, the master thesis reaches no unequivocal conclusions. In stead it outlines a meta-theoretical discussion of differences between this approach as opposed to the dominating positivistic understanding. In closing it is proposed that it does not make sense talking about "the child" with ADHD behavior, as there is no such thing as a generalized child. In stead the development of a child, including a child with ADHD behavior, runs through very complex and context specific processes. The proposed theoretical framework can be used to examine and understand how ADHD behavior can be created, impeded, furthered or maintained in a specific child through specific processes within his specific environment.

<b>1. Indledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Begrebsafklaring .....	7
1.2 Metateoretisk fundament.....	8
<b>2. Hensigt, teorivalg og opbygning.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Forskellige forståelser af ADHD.....</b>	<b>14</b>
3.1 ADHD i en traditionel, medicinsk forståelse .....	14
3.2 ADHD som overvejende sproglig konstruktion.....	17
3.3 ADHD som reaktion på ændrede samfundsforhold.....	18
3.4 ADHD i en dynamisk funderet systemisk forståelse .....	19
3.5 Opsummerende .....	20
<b>4. At forstå verden – interaktion og indre strukturer .....</b>	<b>21</b>
4.1 Det neurologiske fundament .....	21
4.2 Tilknytning .....	26
4.3 Indre repræsentationer.....	27
4.4 Affekt- og selvregulering .....	29
4.5 Mentalisering.....	30
4.6 Opsummerende .....	31
<b>5. At agere i verden – et gensidigt samspil.....</b>	<b>33</b>
5.1 Selvværd.....	33
5.2 Copingstrategier .....	36
5.3 Kommunikation .....	38
5.4 Roller og positionering.....	40
5.5 Goodness of fit .....	43
5.6 Opsummerende .....	44
<b>6. At være en del af en helhed – systemisk teori.....</b>	<b>46</b>
6.1 Systemisk teori .....	46
6.2 Strukturel systemisk familieteori .....	47
6.3 Opsummering .....	49
<b>7. Forståelse af ADHD-adfærd i et dynamisk funderet systemisk perspektiv....</b>	<b>49</b>
7.1 At skabe et barn med ADHD-adfærd.....	50
7.2 Medfødte sårbarheder for ADHD-adfærd – påvirkning på barnets basale forståelse af verden .....	52
7.3 Selvværd og goodness of fit.....	55
7.4 Mentaliseringsevne .....	59

7.5 Motivation .....	62
7.6 Venskaber og sociale interaktioner .....	65
7.7 Kønsfordeling.....	68
7.8 Familiesystemet .....	70
7.9 Skole og ADHD-adfærd.....	79
7.10 Opsummerende .....	82
<b>8. Metateoretiske overvejelser og kritik.....</b>	<b>84</b>
<b>9. Afrunding.....</b>	<b>89</b>
<b>10. Litteraturliste.....</b>	<b>93</b>

Bilag 1: Diagnosekriterier for ADHD ifølge DSM-IV

Bilag 2: Diagnosekriterier for hyperkinetisk forstyrrelse ifølge ICD-10

Bilag 3: Alan Carrs faktorer til vurdering af ADHD

Bilag 4: Tilknytningsmønstre

# 1. Indledning

Gennem det psykologistudie, jeg sætter punktum for med dette speciale, har mit fokus været på børn, idet jeg har haft et stort ønske om at lære så meget som muligt om børns udvikling, som den forstås af forskellige teoretiske retninger. Et af de fænomener, hvor forståelsen synes at ligge lige for, og som samtidig med samme grad af selvfølgelighed kan forstås helt anderledes, er børn, der udviser adfærd svarende til ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Urolige børn, larmende børn, børn der har svært ved at lege med andre... Alle steder ses de, og ofte hører man bemærkninger som ”Han er vist helt DAMP”, eller ”Det er da en oplagt ADHD”. Udtrykket varierer, men meningen er altid den samme: Nogle børn fylder så meget, at forældre, pædagoger og lærere kan ikke få dem til at makke ret – og så må der jo være noget i vejen med børnene! Afhængig af historisk tid og sted har man betegnet disse børn forskelligt, ligesom tolerancen for børns larmende opførsel varierer efter kulturelt tilhørsforhold (Trillingsgaard, Dalby & Østergaard, 2007). På alle niveauer, fra løs forældre-snak til anerkendte forskeres videnskabelige studier, har man diskuteret, om disse børn f.eks. blot er uopdragne, lider af en hjernefejl eller er et resultat af uhensigtsmæssige opvækstvilkår.

I min søgen efter at blive klogere på begrebet ADHD er jeg stødt på vidt forskellige udsagn, som alle kan have sin berettigelse. Som Timimi (2009), der anklager tænkning om ADHD for at være cirkulær: ”This child is presenting with poor concentration, impulsivity, and hyperactivity. What is causing this? Answer: it is caused by ADHD. Question: how do you know it is ADHD? Answer: because he or she presents with poor concentration, impulsivity, and hyperactivity” (s. 143), og helt modsat Bilenberg (2007), der med en lineær årsags-virkningsforståelse mener, at ”når man har ADHD, er der fejl i hjernens funktioner i bestemte områder” (s. 12). Hart & Benassya (2009) mener, ADHD er en hybriddiagnose, der samler alle de symptomer, som Ritalin hjælper imod (s. 224), og endnu andre mener, ADHD er en ren social konstruktion, et resultat af omsorgssvigt, et systemisk fænomen osv. osv. Men hvad er så Sandheden?

ADHD er som udgangspunkt en diagnose i DSM-IV, og som sådan en samling af symptomer. Alle, uanset teoretisk tilgang, er enige om, at den adfærd, der karakteriserer ADHD, præges af vanskeligheder med opmærksomhed, impulshæmning og hyperaktivitet, men forståelsen af årsag og forløb varierer.

Der er ikke grund til at betvivle, at nogle børn kan være født med hjernefejl, der kommer til udtryk i den urolige adfærd, der senere kategoriseres som værende ADHD – men heller ikke, at ADHD kan opfattes som noget helt andet. Får børn det nødvendigvis f.eks. dårligt, blot fordi de er urolige? Eller er det kontekstens reaktion på børnenes uro, der får børnene til at få det dårligt og den onde cirkel til at trives? Er ADHD virkelig en hjerneskade? Eller kan man påvirke et barns hjerneudvikling på en sådan måde, at barnet får ADHD-adfærd? En nysgerrighed omkring ADHD får mig til at opstille følgende problemformulering:

**Jeg ønsker ud fra en udviklingspsykologisk vinkel indeholdende et neuroaf-fektivt aspekt at undersøge, hvordan barn og omgivelser påvirker hinanden i tilfælde, hvor barnet udviser ADHD-adfærd.**

## **1.1 Begrebsafklaring**

Jeg ønsker at undersøge problemformuleringen på et generelt plan og har derfor valgt at skrive et rent teoretisk speciale.

For at imødekomme ønsket om en generel frem for en specifik forståelse af ADHD-adfærd, har jeg valgt at lade begrebet børn dække alle aldersgrupper fra fødsel til udgangen af skolealderen.

For alle børn gælder det, at deres omgivelser er særdeles vigtige. Især de yngste børn er afhængige af relationer til og samspil med den nære familie. Af hensyn til læsbarhed benyttes i enkelte tilfælde ordet ”mor”, hvor det i dag ville være mere korrekt at skrive ”mor og/eller far”. I specialet dækker begrebet familie en triade af forældre og barn. Jeg har fravalgt at arbejde med søskenderelationer, andre familiære relationer samt familier med andre strukturer f.eks. som resultat af skilsmisse eller dødsfald, da



sådanne kunne implicere en mangfoldighed af dels individuelle emotioner, dels mange og ofte komplicerede samspil, der kan utydeliggøre de processer og fænomener, jeg netop forsøger at belyse.

Efterhånden som barnet bliver ældre, udvides omgivelserne gradvist. De yngste børn i vuggestue eller dagpleje har samme behov, som beskrives i den nære familie, så selv om konteksten er anderledes blandt andet pga. samværet med andre børn, er også denne vinkel fravalgt. Når barnet begynder i børnehave, ændres imidlertid situationen kvalitativt, dels fordi der stilles øgede og anderledes krav til barnets formåen, dels fordi barnets udvikling fra denne alder bliver stadig mere påvirket af jævnaldrende. Både forhold i børnehave og skole vil derfor blive diskuteret i specialet.

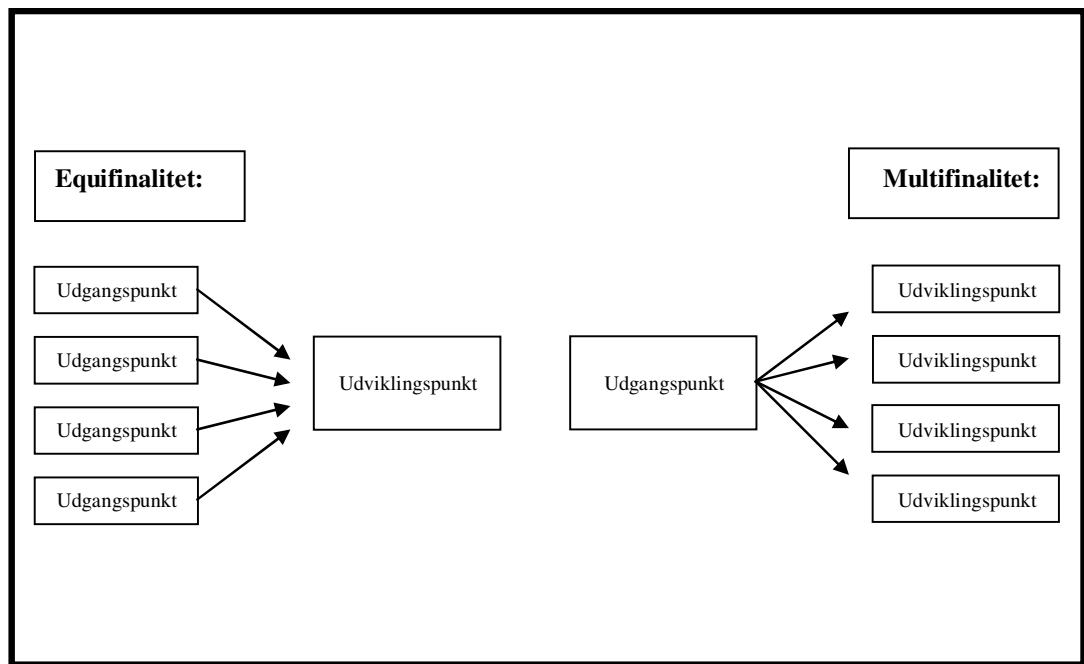
ADHD diagnosticeres hos både drenge og piger, om end drengene i antal er stærkt overrepræsenteret (Jørgensen, 2009). Når jeg i specialet har valgt at skrive ”han”, er det dog af hensyn til læsbarhed og ikke for at understrege fænomenets kønsmæssige slagside.

Gennem specialet vil jeg benytte begrebet ”ADHD-adfærd” som udtryk for det, der er karakteristisk ved ADHD, hvilket som før nævnt er vanskeligheder med opmærksomhed, impulshæmning og hyperaktivitet, uanset om barnet har fået diagnosen ADHD eller ej. Hvad jeg nærmere forstår ved begrebet, belyses i kapitel 3.

## ***1.2 Metateoretisk fundament***

Den grundlæggende tanke i specialet er et dynamisk syn på udviklingspsykologi, hvilket har specifikke konsekvenser for menneske- og videnskabssyn. Især tre faktorer er vigtige at understrege:

For det første forstår jeg barnets udvikling som forløbende af stier, hvis kurs kan og vil ændres. Derfor er udvikling ikke prædetermineret. I stedet betyder eqifinalitet, at mange forskellige processer og udviklingsveje kan føre til ét og samme udviklingspunkt, mens multifinalitet udtrykker, at det, der umiddelbart er ens udgangspunkter, kan ende i vidt forskellige resultater (Cicchetti & Rogosch, 1999). Dette har jeg sammenfattet i figur 1.2.1:



*Figur 1.2.1: Equi- og multifinalitet. Min illustration.*

Samtidig er udvikling opbygget hierarkisk på den måde, at det, der udvikles tidligst i barnets liv, har betydning for den videre udvikling. Dermed er også sagt, at selv om udvikling ikke er determineret, har den tidlige udvikling relativt større betydning end den senere, og derfor er den tidligste udvikling også sværere at reversere end den senere. Dette gælder psykologiske såvel som neuropsykologiske forhold.

For det andet ser jeg barnets udvikling i et systemisk perspektiv, hvilket primært betyder, at udviklingen ikke foregår i et vakuum, men i en konstant, gensidig vekselvirkning med først de nærmeste omgivelser og senere også den større omverden. Således har barnet lige så stor påvirkning på sine nære omgivelser, som omgivelserne har på barnet.

For det tredje udvikles barnet i og til de omgivelser, han lever i. Tanken om equi- og multifinalitet i samspil med det systemiske element indebærer, som jeg ser det, at al adfærd, inklusive en stor del af det, der kan karakteriseres som psykiske lidelser, kan være adfærd, der er adaptiv for barnet i netop de omgivelser, han skal agere i (Fischer et al., 1997). Mens dette udtryk er taget fra traditionel dynamisk udviklingspsykologi, udtrykkes samme forståelse fra en neuroaffektiv vinkel i opfattelsen af, at

barnets hjerne udvikler sig til at passe til de omgivelser, barnet vokser op i (Doidge, 2008).

Mit valg af teori er en konsekvens af dette metateoretiske fundament, og den grundlæggende teori i specialet vil derfor kunne beskrives med ord som dynamisk, relationel, cirkulær, kontekstuel og systemisk. Den belysning, analyse og diskussion, jeg foretager i specialet, vil i tråd med dette være præget af en høj grad af kompleksitet og mangesidighed: Jeg søger ikke faste løsninger og belysning af isolerede fænomener, men i stedet helheder, sammenhænge, processer og dynamikker, der kan belyse, hvordan barnet og dets omgivelser gensidigt påvirker hinanden i tilfælde, hvor barnet udviser ADHD-adfærd. Ud fra disse overvejelser vil specialet munde ud i en afrunding frem for en konklusion.

Den forståelse af barnets udvikling, der således er grundlæggende for specialet, indebærer stor cirkularitet og gensidighed i både intra- og interpsykiske påvirkninger. For at undgå de mange gentagelser, en fuldstændig beskrivelse af disse ville medføre, har jeg valgt at beskrive, analysere og diskutere fænomener og processer ét sted, mens de ofte også kunne være bearbejdet under mange andre overskrifter.

## **2. Hensigt, teorivalg og opbygning**

Måden, hvorpå jeg indholdsmæssigt har valgt at besvare problemformuleringen, afspejles i specialets opbygning. Overordnet er min hensigt at undersøge, hvordan det enkelte barns forståelse af sig selv, relationer og omverden grundlægges, og dernæst belyse, hvordan dette kommer til udtryk i måder, hvorpå barnet agerer i og med sin omverden, samt hvordan denne omverden kan beskrives ud fra et systemisk synspunkt. Herefter følger analyse og diskussion af, hvordan ADHD kan forstås i den konstruerede optik. Nedenfor uddybes og forklares de intentioner, der ligger bag valg af indhold såvel som teori.

**Kapitel 3: Forståelse af ADHD.** Specialets udgangspunkt er begrebet ADHD, som er en diagnose fra det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. ADHD er valgt, fordi det i forskning såvel som i folkemunde er det mest benyttede begreb til at beskrive en typisk adfærd, der i stigende grad bliver betegnet som problematisk og patologisk. Som diagnostisk begreb udspringer ADHD af et naturvidenskabeligt paradigme, der

kommer til udtryk i den individfokuserede, medicinske forståelse af ADHD. Kapitlets formål er dels at præsentere denne dominerende tilgang og dernæst at beskrive, hvordan ADHD i stedet på forskellige måder kan forstås som en social konstruktion. Det gælder også for den dynamiske, systemiske forståelse, der danner udgangspunkt for forståelsen i specialet. Her forklares, hvordan faktorer stammende fra biologi, individ og det omgivende miljø i samspil udgør basis for det enkelte barns adfærd, herunder det, der kommer til udtryk som ADHD-adfærd.

**Kapitel 4: At forstå verden.** Barnets måde at forstå sig selv og sin omverden på grundlægges i de tidlige samspil mellem barn og forældre. Jeg har valgt at opbygge en optik med basis i tilknytningsteori, dels som den gennem årtier har udviklet sig som psykologisk tradition, dels som den i disse år har påbegyndt en kobling til neurologisk forskning under navnet neuroaffektiv udviklingspsykologi. Hermed kobles det enkelte barns udvikling helt grundlæggende med den omverden, barnet er en del af. Jeg har udvalgt fire begreber, som for mig at se er essentielle for, hvordan barnet forstår sig selv og sin omverden: Tilknytning, indre repræsentationer, affekt- og selvregulering samt mentaliseringsevne. I kapitlet belyses i tråd med mit systemiske udgangspunkt, hvordan disse grundlæggende begreber udvikles i samspil med omgivelserne, hvordan begreberne er indbyrdes afhængige, og hvordan de påvirker og påvirkes af barnets neurologiske udvikling.

**Kapitel 5: At agere i verden.** Barnets forståelse af sig selv og sin omverden som beskrevet ovenfor ligger til grund for de måder, hvorpå barnet agerer i og med verden, både kognitivt, emotionelt og handlemæssigt. Af disse har jeg blandt mange mulige valgt at beskrive fem fænomener: Selvværd, copingstrategier, kommunikation, roller/positionering samt ”goodness of fit”. Barnets oplevelse af at kunne mestre de situationer, han kommer ud for, kommer til udtryk i forskellige grader af eller former for selvværd og copingstrategier, der cirkulært er med til at forme barnets oplevelser af forskellige situationer. Selv om det dynamiske element er stort, foregår processerne primært i barnet. Begreberne kommunikation og roller/positionering åbner mere op i forhold til barnets direkte samspil med omgivelserne. Mens enkelte af de fænomener, der beskrives, oprindeligt er teoretiseret ud fra et individfokus, benyttes og beskrives de i specialet fra en systemisk vinkel. Dette tillader jeg mig, idet begreberne netop er formuleret til at beskrive og forklare vigtige processer i en

større relationel sammenhæng. ”Goodness of fit” fokuserer direkte på forholdet mellem individuelle karakteristika hos barn og forældre, og derfor er begrebet velegnet i en diskussion om forholdet mellem individ og omverden.

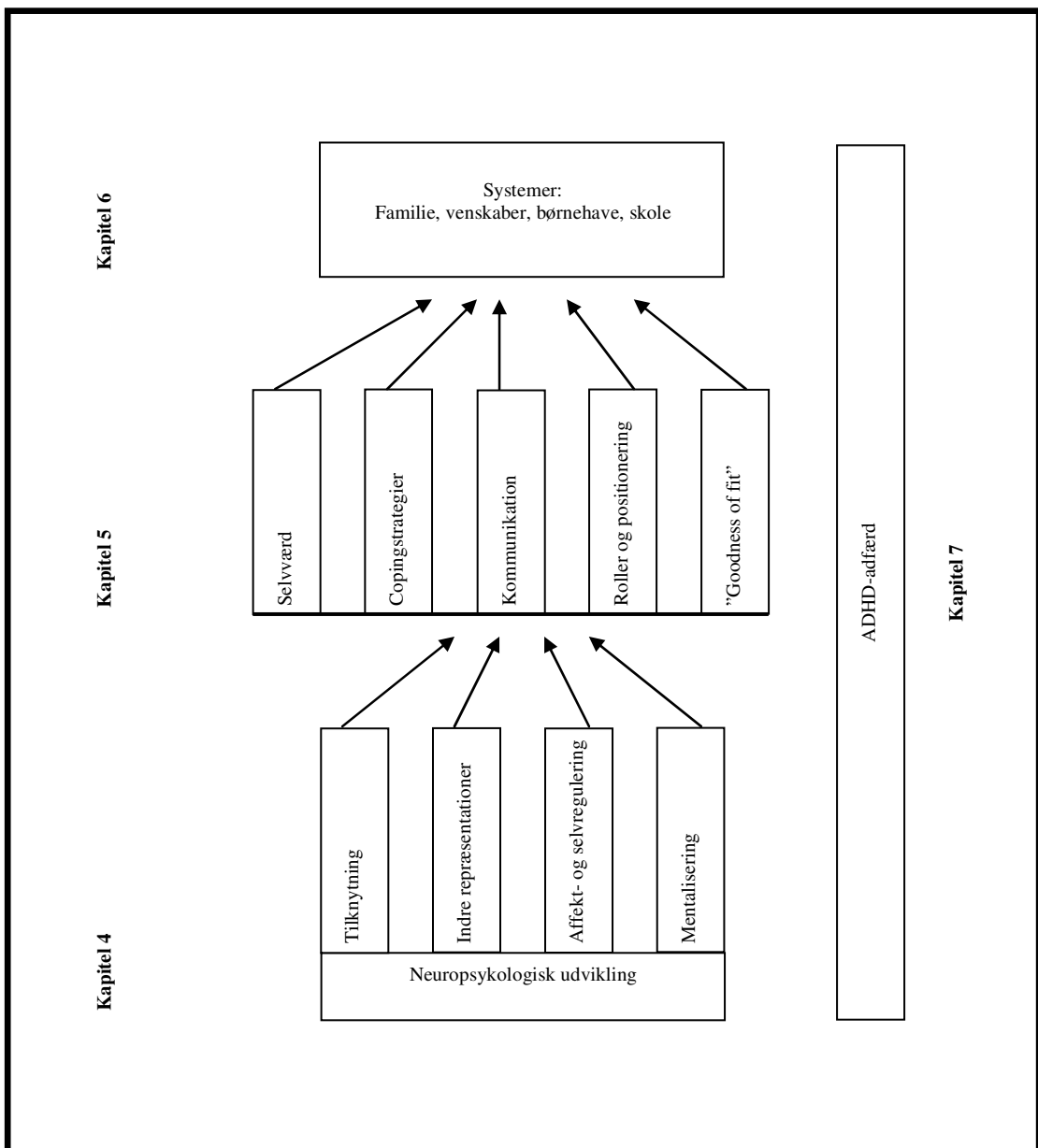
**Kapitel 6: Systemisk teori.** Barnet vokser op som en del af en familie, indlejret i en bestemt kulturel forståelse. Den systemiske tanke, der ligger bag den forståelse, jeg har valgt at følge, forstår barnets miljø som en organisme, hvor mennesker gensidigt påvirker hinandens følelser, tanker og adfærd. I det systemiske felt har jeg valgt først og fremmest at tage udgangspunkt i Minuchins strukturelle form af flere grunde. Dels er Minuchin den af de oprindelige systemteoretikere, der har arbejdet mest med familier, som fokuserer på adfærdsvanskelige børn (Hårtveit & Jensen, 2005), og dels har Minuchin i sine senere tekster åbnet op for, at begreberne fra hans strukturmodel kan benyttes i en åben, dynamisk forståelse, præget af postmodernistisk flertydighed. Samtidig er netop denne form for systemisk tradition med tiden blevet opmærksom på nødvendigheden af også at se på individet som en psykologisk enhed (Minuchin, Nichols & Lee, 2007, s. 8). Således kan jeg benytte strukturel systemisk teori i min undersøgelse af dynamikker med udgangspunkt i et barn, som beskrives individuelt. Mens Minuchin har italesat systemiske fænomener med udgangspunkt i familiesystemet, har jeg valgt også at benytte dem i andre sammenhænge, der kan forstås som systemer, og som ligesom familien er af stor betydning for barnets udvikling: børnehave og skole.

**Kapitel 7: Forståelse af ADHD-adfærd i et dynamisk funderet systemisk perspektiv.** Det metateoretiske grundlag beskrevet i afsnit 1.2 ligger til grund for min forståelse af, hvordan væsentlige elementer af barnets udvikling kan forstås og beskrives, som det gøres i kapitel 4-6. Barnets udvikling beskrives gennem dynamisk udviklingspsykologisk forståelse og sættes dernæst ind i en kontekst via systemisk teori. I specialet har jeg om denne optik valgt at benytte udtrykket dynamisk funderet systemisk forståelse, eller blot dynamisk, systemisk forståelse. Disse betragtninger udgør den optik, hvorigennem ADHD-adfærd udforskes som et fænomen, der kan skabes, hæmmes, fremmes eller vedligeholdes gennem samspillet mellem barn og omgivelser. Det er i kapitel 7 således hensigten først at analysere og diskutere, hvordan udvalgte temaer påvirker og påvirkes af ADHD-adfærd, og dernæst ud fra et mere sammenhængende systemisk udgangspunkt at undersøge samme gensidige på-

virkning, som den kan komme til udtryk i både det nære familiesystem og i bredere systemer i form af venner, børnehave og skole.

Specialet afsluttes med metateoretiske refleksioner over, hvordan den dynamisk fungerede systemiske forståelse af ADHD-adfærd er et resultat af mit valg af teori og videnskabsteoretisk ståsted, og at der derfor skabes en forståelse, der adskiller sig fra den dominerende.

Således beskriver specialet barnet ud fra følgende forståelse:



Figur 2.1: Skematisk oversigt over specialets opbygning

### **3. Forskellige forståelser af ADHD**

I dette speciale har jeg valgt at tage udgangspunkt i den adfærd, børn med diagnosen ADHD udviser. Kapitlet her har til hensigt at belyse forskellige forståelser af ætiologi og udvikling af ADHD, og jeg slutter med at beskrive den forståelse, jeg lægger mig fast på i specialet.

#### ***3.1 ADHD i en traditionel, medicinsk forståelse***

Den dominerende, traditionelle forståelse af ADHD er individfokuseret og baseret på en naturvidenskabelig diskurs, hvor barnets objektivt observerbare adfærd kategoriseres som værende specifik for netop denne lidelse.

Historisk set har man til alle tider fundet og på forskellig vis kategoriseret børn med adfærd svarende til det, vi i dag kalder ADHD. Klinisk blev det især indsnævret gennem betegnelsen "Minimal Brain Damage" (MBD) og senere DAMP, der kan indebære en bred vifte af adfærd som hyperaktivitet, opmærksomhedsforstyrrelser og impulsivitet, men også forstyrrelser i perception, sprog/tale og motorik (Gillberg, 2000).

I dag benyttes i ICD-10 begrebet "hyperkinetisk forstyrrelse" (Damm & Thomsen, 2006), mens udtrykket ADHD stammer fra det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Begge lidelser har tre kernesymptomer: manglende opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsiv adfærd. Mens ICD-10 kræver, at alle symptomer skal være til stede samtidig og ses i flere kontekster, kan barnet opfylde kriterier for ADHD ved blot at udvise opmærksomhedsforstyrrelser eller hyperaktivitet/impulsivitet, der påvirker en række af barnets funktioner<sup>1</sup>. I praksis betyder det, at antallet af børn, der bliver diagnosticeret med ADHD, er langt højere end antallet af børn, der får diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse.

Kernesymptomerne kan forekomme som normal adfærd hos småbørn, men opfattes som patologisk hos ældre børn. Derfor kræver diagnosticering en vurdering i forhold til, om udviklingen af barnets adfærd er forsinket eller afvigende (Trillingsgaard et al., 2007).

---

<sup>1</sup> Diagnosekriterierne i deres helhed kan ses i bilag 1 og 2.

Forskellige teoretikere lægger forskellig vægt på de tre kernesymptomer. En gruppe mener, opmærksomhedsfænomenet er det væsentligste i diagnosen. Opmærksomhed kræver, at man kan holde et mål for øje, da man skal have noget at rette opmærksomheden mod, og omvendt kræver det opmærksomhed at *kunne* holde sig målet for øje. Hermed bliver opmærksomhed det bærende element. Samme cirkulære forståelse med udgangspunkt i opmærksomhed underforstås i forhold til f.eks. at kunne planlægge vejen til målet, holde fokus på det relevante, holde irrelevante stimuli ude, kunne genkalde sig tidligere erfaringer, kunne bruge sådanne erfaringer, kunne overvåge egen adfærd for at evaluere, om man er på rette vej – og at kunne korrigere sin adfærd, hvis man ikke er (Lauth, Schlottke & Naumann, 2001). Således er forskellige hjernefunktioner og evner i spil: eksekutive funktioner, impulshæmning, arousal, hukommelse samt mentalisering. På samme måde mener en anden gruppe teoretikere, at hyperaktivitet er det væsentligste symptom, idet forhøjet arousal i hjernen vil betyde manglende opmærksomhed samt forhøjet risiko for impulsiv adfærd, mens en tredje gruppe mener, impulsiv adfærd er årsag til både manglende opmærksomhed og hyperaktivitet (Carr, 2009).

Langt størstedelen af de børn, der diagnosticeres med ADHD, er drenge. Dette skyldes ifølge den traditionelle, medicinske forståelse af ADHD hjerneudviklingen hos de to køn, idet hormonelle faktorer såvel som udvikling af specifikke hjerneområder er forskellige. Drengene vil oftest være mere fysiske, motorisk aktive og non-verbale end piger, hvilket udadtil viser sig i adfærd, der lægger drengene tættere på diagnosen for ADHD (Zlotnik, 1997).

Symptomerne på ADHD skal være til stede hos barnet inden det fyldte 7. år, hvilket indikerer, at lidelsen regnes som værende medfødt eller opstået i barnets tidligste år. Dette fokus på en altovervejende biologisk forklaring stemmer overens med det naturvidenskabelige paradigme, der også er bestemmende for valg af interventionsmetode. Det danske referenceprogram for ADHD anbefaler, at ”børn og unge med ADHD i moderat til svær grad som førstevalg bør tilbydes farmakologisk behandling” (Trillingsgaard, 2009, s. 9). Sammenhængen mellem medicinering og ADHD kan også ses omvendt, således at ADHD beviseligt er til stede i de børn, der reagerer positivt på medicinsk behandling (Pedersen, 2010). Når andre forståelser af ADHD har tillagt samspillet mellem barn og forældre stor betydning, anses det af f.eks.



Barkley (2001, s. 53) som værende en fejltolkning: Det væsentlige element er ifølge Barkley ikke forældrenes adfærd, men i stedet den arvelige faktor, der er i ADHD, og som er den egentlige baggrund for forældrenes såvel som barnets adfærd.

Ifølge denne forståelse opstår ADHD ved, at ”der er fejl i hjernens funktioner i bestemte områder” (Bilenberg, 2007, s. 12). Således ses ADHD som en sygdom eller et handicap, der ikke kan helbredes, og som man derfor skal kompensere for (Wohlers, 2007). Den problematiske adfærd kan behandles på en måde, så det ramte barns adfærd er som det normale barns – det normale bliver altså en kategorisk tilstand, der kan defineres som ”ikke-ADHD-adfærd” (Swanson et al., 2001, s. 175).

Fejl i hjernen, der resulterer i ADHD, kan opstå på mange måder. ADHD kan nedrives via generne, hvilket er forsøgt påvist gennem forskellige former for familiestudier (Bilenberg, 2007). Barnet kan også være udsat for prænatale påvirkninger, især i form af moderens misbrug af tobak/alkohol (Das Banerjee, Middleton & Faraone, 2007). Problemer under eller lige efter fødslen kan også give ADHD, og her menes især lav fødselsvægt at være afgørende (Botting, Powls, Cooke & Marlow, 1997). Mere uspecifikt kan desuden hjerneskade opstået i barnets første tre leveår give barnet ADHD (Bilenberg, 2007). Uanset hvilken ætiologi, man anser for at være rigtig, kan det ifølge den traditionelle, medicinske tilgang være vanskeligt præcist at afgøre, hvornår skaden er opstået, idet defekten under hjernens udvikling kan ligge som et ”kim”, der først bryder frem på et bestemt tidspunkt i barnets udvikling (Trillingsgaard et al., 2007, s. 20f). I tråd med denne brede vifte af forståelser af ætiologi, er der også neuropsykologisk set forskellige forståelser af ADHD. Ifølge Hart viser forskellige forskeres studier, at ”opmærksomheds- og hyperkinetiske forstyrrelser betragtes ud fra et sammenbrud hvor som helst i opmærksomhedskredsløbet” (Hart, 2006, s. 259).

Antallet af børn diagnosticeret med ADHD er steget eksplosivt de seneste tyve år (Timimi, 2009). I forsøget på at finde ud af hvorfor, har forskere bl.a. haft øget fokus på, hvordan ændringer i vores spisevaner kan være årsag til dette. Således har undersøgelser f.eks. vist, at ADHD-adfærd kan være en reaktion på fødevareallergi (Schnoll, Burshteyn & Cea-Aravena, 2003), og at udvikling af såvel som aktivitet i

hjernens celler kan påvirkes af, at vi spiser stadig mindre mængder af omega-3 fedtsyrer (Sinn & Bryan, 2007).

Den traditionelle, medicinske tilgang mener, barnets udvikling sker i "en dynamisk proces" (Damm, 1999, s. 32) mellem barn og omgivelser. Barnet, som indgår i spillet med omgivelserne, bærer på den psykiske forstyrrelse, som derfor bliver afgørende for, hvordan barnet opfatter og reagerer på omgivelserne: "Hvordan det kommer til at gå barnet i fremtiden, bestemmes i et komplekst samspil over tid mellem barnets iboende disposition og antallet og graden af risiko- og beskyttende faktorer" (Trillingsgaard, Stenderup & Damm, 2004, s. 15). Disse faktorer er enten iboende barnet eller handler om de ressourcer, forældre og institution/skole har til at møde barnet med (ibid.).

### ***3.2 ADHD som overvejende sproglig konstruktion***

En helt anden tilgang er at se ADHD som en ren social konstruktion, hvor virkeligheden forstås som skabt – ikke som noget objektivt eksisterende (Bruner, 2008, p. 103). Kulturens og tidsepokens førende værdisætninger af moral og politik manifesteres gennem brug af netop denne kulturs sprog og processer. Dermed er det kulturens forventninger til mennesket, der bestemmer, hvordan ønsket hhv. ikke-ønsket adfærd italesættes, måles og forstås (Rafalovich, 2001). ADHD bliver således en betegnelse, som sættes på børn, der opfører sig anderledes end det, samfundet ønsker, og diagnosen kan dermed ses som først og fremmest en social dysfunktion. At størstedelen af børn med en ADHD-diagnose er drenge, skyldes også kulturens værdisætning. Således bestemmer de gængse normer i vort vestlige, postmoderne samfund, at drenge må reagere deres stress mv. udad, mens piger bør reagere indad (Horowitz, 2002).

Som ovenfor beskrevet er kulturen i dag præget af det medicinske paradigme. Selve ADHD-begrebet anses af visse socialkonstruktionister for at være en opfindelse, der har fundet sted, fordi medicinalindustrien har produceret et bestemt medikament, der fik den politiske og økonomiske verden til at rette fokus mod en bestemt type af uønsket adfærd: "To some extent, the diagnosis followed the cure" (Danforth & Navarro, 2001, p. 168).

Med dette medicinske fokus overser vi, at det, der italesættes som "ADHD" er kommunikation om de problemer, barnet har med og i sine omgivelser. Oven i dette italesættes diskursen om ADHD i et problemfokuseret sprog. Denne forståelse deles af barnet selv, der opbygger et meget negativt selvbillede, der så igen forværrer barnets adfærd (Levine, 1997).

### ***3.3 ADHD som reaktion på ændrede samfundsforhold***

En tredje forståelse af ADHD er baseret på en forståelse, hvor børns ADHD-adfærd tænkes som værende en reaktion på ændringer i vores kultur.

Skolesystemet har gennem de sidste årtier ændret grundlæggende værdier, så undervisning nu lægger mere vægt på elevernes selv-regulering, verbale evner og eget ansvar, og læring bliver mindre afhængig af læreren. Børn, der fra naturens hånd har blot en lille smule problemer med organisering og/eller koncentration, har svært ved at begå sig adaptivt indenfor de løse strukturer, og derfor er der risiko for, at de udvikler den rastløse og impulsive adfærd, der karakteriseres som ADHD-adfærd (Timimi, 2009). Idet uddannelse i stadig stigende grad værdisættes i takt med, at den globale velfærd styrkes, har samfundet opfundet diagnosen ADHD som en måde at normalisere det fænomen, at mange børn har problemer med at tilpasse sig de nuværende krav i skolen. I mange lande er diagnosen blevet attraktiv, fordi den udløser ekstra ressourcer til støtte i skoletiden (Hart & Benassaya, 2009).

I det postmoderne samfundet udsættes vi konstant for nye informationer, krav om øget effektivitet, højere tempo på alting og flere situationer, hvor der skal træffes valg; alt sammen noget, der kan være med til at skabe det, der hos voksne kaldes stress, og som hos børn giver samme adfærd, der under ét kaldes ADHD-adfærd (Rasborg, 2010).

Helt overordnet er der i samfundet ikke længere fælles regler og værdier for opdragelse af børn, som derfor i stedet italesættes af eksperterne. Forældre bliver af disse opfordret til ikke at simulere faste sandheder, men i stedet at forklare og argumentere overfor børnene, så konflikter undgås. Denne meget verbale tilgang står i stor kontrast til især mindre drengebørns måde at forstå og handle i verden på, og derfor skaber de i stedet et mønster af rastløse, afprøvende og impulsive handlinger. Da institu-

tioner og skole først og fremmest betjenes af kvinder, vil mange drengebørns adfærd blive set som værende unormal: Et ADHD-barn er opstået (Timimi, 2009).

### **3.4 ADHD i en dynamisk funderet systemisk forståelse**

Som udgangspunkt er den dynamisk funderede, systemiske tilgang enig med den overvejende del af nyere genetisk forskning i forståelsen af, at børn kan have en biologisk betinget sårbarhed, der kan komme til udtryk i den adfærd, der karakteriseres som ADHD-adfærd, men at udtrykket afhænger af barnets opvækstvilkår. Således dæmpes genetisk betinget hyperaktivitet, impulsivitet og/eller opmærksomhedsforstyrrelser i familier, der lægger stor vægt på faktorer som ro, faste rammer og mentaliseret adfærd, mens den genetisk betingende adfærd kommer meget tydeligere til syne i familier, der ikke bekymrer sig om dette (Rutter, Moffitt & Caspi, 2006).

Ny forskning viser desuden, at ydre miljø i bestemte sensitive perioder kan påvirke barnets neurologiske udvikling på en måde, der bliver ført videre til næste generation, og som derfor får karakter af at være genetisk bestemt (Hart, 2009). Med sådanne tanker bliver det i denne tilgang ikke videre væsentligt, hvorvidt ADHD skyldes arv eller miljø, da de to ting hænger uløseligt sammen.

Uhyre vigtig bliver derimod barnets opvækstvilkår, hvor samspillet mellem barnet og først de nærmeste omsorgspersoner og senere en stadig større vifte af andre, danner barnets opfattelse af selv, andre og relationer i verden (Stern, 2005). Herfra udspringer på godt og ondt barnets evne til interaktioner og relationer, og således former samspil med andre barnets indre psyke såvel som dets ydre adfærd: "ADHD behaviour can be seen as a child's attempt to adapt to their environment" (Brown, 2004, s. 19).

Forholdet til omgivelserne benævnes af tilhængere af denne forståelse af ADHD med forskellige ord som systemisk, økologisk og holistisk, men der er enighed om, at barnet ikke påvirkes ensidigt, og ikke kun af de nærmeste omgivelser. Der kan lægges særlig vægt på f.eks. familiesystemet eller skoleklassen, eller på større kulturelle eller politiske sammenhænge, men fokus er altid på individet som en del af en større sammenhæng (Weare, 2004).

Barnet kommer altså til verden med bestemte biologiske prædispositioner, der fra fødslen påvirker og påvirkes af omgivelserne. Gennem hele barnets udvikling kan man identificere faktorer i barnet og dets adfærd samt i barnets omgivelser, der enten er beskyttende mod udvikling af ADHD-adfærd, eller som vedligeholder den; faktorer, der qua det systemiske islæt kan forandres og derfor nødvendigvis ikke er hverken statiske eller deterministiske (Carr, 2009)<sup>2</sup>.

### **3.5 Opsummerende**

I den traditionelle, medicinske forståelse får teori om ADHD karakter af beskrivende lovmæssigheder, da ADHD ses som en lidelse, der opstår på et biologisk grundlag, som giver barnet bestemte dysfunktioner, og som skal behandles af specialister. En sådan teori er normativt-evaluerende, idet den beskriver barnets adfærd som afvigende fra det normale (Hundeide, 2004). Barnets omverden kan ved (ikke) at tage højde for barnets problemer, påvirke det udtryk, ADHD får for hos det enkelte barn, men ADHD er et fænomen, der er eller ikke er til stede i barnet.

De tre øvrige tilgange kan samlet set opfattes som socialkonstruktionistiske. Selv om deres fokus er henholdsvis sprog og diskurser, samfundets ændrede krav og biologiske sårbarheder i en dynamisk, systemisk forståelse, kan de ses som variationer af samme grundlæggende forståelse af, at fænomenet ADHD er en social konstruktion. ADHD eksisterer dermed ikke objektivt, men i stedet som produkt af italesættelse og værdisættelse af en bestemt type ikke-ønsket adfærd hos børn.

I dette speciale vil jeg lægge mig op ad en socialkonstruktionistisk forståelse af ADHD som den beskrives i den dynamisk funderede, systemiske tilgang. Her ses ADHD som formentlig opstået på baggrund af en biologisk sårbarhed. Hvilke konsekvenser, det får for barnets adfærd og udvikling, afhænger primært af barnets samspil med sine omgivelser, der kan hæmme eller fremme det, der karakteriseres som værende ADHD-adfærd. Teori ses her som fortolkende, idet fokus er på mulige bud på, hvad der er i spil hos netop dette barn, i netop denne kontekst (Hundeide, 2004). Hvor diskursen indenfor den førende, medicinske forståelse skaber ”et ADHD-barn”, bliver der i den kontekstuelle tilgang tale om ”et barn, der udviser ADHD-adfærd”.

---

<sup>2</sup> Alan Carrs model over en sådan sammenhæng kan ses i bilag 3.

Med dette udgangspunkt vil jeg i kapitel 4 undersøge, hvordan barnet opnår en basal forståelse af sig selv og sin omverden.

## **4. At forstå verden – interaktion og indre strukturer**

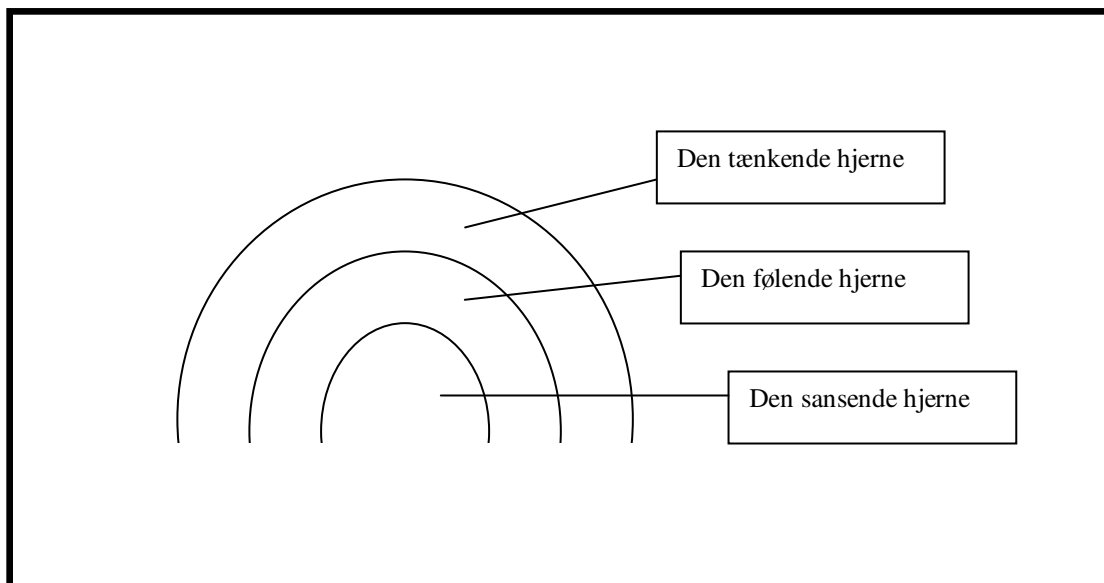
I dette kapitel ønsker jeg at belyse, hvordan barnets helt basale forståelse af selv og andre opstår og udvikles. Til dette har jeg valgt at benytte teoretiske vinkler med basis i Bowlbys tilknytningsteori, der med sin integration af biologiske og relationelle fænomeners betydning har lagt grund for enorme mængder af senere forskning. Selv om denne forskning forgrener sig ad mange stier, har de teoretikere, jeg har valgt i dette speciale, alle samme grundlæggende forståelser af de centrale begreber. Følgende kapitel er således belysning af forståelser af og sammenhænge mellem forskellige grundbegreber, som de beskrives af især John Bowlby, Daniel Stern, Peter Fonagy og Susan Hart.

Mere specifikt vil jeg belyse, hvordan barnet på baggrund af biologiske/genetiske forudsætninger udvikler de for personligheden grundlæggende fænomener tilknytning, indre repræsentationer, affekt- og selvregulering samt mentalisering gennem tæt og gensidig påvirkning af dels de fire begreber indbyrdes, dels den neurologiske udvikling, dels barnets omgivende miljø. Barnets udvikling tænkes som skabt af lag, der bygges videre på gennem barnets liv, idet de først tilkomne lag og deres biologiske fundament integreres i de senere lag.

### ***4.1 Det neurologiske fundament***

Beskrivelsen af de neurologiske faktorerers betydning nedenfor indeholder kun dele, der er relevante for problemformuleringen, idet den nærmere udredning af neurobiologien falder udenfor dette speciales rammer.

Hjernen er hierarkisk opbygget og kan lidt forsimplet forstås i tre dele. Dette illustreres i figur 4.1.1:



*Figur 4.1.1: Den hierarkiske hjerne. Min forenkling af Harts model (Hart, 2006, s. 79)*

Som i ethvert system kan det om hjernen siges, at helheden er mere end summen af delene: Pga. udveksling af information mellem de tre hierarkiske niveauer indeholder hjernen mere information, end hvis delene fungerede hver for sig (Hart, 2006).

Nederst i hjernen er den evolutionært ældste del, hjernestammen, der kan forstås som ”den sansende hjerne”, der regulerer instinktstyrede funktioner. Her findes især to vigtige fænomener. Det ene er hjernens aktiveringssystem, det retikulære system, som bl.a. regulerer hjernens arousal (energiniveau), vågenhed og opmærksomhedsfokus. Det andet er det autonome nervesystem, som regulerer organismens arousal ved at udløse centralstimulerende stoffer, hvoraf især noradrenalin og dopamin er interessante her. Udløsning af noradrenalin betyder, at individet evner koncentration, opmærksomhed og effektiv informationsbearbejdning, bl.a. fordi irrelevant information nedtones. Udløsning af dopamin er vigtig for interesse, belønningsadfærd og positive emotioner, men for megen dopamin vil kunne give hyperaktivitet og aggression (Hart, 2009, s. 200).

Den mellemste del af hjernen er det limbiske system<sup>3</sup>. Herfra opfattes og reguleres basale sociale emotioner som lyst, frygt, sorg og begær, og derfor betegnes dette som ”den følende hjerne”. Det er på dette niveau, det bliver muligt at skelne mere nuanceret mellem forskellige emotioner. I amygdala forarbejdes både de direkte perciperede sanseindtryk fra thalamus og de kognitivt bearbejdede og dermed langsommere sanseindtryk fra præfrontal cortex.

Den øverste del af hjernen kan ses som ”den tænkende hjerne”, hvor gyrus cinguli opfatter og igangsætter emotionel adfærd, der er speciel for tilknytnings- og omsorgsadfærd. I denne øverste del er præfrontal cortex yderst vigtig. Her samles og forarbejdes sansninger, følelser og neurale aktiviteter fra alle hjernens andre dele, og det bliver muligt at forarbejde denne information kognitivt. Dette gør også mennesket i stand til at organisere sig i fortid-nutid-fremtid. Præfrontal cortex giver mulighed for at integrere omgivelsernes normer og ud fra disse hæmme og dermed kontrollere primitiv adfærd og basale følelser, hvilket er forudsætningen for at kunne udvikle sociale funktioner som f.eks. mentalisering. Desuden skaber udvikling af præfrontal cortex mulighed for eksekutive funktioner som overblik, fastholdelse af mål samt evne til at korrigere adfærd i forhold til opnåelse af mål (Knudsen, 2003; Hart, 2006).

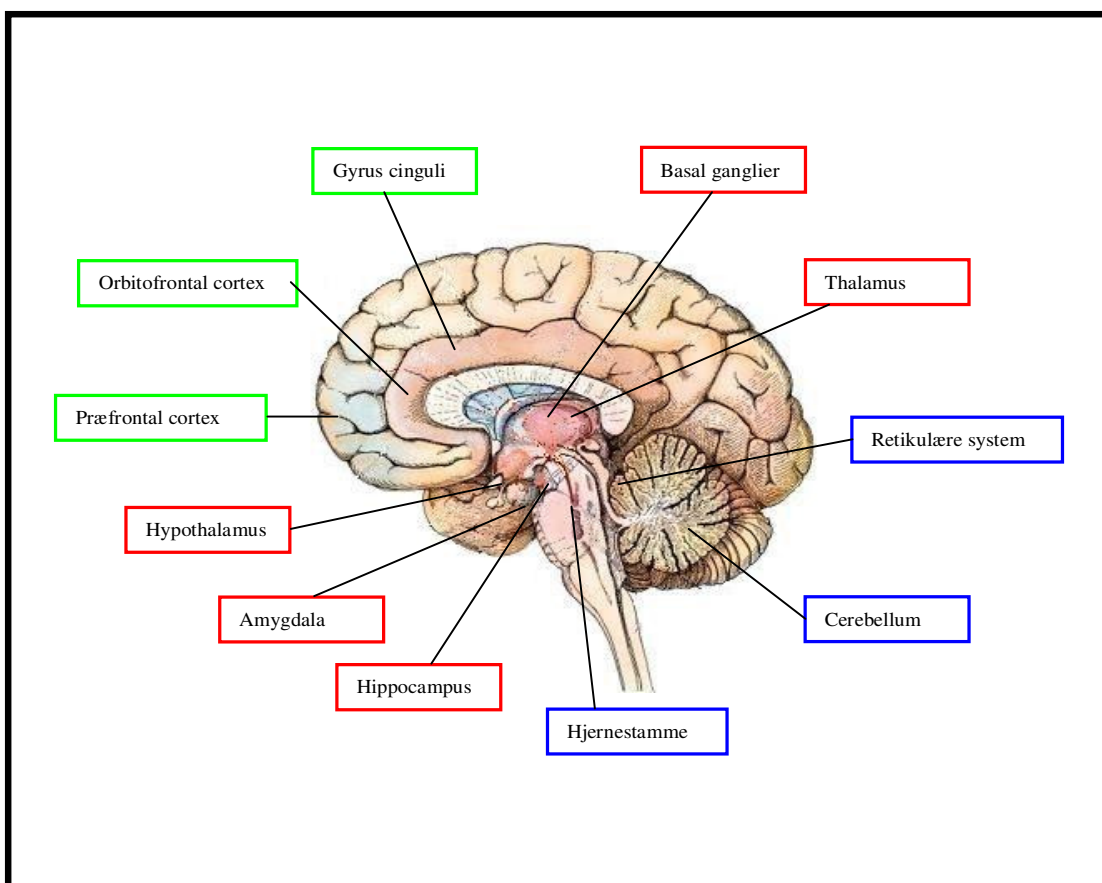
Barnets hjerne udvikles også ontogenetisk efter samme hierarki, således at nye strukturer udvikles på baggrund af lavere liggende, og derfor kan hjernens lavere dele arbejde uafhængigt af de højere, mens det omvendte ikke er tilfældet.

---

<sup>3</sup> Det limbiske system består af områder i en række hjernestrukturer langs hjernestammen, bl.a. hypothalamus, hippocampus, amygdala og den del af gyrus cinguli, der har forbindelse med orbitofrontal cortex.



I figur 4.1.2 har jeg skitseret, hvor i hjernen de i teksten nævnte strukturer befinder sig. Her er blå markering om navnene på de hjernestrukturer, der hovedsageligt skal tænkes som tilhørende det nederste hjerneniveau, rød markerer strukturer hovedsageligt tilhørende det mellemste hjerneniveau og grøn markerer strukturer, der hovedsageligt tilhører det øverste hjerneniveau<sup>4</sup>.



**Figur 4.1.2:** Forenklet skitse over de i teksten nævnte hjernestrukturer. Blå farvemarkeringer indikerer nederste hjerneniveau, røde er mellemste hjerneniveau og grønne er øverste hjerneniveau.

Selv om de fysiske strukturer i barnets hjerne i grove træk er til stede fra fødslen, formes ca. 70 % af det endelige indhold efter fødslen (Hart, 2006a). Udvikling af barnets hjerne foregår på to måder. For det første sker der en genetisk betinget, fysiologisk modning af hjernens strukturer og de overordnede forbindelser imellem dem. Denne modning sker i en bestemt rækkefølge, der også følger den hierarkiske struktur, og selve modningsperioden udgør en sensitiv periode for den specifikke struktur

<sup>4</sup> Billedet af hjernen er taget fra Internettet [www.psych.blogspot.com](http://www.psych.blogspot.com), mens placering af hjernestrukturerne er foretaget efter Kalat (2004).

under udvikling (Hart, 2006). For det andet udvikles barnets hjerne gennem samspillet mellem barn og omgivelser. Barnet fødes med et meget umodent og kaotisk nervesystem og er derfor helt afhængig af, at en kærlig omsorgsperson hjælper barnet med at organisere og forstå oplevelser med sig selv såvel som med verden, hvilket former udviklingen af nervesystemet. Hvordan barnets hjerne kommer til at fungere og forstå verden, afhænger dermed af barnets sociale interaktioner; menneskets hjerne er "culturally modified" (Doidge, 2008, s. 288).

Nervesystemet udvikles via to fænomener. Dels gennem resonans, hvor aktiverede nerveceller sætter gang i andre celler og dermed forstærker den neurale aktivitet, dels gennem biologisk betinget synkronicitet, der gør det muligt for hjernen at opleve, at forskellige typer af indtryk, der bearbejdes forskellige steder i hjernen, tilhører samme fænomen. Mens dette er gældende for det enkelte individ, er det samtidig altafgørende for samspillet mellem barn og forælder, idet resonans også betegner den oplevelse af synkronicitet og dermed intersubjektivitet (Stern, 2005), der opstår i "to menneskers nervesystemer, der forbinder sig med hinanden over tid" (Hart, 2009, s. 101).

Når de samme nerveceller ofte aktiveres, organiseres de i neurale kredsløb som mønstre, der konstant aktiveres af og tilpasses til de oplevelser, barnet har med verden. Nye erfaringer, der næsten er som de allerede kendte, differentierer de etablerede mønstre til stadig mere komplekse mønstre. Jo oftere et mønster aktiveres, desto stærkere bliver det, og jo lettere bliver netop dette mønster aktiveret på et senere tidspunkt. På denne måde tilpasses hjernen til netop det miljø, barnet er født ind i (Hart, 2009). Denne tilpasning kan efter længere tids eksistensen være yderst svær at ændre, da den indre eller ydre perception, der igangsætter et givent mønster, skal igangsætte et *andet* mønster; dermed skal den nye aktivitet altså så at sige indlæres på en måde, så det overtager pladsen fra allerede etablerede mønstre. Yderligere er det væsentligt, at læring, der har til hensigt at ændre mønstre, skal foregå med individets udelte opmærksomhed. I modsat fald bliver ændringen kun midlertidig (Doidge, 2008).

Specialiseringen af nerveceller sker i den givne hjernestrukturs sensitive periode. Disse perioder følger opbygningen af den hierarkiske hjerne, og derfor bliver den

senest udviklede hjernestruktur mere sårbar. Præfrontal cortex er et af de mest komplicerede og derfor senest modnede områder, idet aktivitet begynder her, når barnet er omkring otte måneder, mens området først er færdigudviklet mere end 20 år senere. Derfor er det relativt let at ændre celleforbindelserne længe, og dette vigtige område er således mere påvirkeligt overfor skader eller maladaptive neurale kredsløbsmønstre end andre områder (Hart, 2009).

Når barnets første leveår er så vigtige, kan det opsummerende siges at være, fordi de erfaringer, barnet tidligt gør sig i og med verden via især neurale kredsløbsmønstre, sætter spor i de lavere hjernestrukturer, der løbende bliver integreret i udviklingen af de højere strukturer og dermed i en stadig mere kompleks forståelse af barnets selv og omgivelser.

## **4.2 Tilknytning**

Mennesket har medfødte evner til forskellige instinktive adfærdsmønstre, der sikrer både individets og artens overlevelse. Tilknytningsadfærd har således til formål at tilkalde hjælp til et system, der er i ubalance, enten ved at individet påkalder sig hjælp fra andre, eller ved at det selv aktivt opsøger andres hjælp (Mortensen, 2006). Den sensitive mor vil gennem sin instinktive omsorgsadfærd sørge for at tilpasse sin adfærd til barnets, så barnet fra fødslen begynder at danne sig erfaringer med de omsorgspersoner, der dækker dets behov for mad, søvn og omsorg, samt hvordan det kan forventes at ske.

Disse erfaringer samles i kognitive strukturer, oprindeligt kaldet indre arbejdsmodeller, der kommer til at indeholde forventninger til bestemte personer, bestemte situationer og til barnet i relationen, samt forventninger om de emotioner, der er koblet til dem (Bowlby, 2005). Nyere forskning peger på, at begrebet arbejdsmodeller er for unuanceret, og at man i stedet bør forstå en arbejdsmodel som bestående af mange små ”byggesten”, hver formet af (måske få) generaliseringer af konkrete erfaringer (Stern, 2005).

De indre repræsentationer, barnet har om relationen med den primære omsorgsperson, kommer til udtryk i barnets tilknytningsmønstre. Dette kan kategoriseres som værende trygt eller utrygt, hvor det utrygge tilknytningsmønster yderligere kan opde-

les i tre: Det ambivalent tilknyttede barn er ikke sikker på, om omsorgspersonerne er til rådighed, og derfor er barnet ofte klynkende, klæbende og uden trang til udforskning. Det ængsteligt-undvigende tilknyttede barn bliver tidligt vant til frygten for afvisning og vil derfor tidligt forsøge at klare sig selv. Desorganiseret tilknytning er uforudsigelig og uden fast mønster<sup>5</sup> (Bowlby, 2003).

Det trygt tilknyttede barn vil have indre repræsentationer af sin primære tilknytningsperson, der gør det muligt at bruge denne som en sikker base, hvorfra verden undersøges, mens det utrygt tilknyttede barn ikke har denne mulighed (Schaffer, 2005).

### **4.3 Indre repræsentationer**

Barnets indre repræsentationer af selv, andre og relationer skabes først og fremmest via to medfødte fænomener: evnerne til at opfange invariante samt kontingens.

Baseret på det, Hart (2009) kalder synkronicitet, evner barnet ud fra forskellige perceptioner at samle mønstre af invariante, der kan kategorisere selvet såvel som den sociale verden. Mønstrene opstår ved, at barnet oplever, hvad der så at sige tilhører en bestemt oplevelse. Invariante oplevelser, der stammer fra konkrete erfaringer med handlinger, relationer, sansninger og affekter, samles til kognitive strukturer, der hver repræsenterer gennemsnittet af en bestemt oplevelse (Stern, 2005, s. 141).

Barnets evne til at opfatte invarians bliver brugbar i kraft af, at barnet har en medfødt evne til at spore kontingens, dvs. fuldstændig samtidighed mellem barnets fysiske adfærd og den følgende ydre reaktion. De første tre måneder af barnets liv søges oplevelser, der er fuldstændig kontingente, for herved at opnå en fornemmelse af invariante, der tilhører og dermed differentierer hhv. barn og ikke-barn. Efter de tre måneder søger barnet oplevelser, der er næsten, men ikke fuldstændigt, kontingente. Det giver barnet mulighed for at udforske den sociale omverden, fordi mekanismen giver barnet mulighed for at observere den ydre reaktion på f.eks. mor og samtidig have fornemmelsen af, hvad der hos barnet affødte reaktionen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007, s. 160ff).

---

<sup>5</sup> En nærmere redegørelse for opdeling af tilknytningsmønstre findes i bilag 4

Som eksempel på dette mener Stern, at hver affekt har sin egen neurale fyringsprofil (2005, s. 134). Da affekter således er neuralt forankret, forandres hverken emotioners følelsesmæssige indhold eller de tilhørende proprioceptive feedback fra ansigtsmusklerne i løbet af et individs udvikling. På denne måde oplever barnet, at bestemte affekter er invariante også på tværs af omgivelserne, hvorfor de må tilhøre barnet selv. I kraft af evnen til at opfatte kontingens får barnet løbende nye erfaringer med selvet i relation med omverdenen, og barnet får mulighed for at skabe, nuancere eller konsolidere forskellige sider af indre repræsentationer af selvet: hvordan forskellige affekter opleves, hvilke situationer de oftest fremkommer i, hvordan de påvirker omgivelserne osv. Da der er tale om interaktioner med andre, vil samtidig indre repræsentationer af omgivelserne og barnets relationer til disse også etableres, nuanceres eller konsolideres i takt med nye erfaringer med egne affekter.

Etablering og differentiering af indre repræsentationer stemmer overens med den mekanisme, der ovenfor blev beskrevet som neurale kredsløb. De indre repræsentationer skaber således neurologiske forandringer, og dette kan være medforklarende årsag til den massive betydning, de tidligste oplevelser med relationer har for barnets udvikling af, hvordan selv og andre forstås og opleves.

De indre repræsentationer forandres og udvikles, og nye etableres først og fremmest på baggrund af de allerede tilstedeværende repræsentationer. Jo tidligere disse er grundlagt, desto mere basale oplevelser ved selv og andre vedrører de, og jo sværere er de at ændre (Stern, 2005, s. 160). Harts beskrivelse af den hierarkiske hjerne understreger, at de tidligst modnede hjernestrukturer har at gøre med de mest basale reguleringsmekanismer (Hart, 2009). Derfor vil indre repræsentationer af erfaringer med basale fænomener som f.eks. affektregulering og opmærksomhedsstyring være med til at forme barnets udviklingsgrundlag. Omvendt vil medfødte sårbarheder i reguleringsmekanismer i hjernestammen være med til at påvirke dels barnets samspil med omgivelserne, dels måden barnet oplever verden på – og dermed hvordan de indre repræsentationer kommer til at se ud.

Den sensitive mor indgår lige fra fødslen i samspil med barnet, der bliver afgørende for, hvilke indre repræsentationer barnet opbygger af selv og andre. Moderen opfatter og reagerer på barnets adfærd, i en vis grad ud fra den biologisk betingede omsorgs-

adfærd, og især ud fra sine *egne* indre repræsentationer, som de ser ud efter moderens egen opvækst: generelle repræsentationer af, hvad forælderrollen bør indeholde, oplevelsen af mestring af sin egen forælderrolle, sit værd som menneske (som mor, datter, hustru, veninde, uddannelses- og jobmæssigt osv.) (Stern, 2005).

Moderens oplevelse af barnet er således afgørende for hendes adfærd overfor barnet, og på samme måde er barnets oplevelse af moderen afgørende for dets adfærd overfor hende. Dermed kan den virkning, barnet har på sin mor, siges at være lige så stor som den virkning, moderen har på barnet (Schaffer, 2005, s. 118).

#### **4.4 Affekt- og selvregulering**

I dette afsnit skal affektregulering forstås som regulering af netop affekter, mens selvregulering indebærer bredere forhold i selvet, dvs. intentioner, ønsker, behov, adfærd osv.

Alle organismer regulerer sig efter rytmer. Det nyfødte barn har medfødte rytmer for f.eks. søvn og sult, men allerede efter to uger er barnets rytmer påvirket af omsorgspersonerne. Der sker således en psykobiologisk regulering, der jf. det hierarkiske princip er helt basal for barnet, og som derfor er af vital betydning for barnets selvregulering (Hart, 2006).

Medfødt omsorgsadfærd betyder, at den sensitive mor instinktivt udfører affektiv afstemning, idet hun, oftest tværmødt, matcher den del af barnets ydre adfærd, der afspejler barnets indre tilstand (Stern, 2005, s. 190). Kontingens-mekanismen betyder, at barnet forstår, der er en direkte sammenhæng mellem barnets affekt og mors reaktion. Denne proces medieres af det, Hart beskriver som resonans: Idet mor og barn fremviser den samme affekt, vil deres nervesystem fyre synkront, og følelsen af at opleve noget fælles – intersubjektivitet – vil styrkes (Hart, 2006); tilknytningen bliver med andre ord forstærket, og fornemmelsen af at kunne dele oplevelser og opmærksomhed grundlægges.

For at skabe indre repræsentationer, der skelner mellem barnets egne og mors affekter, er det nødvendigt, at moderen markerer sine affektive spejlinger. Barnet oplever på denne måde, at egne indre affektive tilstande ser ud og føles på en bestemt måde,

og gennem mange af disse erfaringer skabes solide indre repræsentationer, så barnet efterhånden bliver i stand til at fornemme og forstå sine egne indre affekter. Dette giver barnet en oplevelse af mestring, idet affekter på denne måde bliver noget, barnet ikke bare overvældes af, men i stedet noget barnet kan genkende og – langt hen ad vejen – regulere og mestre selv (Fonagy et al., 2007).

Mors selektive afstemninger fungerer desuden som skabelon for, både hvad der normativt er acceptabelt i kulturen, og især hvad der ifølge mors egne indre repræsentationer er acceptabelt: Hvis mor afstemmer en bestemt affekt i en bestemt kontekst for lidt eller måske slet ikke, oplever barnet, at affekten ikke kan/bør deles (Stern, 2005, s. 258). Sker dette ofte, eller er mors afstemninger inkonsekvente i enten grad, hyppighed eller tilhørende emotionalitet, skaber barnet mange forskellige og måske modstridende indre repræsentationer. Dette vil komme til udtryk i tilknytningsmønstret, der bliver utrygt.

Da specialisering af nerveceller sker i sensitive perioder i de forskellige hjernestrukturer, vil meget tidlige erfaringer især have varige effekter på de områder, der tidligt modnes. Når en ikke-sensitiv mor har svært ved at aflæse, spejle og reagere adækvat på barnets signaler, kan det derfor påvirke basale dele af udviklingen af barnets hjerne, f.eks. regulering af hjernens signalstoffer, i negativ retning. Omvendt kan en genetisk betinget sårbarhed i et neuropsykologisk system betyde, at selv den sensitive mor får svært ved at aflæse og spejle sit barn korrekt.

Det lille barn får således hjælp til affektregulering. Med udviklingen af selvet og den samtidige neurale og kognitive modenhed udvides fænomenet, idet omsorgspersonens regulering internaliseres i barnet som værktøjer til selvregulering.

#### **4.5 Mentalisering**

Neuropsykologisk er udvikling af mentaliseringsevne bredt ud over alle tre niveauer i hjernen. På hjernestamme-niveau får barnet en intuitiv fornemmelse af sine egne følelser. På mellemhjerne-niveau skabes en empatiforståelse bygget på, hvordan barnet kan genkende sine egne følelser i andre, og på øverste hjerneniveau kan barnet koble de underliggende niveaurs fornemmelser med evnen til at opfatte, forudsige og erkende den andens emotioner og intentioner (Hart, 2006).

Barnets indre repræsentationer af selv og andre gør menneskelig adfærd forudsigelig og dermed forståelig: Barnet lærer gennem disse repræsentationer, hvad det kan forvente af selv og andre. Med erfaringen og den neurologiske modenhed bliver barnet i stigende grad i stand til at generalisere og kan således bruge sine indre repræsentationer til både at have forventninger til mennesker og situationer, der ikke nødvendigvis er bygget specifikke indre repræsentationer for, og til at kunne bestemme sig for den bedst mulige handling. Barnets erfaringer og indre modeller giver dermed en viden om, hvilke intentioner, der kan ligge bag en given handling. Herfra udspringer hele mentaliseringsbegrebet: At kunne forklare egen og andres adfærd ud fra de mentale tilstande, dvs. ønsker, behov, emotioner osv., der ligger bag adfærden, og ud fra denne forståelse at tilrettelægge egen adfærd (Fonagy et al., 2007).

Uvikler barnet en mangelfuld mentaliseringsevne, vil det være vanskeligt at skabe mening i andres adfærd. Derfor risikerer barnet at blive ”hyper-aroused”, da han er nødt til konstant at afsøge sin omverden for, hvorvidt er fare på færde (Jureidini, 2009).

Mors mentaliseringsevne er væsentlig, idet det er den, der ligger bag begrebet ”en sensitiv mor”, der ser barnet som intentionelt og dermed har mulighed for at tillægge barnet de affekter, hun spejler. Derfor ses en sammenhæng mellem mors mentaliseringsevne og barnets tilknytningskvalitet (Fonagy et al., 2007, s. 47ff).

#### **4.6 Opsummerende**

Barnets hjerne udvikles efter et hierarkisk princip, hvor de mest basale reguleringsmekanismer modnes tidligst. Derfor kan barnets tidligste erfaringer med selv og andre give form til bl.a. regulering af arousalniveau, opmærksomhed og instinktive handlinger. Samtidig er ethvert samspil mellem mennesker gensidigt, og sårbarheder i f.eks. barnets basale reguleringsmekanismer vil derfor have betydning for, hvordan andre ser og reagerer på barnet lige fra det fødes.

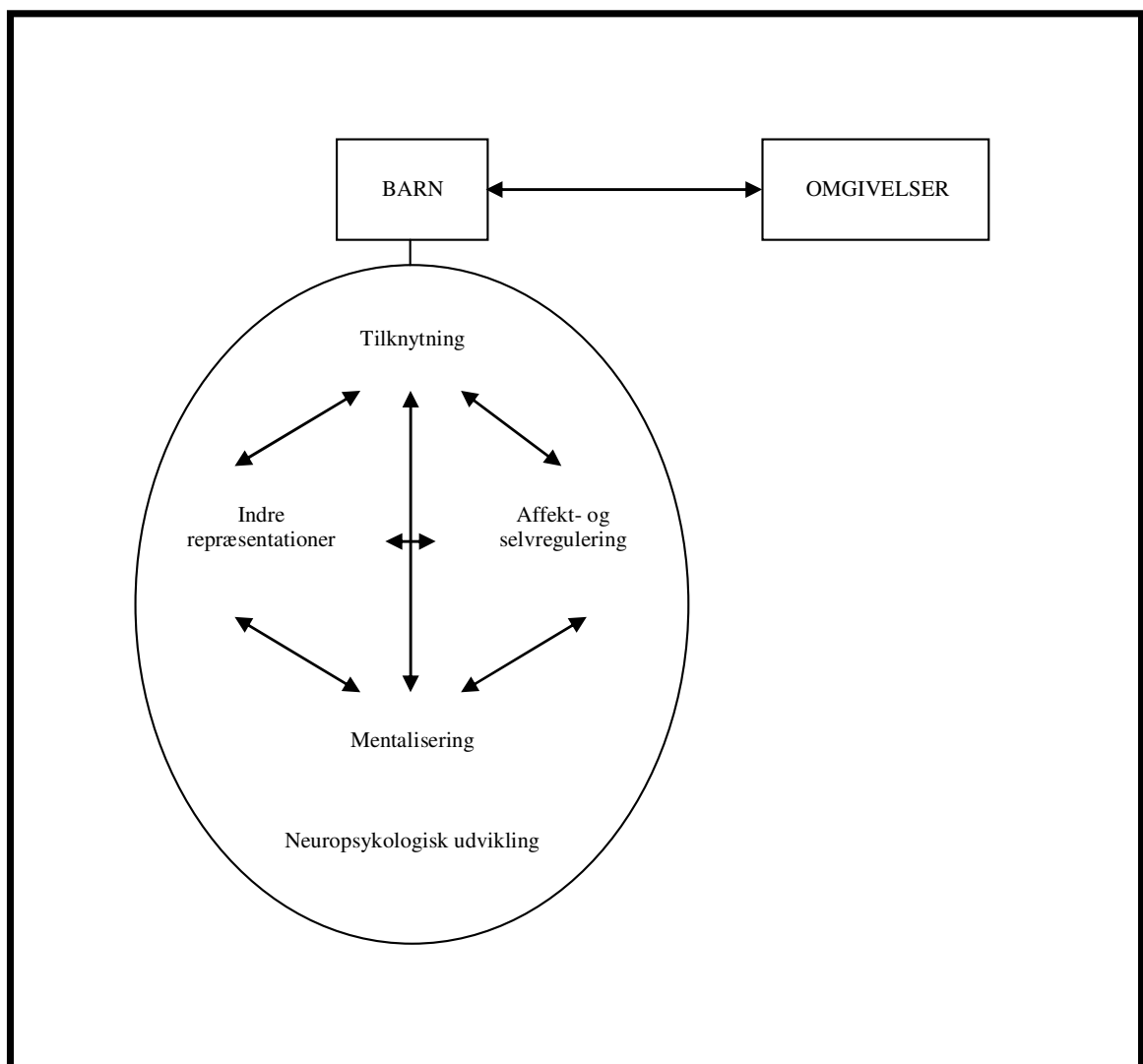
Den sensitive mors tilstrækkeligt markerede spejling af barnets affekter vil integreres i barnets indre repræsentationer, og med erfaringen udvikles barnets evne til affekt og selvregulering. Indre repræsentationer er forankret i neurale netværk, der stadig lettere bliver aktiveret, jo flere gange det allerede har været aktivt. Således vil f.eks.



typiske måder at være sammen på kunne ses i form af et bestemt tilknytningsmønster.

Det trygt tilknyttede barn vil kunne bruge repræsentationerne til at forstå og forudsige andre som intentionelle agenter, hvilket muliggør udvikling af mentaliseringsevne. Samtidig vil en god mentaliseringsevne gøre det lettere at skabe f.eks. flere positive relationer, bedre copingstrategier og bedre selvværd. Dette giver bedre muligheder for at affektregulere selvet på en måde, der giver plads til øget mentalisering.

De fire grundlæggende fænomener, jeg har valgt til at belyse barnets forståelse af verden med, spiller således til stadighed sammen i et yderst komplekst og meget for-grenet samspil, hvilket jeg har sammenfattet i figur 4.6.1:



**Figur 4.6.1:** Sammenhæng mellem temaer beskrevet i kapitel 4

I næste del af specialet ønsker jeg at undersøge, hvordan de fire grundlæggende fænomener ligger bag fem vigtige måder, hvorpå barnet handler i verden.

## **5. At agere i verden – et gensidigt samspil**

De fire begreber beskrevet i forrige kapitel er helt basale for barnets forståelse af verden og dermed for barnets videre udvikling. Hensigten med kapitel 5 er ud fra et dynamisk, systemisk perspektiv at belyse, hvordan barnets udvikling kan forme sig i familien. Derfor har jeg valgt at beskrive fem fænomener, som dels bygger på de fire grundlæggende begreber, og som dels udvikles i og har betydning for et gensidigt samspil med omgivelserne: selvværd, copingstrategier, kommunikation, roller og positionering i familien samt betydningen af ”goodness of fit”. Hermed mener jeg at have udvalgt fænomener, der er meget væsentlige for samspil og udvikling i familien, men jeg er klar over, at valget kunne være anderledes.

De fem begreber er indbyrdes afhængige således, at forandringer på ét område vil kunne medføre ændringer på et andet. For at undgå gentagelser har jeg i dette kapitel valgt kun at beskrive processer og fænomener under én overskrift, selv om de for at være udtømmende beskrevet, kunne være beskrevet under flere overskrifter.

### **5.1 Selvværd**

Selvværd har stor betydning for barnets basale grundstemning og samtidig også for den måde, barnet handler på (Schaffer, 2001). Derfor vælger jeg at uddybe begrebet selvværd her.

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Susan Harters forståelse af selvværd, idet denne stemmer overens med tankegangen hos de øvrige teoretikere i specialet: Selvværd skal forstås som en individuel værdi og kan derfor ikke måles som en fast, universel størrelse. Det er der to årsager til: For det første er selvværd kontekstspecifikt på den måde, at barnet vurderer sine egne evner på forskellige domæner som f.eks. udseende, relation til forældre og færdigheder i skolen. Selvværd er i denne forståelse et udtryk for barnets egne oplevelser af forskellen mellem ideal-jeg og reelt jeg på områder, barnet selv vurderer som værende værdifulde: Jo mindre forskel, desto højere selvværd. For det andet er selvværd samtidig at forstå som et for barnet globalt begreb, der indebærer en subjektiv følelse af at være værd at elske (Harter, 1999).

Som beskrevet i kapitel 4 udvikles barnets tidlige fornemmelse af selv og dermed en implicit oplevelse af selvværd gennem interaktion med de primære omsorgspersoner, og senere bliver også samspil med andre personer vigtige i denne henseende. Først i 7-8 års alderen giver barnets kognitive udvikling mulighed for oplevelsen af et sammenhængende, globalt selvværd (Schaffer, 2001).

Spædbarnet opbygger gennem samspillet med sine forældre indre repræsentationer af forældrenes lyst til at drage omsorg for barnet, og derfor ligger i selve den sikre tilknytning en implicit forståelse af at være værd at elske (Thompson, 1999). Desuden vil det, at forældrene reagerer på barnets signaler efterhånden give barnet oplevelsen af være i stand til at påvirke verden på en bestemt måde, og derfor vil barnet kunne udvikle troen på, at det vil opleve succes (Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999). Hermed begynder formningen af barnets globale selvværd.

Samtidig opbygger barnet via fænomener som selektiv afstemning og den emotionelle valør af indre repræsentationer en fornemmelse for, hvad der værdsættes i netop denne kultur. Det er denne værdisætning, der skaber hierarkiet for hvilke domæner, det bliver vigtigt for barnet at klare sig godt indenfor.

En del af den sikre tilknytning er, at barnet via indre repræsentationer og mentaliseringsevne forstår de sociale regler for kommunikation som et gensidigt samspil. Når barnet i institution og skole skal klare sig i større sammenhænge, er der mange ting at forholde sig til. De børn, der kender reglerne, klarer sig bedre og bliver mere populære, hvilket igen vil øge barnets globale selvværd (Weinfield et al., 1999).

Det barn, der har indre repræsentationer af, at det kan betale sig at søge støttende kontakt med omgivelserne, vil i både nye og ukendte situationer opføre sig på en åben og positiv måde, der får omgivelserne til at give den forventede reaktion (Thompson, 1999). Dette kan forklares gennem barnets mentaliseringsevne: Når barnet kan overskue de sociale relationer, kan det vælge den handlemulighed, der både er den bedste til at opnå det ønskede mål, og som samtidig er socialt accepteret.

Barnets indre repræsentationer ændres konstant gennem barnets udvikling i takt med, at nye erfaringer opnås. Den måde, de indre repræsentationer på et bestemt tidspunkt

ser ud på, vil påvirke mentalisering og håndtering af verden. Undersøgelser tyder på, at også udviklingen af selvrepræsentationer og dermed domænespecifikt selvværd har kritiske perioder, hvor erfaringer med verden vil være ekstra betydningsfulde (Thompson, 1999). Jeg mener, dette kunne stemme med udviklingen af neurale kredsløb som beskrevet i afsnit 4.1: I de specifikke hjerneområders kritiske perioder vil neurale kredsløb blive hurtigere etableret og lettere konsolideret.

Når de første relationer til barnets primære omsorgspersoner har så stor betydning for udviklingen af selvværd, skyldes det, at barnets relationer, som f.eks. udmøntes i indre repræsentationer, er bestemmende for, hvordan barnet oplever og fortolker verden. Denne opfattelse vil altid udgøre den oprindelige struktur, den mest grundlæggende basis, som barnet handler i verden ud fra. Gennem interaktioner med andre vil barnets indre repræsentationer og dermed forståelse ændres eller konsolideres, men jf. afsnit 4.1 om neurale mønstre er de svære helt at fjerne. Derfor kan positive oplevelser i den tidligste alder give barnet et grundlæggende selvværd, der kan støtte og skærme barnet i perioder, hvor barnets vilkår ændres radikalt i negativ retning. Jo ældre barnet er, når dets livsvilkår ændrer sig i negativ retning, desto mere neurologisk basis vil de positive tider have fået, og desto mere modstandskraft vil barnet have overfor de nye, negative oplevelser.

Uanset om de første erfaringer er positive eller negative er det vigtigt her at understrege, at selve den grundlæggende udviklingspsykologiske tankegang i specialet er dynamisk. Derfor vil hverken de psykologiske eller de neurale forandringer være determinerende for barnets udvikling, men i stedet skubbe udviklingen i én retning frem for en anden.

Også forældrenes selvværd skal kort nævnes her. I tråd med Harters domænespecifikke selvværd såvel som Carrs forståelse af vigtige systemiske faktorer er især forældres tro på egen forældreevne vigtig. Høj vurdering af egne evner på domænet betyder, at forældrene skaber et miljø for deres barn, som støtter barnets udvikling. Omvendt vil lavt selvværd på dette domæne betyde, at forældrene ikke i så høj grad handler aktivt, at de stopper deres anstrengelser ved bare små forhindringer, og at de hurtigt falder tilbage til negative måder at forsøge at håndtere barnets problemer på (Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli, 1996). Således vil forældrenes vurde-

ring af egen forældre evne være betydningsfuld for de værdier og copingstrategier, der viser sig i interaktionerne mellem barn og forældre.

## **5.2 Copingstrategier**

Selvværd har stor betydning for barnets handlinger i verden. I forhold til et barn med lavt selvværd vil barnet med stor tro på egen formåen i højere grad hige efter noget, være mere engageret og motiveret, være mere vedholdende, når der opstår problemer og tilbagegang, have flere positive venskaber og være mindre sårbar overfor stress og depression. På den måde kan selvværd som sådan siges at indebære fornemmelsen af mestring (Bandura et al., 1996).

Samme fænomener, der er i spil i skabelsen af selvværd, ligger som beskrevet i afsnit 4.2 bag en tryk tilknytning mellem barn og omsorgspersoner. Det tryk tilknyttede barns brug af omsorgspersonerne som sikker base giver det lille barn oplevelsen af at kunne mestre omgivelserne: Enten udforskes og mestres verden, eller også formår barnet at tilkalde sig den støtte, det har brug for (Weinfeldt et al., 1999). Dette svarer til en mestringsorienteret tilgang kaldet intern "locus of control".

Begrebet "locus of control" er en overordnet forståelse af mestring af opgaver såvel som situationer, hvor erfaringer med verden har givet barnet opfattelse af, hvorvidt mestring skyldes noget internt i barnet, f.eks. barnets egen adfærd eller personlige karakteristika, eller om det skyldes noget eksternt som f.eks. held, tilfælde, skæbne eller magtfulde andre (Rotter, 1990).

Nyere forskning foreslår, at "locus of control" opdeles yderligere, så også det, der specifikt har med barnet at gøre, kan deles op i, hvorvidt barnet oplever at have kontrol eller ej. Nogle børn har en opfattelse af, at træk er stabile, indre faktorer, der ikke kan ændres, men som er et resultat af skæbne eller tilfælde; de har altså generelt eksternt "locus of control" også i forhold til faktorer internt i barnet. Barnet med en sådan opfattelse vil ofte mangle motivation for at gøre en god indsats, når opgaver eller situationer opfattes som værende vanskelige og i stedet opgive ud fra en forståelse af overordnet at være dum, dårlig til matematik osv. (Heyman & Dweck, 1998). En sådan respons på modgang kaldes "learned helplessness", idet det ikke nødvendigvis viser barnets egentlige muligheder for f.eks. at løse en opgave, men i stedet barnets

manglende motivation (Pomerantz, Grolnick & Price, 2005). Herved opstår en selvopfyldende profeti, idet barnet, der investerer en mindre indsats, opnår et dårligere resultat, og barnet bekræftes i sin formodning om, at det ikke har evner eller personlige træk til at håndtere situationen (Milich & Okazaki, 1991). Socialt set kan fenomenet f.eks. forstås således, at et barn, der oplever personlighed som en stabil faktor, og som samtidig oplever social afvisning, vil kunne udvikle "learned helplessness" og skabe indre repræsentationer af selv og af relationer med negativ valør (Heyman & Dweck, 1998).

Neuropsykologisk udvikling kan være med til at fremme "learned helplessness" på den måde, at præfrontal cortex af forskellige årsager kan have svært ved at fastholde og bearbejde den information, de andre hjerneområder sender (Hart, 2009a). Sker dette, vil barnet på samme vis som beskrevet ovenfor kunne opleve at mangle overblik og dermed kontrol, hvorved "locus of control" bliver ekstern.

Modsat kan træk opfattes som dynamiske faktorer, der kan ændres; her er altså intern "locus of control". Fokus flyttes fra resultat til proces, idet barnet vil se, at opgaven eller situationen kan få forskelligt udfald, afhængigt af, hvordan barnet vælger at handle (Heyman & Dweck, 1998). Dette indebærer en accept af, at fiasko skyldes indsats snarere end immanente mangler, eller at barnet ganske simpelt endnu ikke har opnået den læring, der er nødvendig for et positivt udfald. Barnet vil også kunne have indre repræsentationer, der er præget af intern "locus of control", der er effektive for barnets opnåelse af mål, men som ikke er konstruktive for et socialt samspil, f.eks. såkaldte hysteriske anfald.

De indre repræsentationer, der skabes i samspillet mellem barnet og forældre, er bestemmende for, om barnet opfatter træk som stabile eller dynamiske (Pomerantz et al., 2005). Grundlæggende er der tale om forskelle i hvilke værdier og forståelser, forældrene videregiver gennem f.eks. deres regulering af barnets affekt og selv. Som beskrevet i afsnit 4.3 kan indre repræsentationer dog ændres eller differentieres, og Rotter (1990, s. 490) mener da også, at "locus of control" ikke nødvendigvis er et stabilt personlighedstræk. Som indre repræsentationer kan være forskellige, kan også "locus of control" derfor være situationsafhængig, ligesom det kan forekomme, at

erfaringer med tiden ændrer barnets opfattelse af, hvorvidt træk skal opfattes som stabile eller dynamiske fænomener.

Ny neuroaffektiv forskning har givet anledning til spekulationer om, at indre repræsentationer er sværere at ændre end hidtil antaget, da de er neuralt forankrede (Hart, 2009). Dette forhold må ligeledes gælde for "locus of control": Når det først er etableret, kan det med en vis grad af besvær ændres over tid og efter mange erfaringer i en bestemt retning. Det kan også være tilfældet, at "locus of control" starter som en overordnet fornemmelse i barnet, skabt gennem indre repræsentationer, men at det med hjernens udvikling bliver mere differentieret. Derfor kan Rotter have ret i, at skolebarnet, hvis præfrontale cortex er godt på vej i sin udvikling, kan have forskellige, situationsafhængige "loci of control".

### **5.3 Kommunikation**

De indre arbejdsmodeller, barnet opbygger i samspillet med omsorgspersonerne, indeholder som nævnt i afsnit 4.3 modeller af selv, andre og relationer og dermed også af kommunikationsmønstre (Bowlby, 2005). Barnet opnår med tiden en fornemmelse af det talte sprogs betydninger, men vigtigere i nærværende sammenhæng er, hvad barnet samtidig lærer i og om kommunikation.

Den sensitive mor vil som en del af sin medfødte omsorgsadfærd tale til det lille barn med et sprogbrug karakteriseret af korte sætninger, overdrevet udtale og intonation og forøgede pauser, kaldet "child-directed speech" (Berk, 2000). Således vil barnets tidligste oplevelser med verden blive italesat i et sprog, der er tilpasset barnets udviklingsniveau, og som er befordrende for barnets neurologiske udvikling. Også affekt og selvregulering bliver støttet verbalt, og barnet lærer gradvist at forbinde affekter med bestemte ord, hvilket naturligvis er en forudsætning for, at det på længere sigt bliver muligt overhovedet at tale om affekter, følelser osv. Moderens selektive spejling og senere forældrenes regulering af barnets selv vil give barnet en forståelse for, hvilke indre tilstande det er acceptabelt at tale om, samt i hvilke situationer det er tilfældet. Dette afhænger ikke kun af det større kulturelle aspekt, men også af de regler, der gælder i den enkelte familie (Hårtveit & Jensen, 2005). Undersøgelser viser, at trygt tilknyttede børn på 6 år taler mere flydende, med flere følelsesmæssige ud-

tryk og om flere (også personlige) emner, end utrygt tilknyttede børn (Bowlby, 2005, s. 145).

Al handling kan forstås som kommunikation. Kommunikation skal altid ses i den kontekst, den forekommer for at skabe så høj grad af redundans, at deltagerne i kommunikationen har mulighed for at forudsige noget om det næste, der vil ske (Schjødt & Egelund, 2008). At kunne dette forudsætter, at barnet har lært generelle regler om kommunikation. De tidligste samspil lærer barnet overordnede regler som at tage tur (Stern, 2005). Med øget erfaring vil barnet forstå, at kommunikationens ord samtidig indeholder information om relationen mellem parterne og dermed om hvilke forventninger, man med rette kan have om og til hinanden. I en symmetrisk relation vil parterne være ligeværdige og måske kappes om, hvem der skal have kontrollen; til gengæld lærer begge parter i kommunikationen af hinanden. Er relationen komplementær, har parterne forskellig adfærd, idet den ene part har kontrol over den anden. Mens det første er typisk for en relation mellem jævnaldrende, er det andet typisk for forholdet mellem barn og forældre (Reichelt, 2009).

Udvikling af mentaliseringsevne betyder, at barnet kan tolke, hvad parterne i en social situation kan forvente af hinanden. Et barn, der formår dette, vil kunne udvikle venskaber, hvor forståelse for den symmetriske kommunikation er med til at forstærke det andet barns initiativ. Således bliver børnene ligeværdige i leg og venskab (Kadesjö, 2006).

Kommunikation og samtale kan opdeles i forskellige niveauer afhængig af, om der er tale om en enkeltstående ting eller om en mere overordnet klasse af kategorisering (Schjødt & Egelund, 2008). Et helt specielt kommunikativt fænomen beskrives af Bateson som ”double bind”, der oftest udspiller sig mellem barn og en forælder. Her sammenblandes de to kommunikative niveauer med negative påbud, idet det udtalte indhold ikke stemmer overens med det overordnede budskab, som eksempelvis når den voksne skælder barnet ud for at være ”et lille barn, der ikke kan noget selv”. Samtidig er barnet forhindret i at komme ud af situationen, idet barnet til stadighed er afhængig af sine forældre (Warhuus, Egelund og Trillingsgaard, 1999).



”Double bind” er qua fænomenets definition meget problematisk for ethvert barn, men tydeligst hos det barn, der oplever det ofte. Barnet vil ikke føle sig mødt og forstået, og det vil have svært ved at opbygge indre repræsentationer over relationer, idet disse er modstridende i sig selv. Ofte vil der samtidig i denne type kommunikation ligge negative konnotationer og dermed en kritik af barnet som person, som vil påvirke barnets indre repræsentationer af selv i negativ retning.

Fra en neurologisk vinkel betyder princippet om resonans som nævnt i afsnit 4.1, at tætliggende neuroner fyrer samtidig, og dermed at et mønster vil aktiveres hurtigere og tidligere, jo mere erfaring barnet har med netop denne situation (Hart, 2009). Hvis barnet ofte oplever situationer med ”double bind”, vil der opstå mange forskelligartede neurale netværk, der hver især ikke bliver forstærket gennem aktivering. I stedet vil barnet føle forvirring.

Mange af de børn, der har udviklet ambivalent tilknytning, har været udsat for en handlemæssig kommunikation med samme indhold som ”double bind”. F.eks. kan moderen række armene ud som for at signalere imødekommenhed, mens ansigtsudtryk og stemmeføring fortæller, at hun i virkeligheden ikke har lyst til at kramme barnet. For begge typer af ”double bind” gælder det, at barnet udsættes for en situation, hvor det ikke er muligt at selvregulere, da barnet vil være forkert uanset hvordan han vælger at handle (Hart, 2006a).

## **5.4 Roller og positionering**

Den måde, en familie oplever forældrenes og barnets positioner og roller på, kommer adfærdsmæssigt til syne i det, der kan karakteriseres som et opdragelsesmønster. Som ved al anden teori er der tale om kunstige konstruktioner, der i praksis kun yderst sjældent ses i så rendyrket form, som teorien lægger op til. Opdelinger skal derfor benyttes til at beskrive og forstå forhold, der i teorien lader sig opdele og undersøge, men som i praksis vil være præget af sammenblandinger.

Den autoritære opdragelsesform indebærer en meget komplementær relation, hvor de voksne har al magt. Der lyttes ikke og tages ikke hensyn til barnets behov, og i stedet er de voksne meget kontrollerende (Schaffer, 2001). Grænserne mellem forældre og barn er meget ufleksible, og familiens struktur er præget af, at forældrene er, hvad

strukturel systemisk teori kalder ”disengaged” (Minuchin et al., 2007). Barnets indre repræsentationer udvikles i retning af lavt selvværd, idet barnet ikke støttes og motiveres. Et barn, der kun præges af autoritær opdragelse, vil direkte overtage forældrenes adfærd, idet der ikke gives forklaringer eller alternativer, og derfor vil ydre struktur ikke blive internaliseret (Fleicher, 2009). Barnet lærer således ikke reel affekt- og selvregulering, men vil i stedet regulere sig efter forældrenes ønsker og humør. Af samme grund vil barnet udvikle mangelfuld mentaliseringsevne.

Neurologisk vil udviklingen af bl.a. præfrontal cortex bære præg af, at barnet ikke har lært selv at overskue og tænke fleksibelt. I praksis vil de fleste børn også præges af andre omgangsformer end den autoritære, og dette vil ofte resultere i, at barnet udvikler en trodsig adfærd som reaktion på forældrenes manglende forståelse af barnets følelser, ønsker og behov (Volling, Kolak & Blandon, 2009).

Er opdragelsen præget af varm, men permissiv holdning, vil interaktionen mellem forældre og barn ofte mangle de grænser, der kendetegner den komplementære relation, der sikrer, at barnet kan lære af sine forældre (Schjødt, 2008). Forældrene vil se sig selv som en ressource frem for en ansvarlig aktør, og derfor vil de ofte være meget eftergivende og inkonsistente (Schaffer, 2001). Typisk vil forældrene være konfliktsky og overinvolverede, hvilket strukturel systemisk teori betegner som ”enmeshed” (Minuchin et al., 2007). I en sådan familie vil barnets indre repræsentationer blive tilsvarende grænseløse, og barnet vil f.eks. få svært ved på egen hånd at fastholde et mål eller motivationen til at opnå målet (Schaffer, 2001).

I familier, hvor forældrenes permissive holdning er det bærende element, bliver barnet overladt til sig selv. Der er i sådanne tilfælde tale om enten aktivt afvisende eller forsømmende forældre, der hverken kræver noget af barnet eller giver noget selv (Schaffer, 2001). Dermed er også disse forældre ”disengaged”. Et barn, der vokser op i en sådan familie, risikerer at blive utrygt tilknyttet, og da barnet mangler støtte til helt basal affekt- og selvregulering, hæmmes barnets udvikling generelt neurologisk såvel som psykologisk.

Omvendt er den mest funktionelle opdragelse i et vestligt samfund den demokratiske, autoritative form (Schaffer, 2001), hvor barnets behov imødekommes og opfyldes,

samtidig med at en komplementær relation med klare men fleksible grænser opret- holdes (Minuchin et al., 2007). Dette barn vil udvikle en tryk tilknytning til sine for- ældre, der gennem interaktioner med barnet sikrer barnet mulighed for udvikling af affekt- og selvregulering samt mentaliseringsevne og dermed også fundamentet for adaptive samspil med omgivelserne.

Ud over generelle opdragelsesformer har jeg valgt kort at beskrive to fænomener, der kan forrykke de roller, barn og forældre har i familien: triangulering og forældre til handicappede børn.

En familie med klare, fleksible grænser er organiseret efter et hierarkisk princip, hvor forældrene samarbejder om lederskabet af familien. Triangulering er et udtryk for, at rollerne i familien forskubbes, så barnet bliver en del af forældrenes konflikt. Måske skabes en åbenlys alliance mellem barnet og den ene forælder mod den anden, men oftere er det et mere skjult og ubevidst fænomen. F.eks. kan barnets mor tage afstand fra den søn, der minder om alt det, hun ikke bryder sig om hos barnets far, mens fa- deren på sin side er ekstra støttende overfor samme søn, så han på den måde får mu- lighed for at provokere barnets mor for netop at tage afstand fra ham (Minuchin et al., 2007). Uanset måden bliver barnets rolle i familien formet af forældrenes forhold til hinanden.

Indholdet af rollerne i familien kan omvendt også formes af barnet, hvilket f.eks. kan ske, når en familie får et handicappet barn. Forældrenes reaktion på dette kan inde- bære, at de i bestræbelserne på at gøre det godt for barnet glemmer egne behov og ønsker, og i stedet først og fremmest identificerer sig med rollen som ”forældre til et handicappet barn”. F.eks. kan venner blive skiftet ud med medlemmer af forskellige interesseforeninger, og hobbies med medlemskaber af samme (Ragnarsson, 1997). Derfor bliver barnet så at sige nøglen til forældrenes identitet, hvilket både påvirker forældrene, barnet samt samspillet mellem dem. Som jeg ser det, vil der i samspillet især være risiko for uklare grænser og dermed en ”enmeshed” familiestruktur, der skaber risiko for udvikling af en overbeskyttende opdragelsesform som beskrevet ovenfor.

## **5.5 Goodness of fit**

Som ovenstående tegner et billede af, er interaktioner mellem person og kontekst cirkulære, idet barn og omgivelser gensidigt påvirker hinanden fra det øjeblik, barnet fødes. Denne påvirkning kan beskrives ved begrebet ”Goodness of fit”: ”Goodness of fit results when the organism’s capacities, motivations, and style of behavior and the environmental demands and expectations are in accord” (Chess & Thomas, 1996, s. 52). De nævnte kapaciteter kan være vidt forskellige og dækker f.eks. både medfødt temperament, kognitive styrker/svagheder og fysiske udtryk. Er der ikke overensstemmelse mellem barnet og omgivelserne, taler man om ”poorness of fit”.

”Goodness of fit” kan opstå ad to veje: Den ene er tilfælde, hvor barnets kapaciteter, motivationer og adfærd fra begyndelsen er så lig forældrenes, at der fra naturens hånd er ”goodness of fit”. Den anden er tilfælde, hvor naturen så at sige har lagt op til ”poorness of fit”, men hvor forældre med stort selvværd i forælderrollen kan modificere deres adfærd, så de tager hensyn til barnets karakteristika og på den måde skaber ”goodness of fit”. På samme måde kan også ”poorness of fit” enten være biologisk bestemt eller opstå gennem samspil.

Når der er ”goodness of fit”, vil barnets respons på mors handling betyde en positiv feedback, der får mor til at synes, at interaktion med barnet er let, hvilket helt overordnet fremmer positive interaktioner og dermed barnets tilpasning til den omverden, det er en del af (Lerner, Nitz, Talwar & Lerner, 1989).

”Goodness” eller ”poorness of fit” er et beskrivende element, der binder karakteristika hos barnet sammen med de fire basale temaer beskrevet i kapitel 4. Således viser studier af nyfødte, der græder meget og som er svære at trøste, at de ofte bliver utrygt tilknyttede, fordi barnets adfærd ikke er det, forældrene forventer. Moderens forsøg på at trøste barnet vil ofte være nyttesløse, og derfor vil barnets gråd fungere som den feedback, der fortæller mor, at det, hun gør, ikke er godt nok. Med tiden vil hendes forsøg på at trøste barnet blive færre og mere distancerede, hvilket har en negativ påvirkning på kvaliteten af tilknytningen; barnet kan derfor blive endnu mere vanskeligt at trøste (van den Boom, 1989). Omvendt vil ”goodness of fit” mellem foræl-

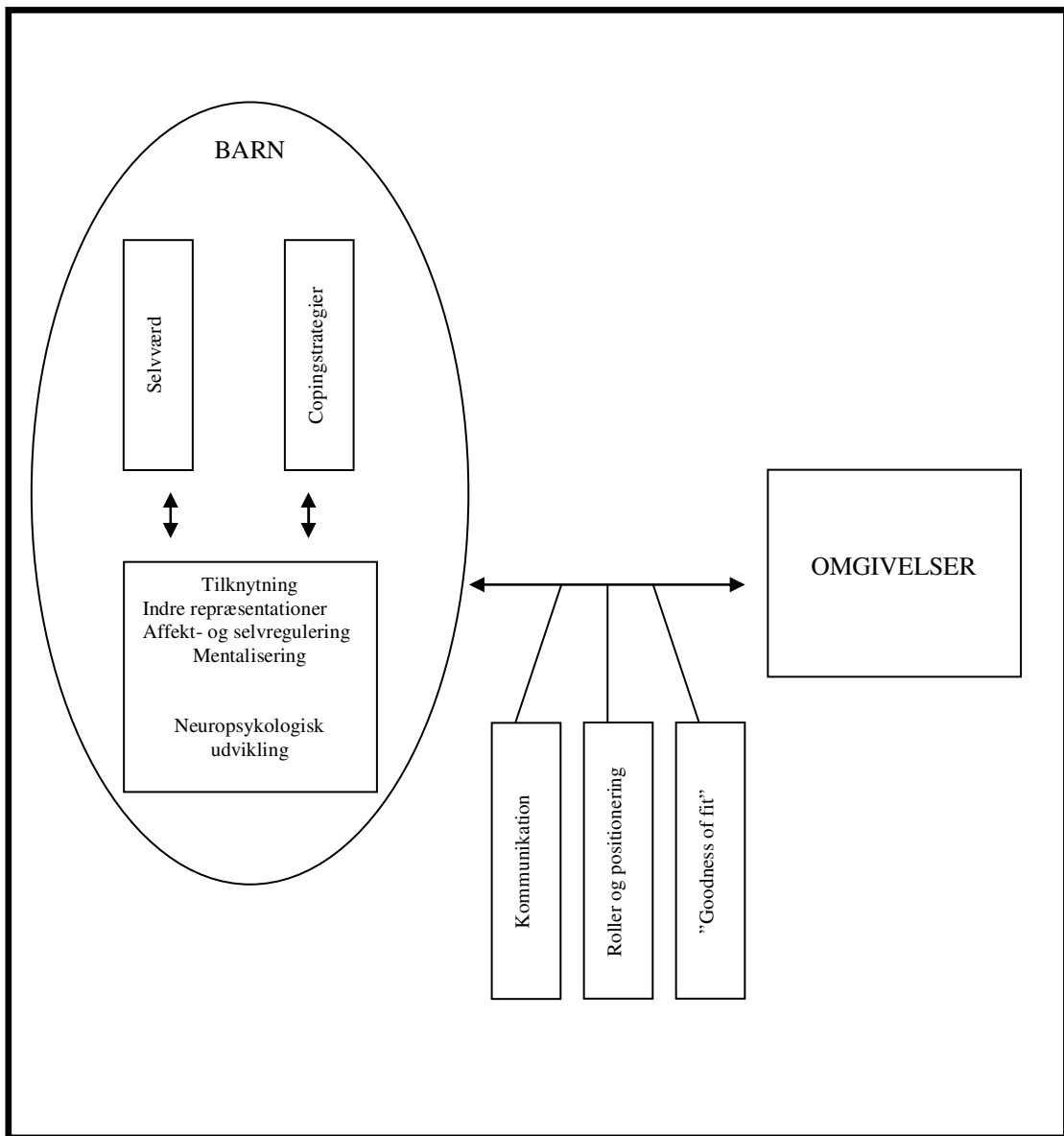
dre og barn kunne betyde, at barnet oplever sig selv som værdifuld og som værende i stand til at mestre verden (Chess & Thomas, 1996).

De krav, den sociale omverden stiller, afhænger af, hvem der udgør denne. Tidligt i barnets liv er det oftest forældrene, mens andre voksne bliver vigtige i takt med, at barnets sociale horisonter udvides. Efterhånden bliver også vennerne vigtige. Da der er tale om meget forskellige dele af barnets omverden, vil der være store forskelle på, hvad der forventes af barnet, og derfor vil barnet kunne opleve, at det kan have stor grad af "fit" i én setting, mens der er lavere grad i en anden (Lerner et al., 1989).

## **5.6 Opsummerende**

Barnets tidlige, intrapsykeiske udvikling beskrevet i kapitel 4 får afgørende betydning for samspillet mellem barn og omgivelser. Barnets tilknytningskvalitet, indre repræsentationer, affekt- og selvregulering samt mentaliseringsevne er afgørende for, om barnet får mulighed for at udvikle domænespecifikt såvel som globalt selvværd. Gennem mange interaktioner med verden lærer barnet copingstrategier præget af ekstern eller intern "locus of control", hvilket er betydningsfuldt for måden, hvorpå barnet tænker om og forholder sig til verden. Barnet oplever i familien kommunikation i form af både tale og handling, der kan være klar og entydig, eller som bærer præg af "double bind". Den overordnede opdragelsesform i familien positionerer medlemmerne af familien overfor hinanden, om end positioneringen kan forrykkes af f.eks. triangulering eller forældrenes overdrevne identifikation med rollen som handicapforældre. Alle disse typer af adfærd fremmes eller hæmmes af, hvorvidt der er "goodness" eller "poorness of fit" mellem barnet og dets omgivelser.

Sammenhængen mellem begreberne beskrevet i kapitel 4 og 5 har jeg illustreret i figur 5.6.1:



*Figur 5.6.1: Sammenhæng mellem temaer beskrevet i kapitel 4 og 5*

Disse faktorer spiller alle en rolle i det familieliv, hvor barnets udvikling foregår i en konstant vekselvirkning mellem medlemmerne. Jeg har derfor valgt som det næste punkt at undersøge faktorer i den systemiske teori.

## **6. At være en del af en helhed – systemisk teori**

I dette kapitel vil jeg kort belyse systemiske begreber, der er vigtige for besvarelse af specialets problemformulering. Som tidligere nævnt har jeg valgt at tage udgangspunkt i Minuchins strukturelle tilgang, som den ser ud i dag.

### **6.1 Systemisk teori**

Systemisk teori kendetegnes ved nogle generelle principper. Jeg vil her kort gennemgå de af principperne, der er mest væsentlige for besvarelsen af specialets problemformulering.

Ethvert system ses som søgende efter homeostase, og gennem feedback-loops får systemet respons på, om der kræves justeringer af adfærd, før homeostase kan opnås. I familien har man regler for, hvad der er accepteret adfærd for netop denne familie, og når dette overholdes, opretholdes homeostase. Når reglerne derimod ikke overholdes, aktiverer negative feedback-loops den adfærd, der skal til for at overholde reglerne, mens positive feedback-loops aktiverer adfærd, der skubber til punktet for, hvor homeostase opnås. På den måde kan al adfærd, inklusive symptomer på psykiske forstyrrelser, ses som adfærd, der har til hensigt at skabe eller opretholde homeostase (Reichelt, 2009), og det symptombærende individ kan ud fra denne forståelse betegnes som ”den identificerede patient” (Minuchin et al., 2007).

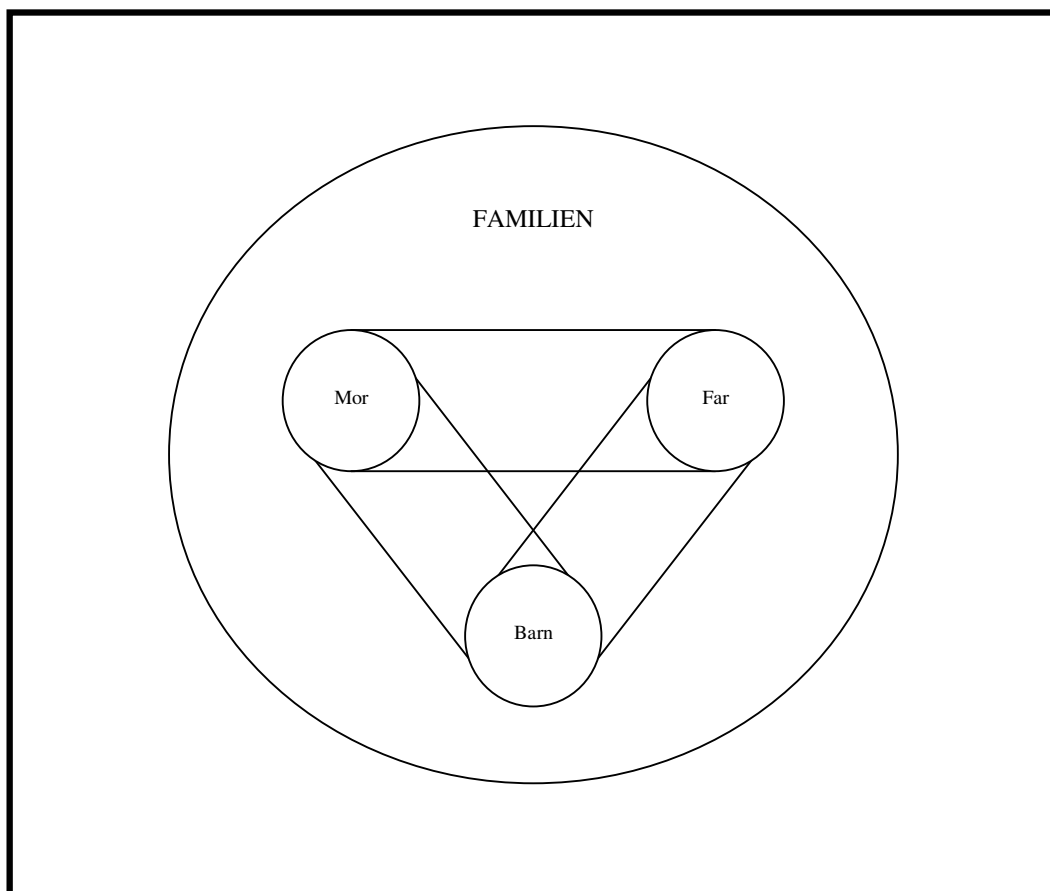
Pointen i overhovedet at beskæftige sig med system frem for individ er forståelsen af, at helheden er mere end summen af dens dele: ”Når hydrogen og oxygen blandes på en vis måde, får vi mere end oxygen plus hydrogen. Vi får vand, en helt ny kvalitet, som hverken hydrogen eller oxygen er i besiddelse af” (Hårtveit & Jensen, 2005, s. 59). På samme måde har et system som f.eks. en familie egenskaber, muligheder, begrænsninger mv., der ikke ses, hvis man kun fokuserer på individerne, idet de kun træder frem og bliver synlige i relationerne mellem familiens medlemmer. Af samme grund giver det ikke mening at søge efter lineær kausalitet. I stedet bør man i denne tilgang tænke cirkulært, idet alle delene i systemet påvirker hinanden, ligesom påvirkning af én del vil have effekt på andre dele (Schaffer, 2005).

Barnet indgår i et utal af systemer, der med forskellig vægt er med til at påvirke barnets udvikling. Ud over familien er venskabsgrupper vigtige systemer for barnet at deltage i, ligesom børnehavegrupper og skoleklasser udgør systemer, barnet deltager i mange timer om dagen.

## **6.2 Strukturel systemisk familieteori**

Som tidligere forklaret har jeg valgt at uddybe systemiske fænomener mere specifikt efter Minuchins strukturelle tilgang. Da Minuchin primært beskæftiger sig med familier, vil denne være omdrejningspunkt for nedenstående.

Familien kan opdeles i tre niveauer: individerne, relationerne mellem (grupper af) individer samt familien som system (Schaffer, 2001). Derfor opereres med begrebet subsystemer, der enten kan bestå af et individ, to individer eller flere individer. I en familie med mor, far og ét barn vil der være overskuelige syv subsystemer, hvilket illustreres i figur 6.2.1:



*Figur 6.2.1: Familien som syv subsystemer. Schaffer (2005, s. 121)*



I en familie med to børn opstår desuden muligheden for triader, og dermed bliver der mulighed for 15 subsystemer. Således giver flere individer mulighed for subsystemer på flere niveauer, hvilket øger uoverskueligheden. Uanset antallet af individer i familien spiller individet en rolle i hvert subsystem (Hårtveit & Jensen, 2005).

Helt centralt hos Minuchin står den struktur, familien er opbygget efter, og som afspejles i karakteren af grænserne mellem subsystemerne. Disse grænser kan enten være for svage, hvorved familien bliver ”enmeshed”, de kan være for bastante og uflexible, hvorved familien kan siges at være ”disengaged”, eller de kan være klare, men fleksible, hvilket kendetegner den funktionelle familie, der kan ændre sig alt efter familiens aktuelle sted i sin livscyklus (Minuchin et al., 2007; Minuchin, Lee & Simon, 1998). En anden mulighed er, at grænserne mellem subsystemerne i familien er forskellige. På den måde kan medlemmerne af systemet skabe alliancer med og mod hinanden, hvorved der som tidligere beskrevet kan skabes triangulering (Reichelt, 2009).

Ifølge Minuchin kan man kun forstå familien ved at acceptere tanken om, at alle er indlejret i historisk tid og sted, fordi dette er med til at bestemme de værdier og dermed regler for adfærd, den enkelte familie søger at leve efter. De mønstre, familien opbygger, er den konkrete udmøntning af dels hvad netop denne familie forstår som værende accepteret adfærd, dels strukturen mellem medlemmerne. Familien skal forstås som et åbent system, hvor begivenheder udenfor systemet kan have effekt på familiens struktur såvel som punkt for homeostase, mens omvendt begivenhedernes betydning for familien afhænger af dens struktur, værdier mv. (Minuchin et al., 1998).

Forandringer i familiens livscyklus betyder ændring af individernes roller og dermed forandringer i familiens struktur. Afhængigt af, om forandringerne er i form af dramatiske begivenheder som alvorlig sygdom eller skilsmisse, eller mindre drastiske som f.eks. barnet, der skal begynde i skole, vil forandringerne påvirke både individer, subsystemer, familiesystemet og grænserne mellem dem. Fortællinger i familiens historier vil afspejle, om der er homeostase og dermed sammenhængende narrativer,

eller om noget ændres til ikke at kunne indeholdes i narrativerne (Minuchin et al., 1998).<sup>6</sup>

### **6.3 Opsummering**

Barnet kan indgå i et utal af systemer bestående af voksne såvel som børn. I ethvert system er helheden mere end summen af delene, men delene – individerne – er stadig vigtige. Systemer er selvopretholdende i deres søgen efter homeostase.

I familien er karakteren af grænserne mellem de forskellige subsystemer afgørende for forholdet mellem systemets medlemmer og dermed for familiens struktur, og grænserne forandres dels via udefrakommende påvirkninger, og især via ændringer i familiens livscyklus. Forandringer er altså at se som kritiske perioder for familien, hvor subsystemerne redefinerer sig i forhold til hinanden, og hvor sammenhængende narrativer afløses af dramatiske fortællinger.

## **7. Forståelse af ADHD-adfærd i et dynamisk funderet systemisk perspektiv**

ADHD som beskrevet i diagnoserne er en samling af adfærdssymptomer og som sådan også gældende indenfor en kontekstuel tilgang forstået på den måde, at det naturligvis er den samme adfærd, barnet udviser; forskellen ligger alene i, hvordan adfærden tolkes og forstås. Jeg vælger at tolke og forstå ud en dynamisk funderet systemisk tilgang, hvor barnet ses som værende i et kontinuerligt samspil med sin omverden, hvor først familien og senere også andre børn og voksne er med til at påvirke barnet, der samtidig påvirker sine omgivelser.

I dette kapitel vil jeg først kort diskutere, hvorvidt man kan skabe et barn med ADHD-adfærd. Dernæst vil jeg ud fra udvalgte tematiseringer undersøge, hvordan ADHD-adfærd hos et barn kan hæmmes, fremmes eller vedligeholdes. Temaerne falder i to dele: dels specifikke temaer, hvor også neuroaffektiv udviklingspsykologi inddrages, dels en diskussion af barnets kontekster i hhv. familie og skole.

---

<sup>6</sup> Minuchin bruger begrebet narrativer om de fortællinger i familien, der synliggør individernes roller og dermed familiens homeostase og struktur, i modsætning til teoretiske retninger, hvor narrativerne i sig selv er det punkt, fænomener udspringer fra.

I afsnit 7.1 vil jeg tage udgangspunkt i, at et barn fødes uden særlige sårbarheder for ADHD-adfærd. I resten af kapitel 7 vil jeg som nævnt i afsnit 3.4 tage udgangspunkt i, at barnet kan have medfødte sårbarheder i form af tendens til vanskeligheder med opmærksomhed, impuls kontrol og/eller hyperaktivitet, der under bestemte omstændigheder kan være medvirkende til, at barnet udvikler en grad af det, der kan beskrives som ADHD-adfærd. Jeg vil af hensyn til læsbarheden nedenfor omtale dette som medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd, men minder straks læseren om, at selv om ordvalget ligger tæt på den medicinske forståelse af ADHD, er der ikke tale om nogen deterministisk opfattelse; blot at sårbarhederne kan medføre en ADHD-adfærd, som kan hæmmes, fremmes eller vedligeholdes i samspillet med familie og omverden.

### ***7.1 At skabe et barn med ADHD-adfærd***

Forståelser af årsager til ADHD indebærer to ekstremer på et kontinuum. I den ene ende er en forståelse af ADHD som en rent genetisk betinget psykisk lidelse, hvis udtryk kun kan moduleres en anelse gennem udefrakommende påvirkninger. I den anden ende er en forståelse af, at et barn uden særlige sårbarheder kan udvikle ADHD som resultat af omgivelsernes adfærd. Dette sidste synspunkt vil jeg undersøge her.

Hvis et barn født uden særlige sårbarheder vokser op hos sensitive forældre, der ser og reagerer adækvat på barnets signaler, vil barnets nervesystem udvikle sig, så barnet kan opleve og reagere differentieret og fleksibelt på sin omverden (Hart, 2009, s. 137ff). At skabe ADHD-adfærd hos et barn kræver derfor konsekvent mangelfuld omsorg fra forældrene, eller meget høj grad af ”poorness of fit” fra barnet fødes.

Beskrevet ud fra en overvejende neuropsykologisk optik vil svær og tidlig omsorgssvigt betyde, at barnets nervesystem ikke bliver i stand til at selvorganisere. I tilfælde, hvor forældrene ikke affektregulerer barnet, vil han ikke få oplevelsen af at blive trøstet, men vil i stedet forblive i en skræmmende, kaotisk tilstand af ophidselse. Hans nervesystem forbliver umodent og vil udvikle sig disintegreret og dermed aldeles ustruktureret. Der vil mangle tydelige forbindelser mellem hjernens strukturer, hvilket vil blokere for det hierarkiske samspil mellem forskellige funktioner; f.eks. vil barnet ikke kunne sortere i, hvad der er vigtige informationer for den aktuelle

situation. Mens den genetisk betingede udvikling løbende i barnets liv vil sørge for en fysiologisk modning af hjernens strukturer, vil den manglende sammenhæng i barnets verden betyde, at der ikke dannes tilstrækkeligt med neurale kredsløb hverken indenfor eller imellem strukturerne. Derfor vil f.eks. også en kognitiv bearbejdning af informationer blive svækket, og dermed vil den nederste og mest primitive del af den tredelte hjerne få stor, direkte betydning for barnets forståelse af og dermed også handlen i verden. Manglende glædesfyldte oplevelser medfører mangel på dopaminproduktion, og derfor bliver den basale regulering af neurotransmitterstoffer forstyrret, hvilket vil påvirke mange områder, herunder evne til opmærksomhed samt det autonome nervesystems aktivitetsniveau (Hart, 2006; 2009).

Set i et psykodynamisk udviklingsperspektiv vil en væsentlig pointe være, at barnet ikke i tilstrækkelig grad oplever mønstre af invariante i sit samspil med omverdenen (Stern, 2005). Derfor kan barnet få svært ved at samle ydre såvel som indre oplevelser til sammenhængende indre repræsentationer af selv, andre og relationer, og tilknytningen til forældrene vil blive utryg. Bliver barnet udsat for overgreb, trusler om overgreb eller trusler om tab af forældres kærlighed, vil barnet ofte danne et ængstelig-undvigende eller et desorganiseret tilknytningsmønster (Bowlby, 2005, s. 138f).

Når barnet ikke forventer at kunne benytte forældrene som sikker base, lærer han at scanne omgivelserne for fare for på den måde at øge chancerne for overlevelse. Det autonome nervesystem vil derfor være i konstant alarmberedskab, og barnet overvældes af konstante indtryk, der skal risikovurderes og reageres på (Hart, 2009, s. 151). Samtidig har barnet hverken ro eller energi til at opleve og bearbejde indtrykkene. Da disse derfor heller ikke lagres i nye, samlede indre repræsentationer, vil barnet få svært ved planlægning, mentalisering samt at lære af sine erfaringer.

Det barn, der udvikles som her beskrevet, er både udsat for massivt omsorgssvigt og samtidig depriveret. Han vil fremstå meget skadet på mange punkter, og hans adfærd vil være præget af bl.a. dybe relationsforstyrrelser såvel som af ADHD-adfærd.

Det er derimod ikke nødvendigvis tilfældet for en anden type omsorgssvigt. Et barn, der udsættes for tidlig omsorgssvigt, der f.eks. er præget af fejlafstemninger snarere end manglende afstemning, og af mangelfuld frem for manglende kærlig omsorg, vil

opleve en grad af den problematiske udvikling, der beskrives ovenfor. Der vil stadig være tale om massive vanskeligheder, men ikke som hos den depriverede type. Et barn, hvis nervesystem udvikles med en mindre grad af de problemer, der er beskrevet ovenfor, vil fremstå som meget præget af koncentrations- og opmærksomhedsproblemer, impulsivitet og hyperaktivitet, hvilket som bekendt er nøgleordene for ADHD: Et barn med ADHD-adfærd er skabt.

Det er da heller ikke nogen ny diskussion, at ADHD-adfærd kan ligne adfærd hos omsorgssvigtede børn (Killén, 2005, s. 145). Som jeg ser det, vil viden i form af neuroaffektiv udviklingspsykologi forstærke denne diskussion, da det bliver muligt at forklare, hvordan forældrenes omsorg for barnet bliver til neurologiske strukturer, der videre påvirker barnets forståelse af og reaktion på verden.

Ved at læne sig op ad idéen om equifinalitet (Cicchetti & Rogosch, 1999) kan man postulere, at ADHD-adfærd kan opnås gennem forskellige veje. Når ADHD beskrives som i vores diagnosesystemer, er der udelukkende tale om beskrivelser af ydre adfærd, mens der ikke omtales ætiologi eller strukturelle hjerneskader. Det er derfor interessant, at det er den bagvedliggende men uskrevne medicinske forståelse, der bestemmer, at et omsorgssvigtet barn ikke har ADHD, selv om barnet udviser de beskrevne symptomer. Forståelsen af ADHD som det, Ritalin hjælper imod (Hart & Benassaya, 2009), bliver her aktuel, idet det ville være ganske kontroversielt at tilbyde børn medicin mod resultaterne af deres forældres manglende omsorgsevne.

Som ovenfor beskrevet kan tidlig omsorgssvigt skabe dysfunktion i hjernens regulering af neurotransmitterstoffer. Medicinering af ADHD-adfærd har netop til hensigt at rette op på en sådan *medfødt* dysfunktion, men for hjerne og nervesystem er der som sådan ikke forskel på, hvorfor en dysfunktion er opstået, blot at den er der. Ergo bør man i visse tilfælde kunne medicinere et barn mod resultaterne af forældrenes manglende omsorgsevne.

## **7.2 Medfødte sårbarheder for ADHD-adfærd – påvirkning på barnets basale forståelse af verden**

Selv om fokus i specialet er kontekstuel og systemisk, er barnet stadig et individ, der skal fungere i konteksten og systemet. Derfor vil jeg i dette afsnit beskrive, hvordan

barnets medfødte sårbarhed for ADHD-adfærd kan få betydning for nogle af de processer, der grundlæggende er med til at skabe barnets forståelse af verden, som beskrevet i kapitel 4. Nedenstående afsnit er på ingen måde dækkende, men er et udvalg af fænomener, som jeg finder så generelle og basale, at de bedre beskrives i et afsnit for sig end under senere tematiseringer.

Barnet har, som beskrevet i afsnit 4.3, en medfødte evne til at opleve kontingens. Denne vil kunne forstyrres af barnets medfødte vanskeligheder med opmærksomhed, så barnet får sværere end andre børn ved at opleve, hvordan han selv påvirker verden; med andre ord kræver barnet flere og mere tydelige oplevelser af kontingens, før han begynder at udvikle faste indre repræsentationer af selv, andre og relationer.

Også videre i opvæksten vil barnets vanskeligheder med at fastholde sin opmærksomhed på en situation i længere tid ad gangen betyde, at han har svært ved at fastholde sine indtryk og dermed at skabe nye eller nuancere allerede eksisterende indre repræsentationer. Som beskrevet i afsnit 4.1 har neurale mønstre svært ved blivende ændringer, med mindre personen lægger sin udelte opmærksomhed i opgaven (Doidge, 2008, s. 68). Dette svarer til, at når barnet, der er vant til at handle på en bestemt måde, bliver bedt om at ændre denne måde, skal han lægge sin udelte opmærksomhed i ændringen for at kunne handle anderledes, end han ellers ville have gjort. Det må siges at være et stort krav at stille til et barn med tendens til opmærksomhedsforstyrrelser. Heri kunne ligge en af årsagerne til, hvad mange uanset tilgang har noteret sig: Barnet med ADHD-adfærd har svært ved at lære af sine erfaringer (f.eks. Lauth et al., 2001). Da dette i sig selv er medvirkende til, at barnet ikke ændrer sin adfærd, kan opmærksomhedsforstyrrelser siges i sig selv at være en vedligeholdende faktor.

Fastholdelse af opmærksomhed betyder ikke blot, at barnet skal koncentrere sig om ét område, men lige så meget, at han skal lukke andre perceptioner ude (Lauth et al., 2001). Hvis barnet har svært ved dette, kan indre repræsentationer så at sige blive forplumret af indtryk, der ikke har noget at gøre med den aktuelle situation. At skabe klare indre repræsentationer af verden kræver derfor, at barnet har overskud og ro til at adskille input alt efter, om det er relevant for en bestemt situation eller ej; en op-

gave, der hos et impulsivt barn kan være ganske besværlig, og som derfor kræver hjælp fra omverdenen.

ADHD-børn karakteriseres ofte som værende vanskelige som spæde, idet de sover mindre og er mere utrøstelige end andre børn (Bilenberg, 2007). I forhold til ovenstående mener jeg, dette kan have rod i, at et barn, der har svært ved at skabe orden i de oplevelser, han kommer ud for, let bliver overstimuleret. Derfor er hans hjerne så at sige på overarbejde, og gråd og søvnbesvær kan være barnets eneste måde at kommunikere dette ud på. Jo mere forældrene bliver desperate efter at trøste ham, desto mere risikerer de at overstimulere ham. Det kunne være interessant med et forskningsprojekt, der undersøgte, hvorvidt en bestemt type af omsorg og omgivelser kunne nedbringe antallet af spædbørn, der er vanskelige at trøste; det har desværre ikke været muligt at finde et sådan.

En medfødt sårbarhed for udvikling af hyperaktivitet kunne være i form af dysregulering af neurotransmittere i hjernestammen (Bilenberg, 2007). Hypoteser er skabt i retning af, at hjernens grad af vågenhed er lavere hos børn med ADHD-adfærd end hos andre børn, og derfor sendes der ikke korrekte informationer rundt til andre dele af hjernen (Lauth et al., 2001), ligesom den ikke-vågne hjerne konstant søger stimuli, hvilket kommer til udtryk i barnets hyperaktivitet (Carr, 2009). Derfor hæmmes impulser ikke, ligesom barnet kan få svært ved at finde orden i udefrakommende stimuli – hjernen er ganske simpelt ikke tilstrækkelig opmærksom til at kunne udføre det arbejde, der er nødvendigt for at skabe sammenhængende indre repræsentationer.

Dette kunne forklare mange af de aspekter af ADHD, den medicinske forskning har fundet frem til. F.eks. er det uanset alder karakteristisk for et barn med ADHD-adfærd, at han har svært ved at finde mønstre i søvn, adfærd osv. (Kadesjö, 2006). I stedet for at se dette som en dysfunktion i sig selv, kunne fænomenet, som jeg ser det, også forklares ved, at barnets hjerne ikke er tilstrækkelig opmærksom til at finde og opleve kontingens, og derfor vil selv helt basale indre repræsentationer blive præget af forvirring, indtil ens situationer er gentaget tilstrækkelig mange gange til at skabe neurale netværk, der hurtigt igangsættes og dermed afhjælper forvirringen. Dette kræver dog regulering udefra, idet barnet uden hjælp blot vil opleve netop forvirring.

Barnets affekt- og selvregulering som beskrevet i afsnit 4.4 vil ligeledes være berørt af medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd. Også dette kunne grundlæggende handle om, at oplevelser med andre forstyrres af, at barnet har svært ved at lukke ikke-vigtige perceptioner ude, og derfor har dette barn sandsynligvis brug for flere ensartede erfaringer med omverdenen for at skabe en sammenhængende oplevelse af selv. Et barn, der har svært ved at samle erfaringer, har naturligvis også svært ved at lære af sine erfaringer. Samtidig gør opmærksomhedsproblemer det svært for barnet at gennemskue den situation, han står i. Alt i alt kan dette betyde, at barnet får svært ved at overskue situationer og ud fra dette planlægge adaptiv handling: udviklingen af eksekutive funktioner såvel som af selvregulering forstyrres. Dette kunne være en grund til, at barnet med ADHD-adfærd ofte virker uvidende om konsekvenserne af handlinger, og han vil da også oftere end andre børn komme til skade (Trillingsgaard et al., 2004).

Medfødt sårbarhed kan være arveligt betinget og kan som sådan få dobbelt betydning i tilfælde, hvor forældrene også udviser ADHD-adfærd (Barkley, 2001, s. 63). Forældre med ADHD-adfærd kan have svært ved at se barnets signaler og reagere adækvat på dem, da deres egne impulsive og uforudsigelige affekter og handlinger vil præge samspillet med barnet. Således skabes en situation, hvor både den medfødte sårbarhed og den adfærd, dette medfører hos både barn og forældre er med til at forme, hvordan ADHD-adfærd kommer til udtryk hos netop dette barn.

### ***7.3 Selvværd og goodness of fit***

Børn med ADHD-adfærd bliver ofte beskrevet som værende vanskelige helt fra fødslen på den måde, at de sover mindre sammenhængende, er mere irritable og sværere at trøste end andre børn (Kadesjö, 2006). Jeg vælger her at betragte en sådan adfærd som en del af barnets medfødte sårbarhed uden at gisne yderligere om de bagvedliggende årsager, da sådanne kan være så forskellige som f.eks. lysfølsomhed eller dysreguleringer af hormonstoffer i hjernen. Det væsentlige i dette afsnit er, at barnets urolige, irritable adfærd bliver opfattet forskelligt afhængigt af bl.a. forældrenes tro på deres egen formåen som forældre (Carr, 2009).

De forældre, der har indre repræsentationer af, at de lever op til egne værdier for, hvad en god forælder er, og som i det hele taget har en oplevelse af intern "locus of



control”, vil kunne aflæse og imødekomme barnets ønsker og behov med en fornemmelse af at gøre det godt nok, også selv om barnet er svært at stille tilfreds. Omvendt vil forældrene kunne opleve, at det, de gør, ikke er godt nok, da barnet bliver ved med at være uroligt og irritabelt. Er dette tilfældet, vil forældrene ofte have svært ved at forblive lydhøre (van den Boom, 1989). Hos forældre, der selv var utrygt tilknyttet i barndommen, kan dette udgøre feltet af indre repræsentationer af, hvordan man reagerer på et barn, der er utilfreds, og derfor vil der være risiko for, at forældrene gentager de handlingsmønstre, der skaber utryk tilknytning (Bowlby, 2005). F.eks. kan forældrene trække sig emotionelt tilbage fra barnet, eller de kan til stadighed skælde ud på barnet, der derfor ikke hjælpes til en forståelse af god adfærd, men kun til en forståelse af at være ”forkert”. I begge tilfælde vil barnet være i risiko for at udvikle lavt globalt selvværd.

For andre forældre drejer det sig i højere grad om, at de har lavt globalt selvværd, som det beskrives i afsnit 5.1. Det lave globale selvværd vil være indlejret i personens indre repræsentationer på en måde, der kan skabe en bestemt, negativ optik, hvorigennem personen ser sine egne anstrengelser for at opfylde forældrerollen. Er barnet fra fødslen roligt og nemt, kan der opstå ”goodness of fit”, fordi forældrene trods negative forventninger vil få oplevelsen af mestring, mens der mellem et uroligt barn og forældre med lavt selvværd oftest er ”poorness of fit”, der bekræfter forældrene i deres negative forståelse af egen formåen. I samspil præget af ”poorness of fit” vil desuden fornemmelsen af intersubjektivitet (Stern, 2005) ofte forstyrres, hvorved også den affektive afstemning vil blive mangelfuld. Disse forældre vil have svært ved sensitivt at se og reagere på barnets signaler, og derfor vil et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd ikke blive hjulpet til at hæmme denne.

Hvis et barn har en medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd, vil der i en familie med ”goodness of fit” blive taget hensyn til dette, så barnet langsomt lærer strategier for adfærd, der mindsker styrken af sårbarhederne. Ud fra dette speciales forståelse af ADHD-adfærd kan hensynet f.eks. være, at omgivelserne hjælper selvregulering på vej ved at tilrettelægge en hverdag med høj grad af struktur og forudsigelighed, der kun langsomt og gradvist forandres, så barnet ikke konstant skal forholde sig til noget nyt og derfor i stedet kan fokusere sin energi på f.eks. at fastholde en aktivitet. Barnets erfaringer med at kunne håndtere sin verden vil skabe neurale mønstre for

coping, der stadig lettere aktiveres. Således kan barnet efterhånden forholde sig adaptivt til nye situationer, fordi en del af situationen er kendt og derfor aktiverer allerede eksisterende neurale netværk. Barnet vil få oplevelsen af mestring, hvorved selvværd øges. Omvendt vil der være familier med ”poorness of fit”, hvor der ikke tages hensyn til barnets medfødte sårbarhed for ADHD-adfærd. Forældre med lavt selvværd er bl.a. karakteriseret ved, at de ikke sætter og håndhæver klare grænser i forhold til barnet (Schaffer, 2001). Herved vil de kunne fremme barnets ADHD-adfærd, fordi hans medfødte tendens til f.eks. hyperaktivitet giver ham brug for meget tydelige grænser, for at han kan skabe overblik og dermed danne klare indre repræsentationer for adækvat handling i verden. Den manglende afgrænsning kan også blive en del af et mønster af mangelfuld affektiv afstemning, hvor barnet efterlades i et arousalniveau, der for barnet er skræmmende højt, og som yderligere forstyrrer dopaminregulering og dermed øger barnets impulsive adfærd.

Barnets medfødte kontingensmekanisme betyder, at han allerede fra tre-måneders alderen kan begynde at udforske, hvordan han selv er med til at påvirke sin omverden (Fonagy et al., 2007). Det betyder, at det urolige, irritable barn, der vokser op i en familie præget af ”poorness of fit”, vil opleve, at mange negative affekter eller former for adfærd er forbundet med barnet selv. Hermed risikerer et lavt globalt selvværd at grundlægges.

Barnet med ADHD-adfærd vil som beskrevet i afsnit 7.2 gennem sin barndom ofte have svært ved at fastholde sin opmærksomhed på en situation længe nok til at lære af sine erfaringer. Derfor kan han få oplevelsen af at mestre en bestemt type af begivenheder, f.eks. at lege med klodser, mens omgivelserne opfatter barnets leg som ustruktureret og impulsstyret. Dette kunne være forklaring på, at omgivelserne ifølge Kadesjö (2006, s. 62) oplever, at barnet med ADHD-adfærd har svært ved at vurdere, hvad han reelt magter og er i stand til, og barnet kan derfor opleves som havende kunstigt stort selvtilid. De negative reaktioner fra omverdenen vil ikke matche barnets oplevelse af mestring, men barnet, der hurtigt vender sin opmærksomhed mod noget nyt, formår ikke i tilstrækkelig grad at koble egen handling med omgivelsernes reaktion. Dette kan resultere i, at mens barnet opbygger positive domænespecifikke oplevelser af selvværd, vil det globale selvværd være lavt, da barnet godt kan opfatte

omgivelsernes negative reaktioner, men ikke være i stand til at koble dem til den specifikke situation.

Ifølge Schaffer (2001, s. 204) viser en undersøgelse, at børn med højt selvværd oftest også har forældre med højt selvværd. Det stemmer overens med en systemisk forståelse af det velfungerende familiesystem som indebærende en struktur med tydelige men fleksible grænser (Reichelt, 2009) samt et tydeligt hierarki med forældrene som ledere af familiesystemet (Minuchin et al., 2007). Dermed vil forældre med højt selvværd gennem affekt- og selvregulering af barnet videregive familiens og kulturs værdier som beskrevet i afsnit 4.4. Som jeg ser det, må det omvendt betyde, at forældre med ringe tiltro til egne forældreevner kan have svært ved at spejle barnets affekter korrekt, idet forældrenes lave selvværd kan medføre, at der lægges så megen vægt på værdier i omgivelserne, at barnets egentlige kommunikation overses og derfor fejlafstemmes. Det kan f.eks. betyde, at hvor et barns gråd er udtryk for, at barnet er utrygt og ønsker forældrenes omsorgsadfærd igangsat, møder den usikre forælder barnet med kulturbestemt krav om ro. Barnets affekt afstemmes således med forældrenes afvisning, hvorved barnet lærer, at han er ”forkert”. Jo oftere eller jo mere intenst sådanne fejlafstemninger finder sted uden straks efter at blive rettet igen, desto større påvirkning på barnets udvikling af affekt- og selvregulering, herunder de neurologiske udtryk i form af f.eks. forstyrrelser i dopaminregulering og dermed impulshæmning.

”Goodness of fit” kan ændre sig i takt med barnets udvikling (Thompson, 1999). Forældre, der kan håndtere det lille spædbarn, der nok er uroligt, men dog alligevel meget afhængigt af sine forældre, kan opleve det som en helt anden opgave at skulle elske og opdrage et selvstændigt skolebarn med ADHD-adfærd. Det, der starter med ”goodness”, kan altså ændres til ”poorness of fit”. De forældre, der har kæmpet med følelsen af kun lige at slå til i forhold til omsorg for spædbarnet, kan miste modet og følelsen af selvværd, når barnet som ældre stiller anderledes krav. Det modsatte kan også være tilfældet: Hvis forældrene er usikre i deres forælderoller overfor et uroligt spædbarn, der er svært at aflæse, er der en grad af ”poorness of fit”. Dette kan ændres til ”goodness of fit”, når barnet bliver større og mere aktivt giver udtryk for sine behov. Forældre, der oplever, at de bedre kan aflæse og reagere på barnets signaler, kan få oplevelsen af resonans og samhørighed som beskrevet i afsnit 4.1 og dermed ople-

velsen at være ”gode nok” forældre, hvilket kan medføre større overskud til at tage sig af barnet og de vanskeligheder, hans adfærd medfører. Imidlertid vil ændringen fra ”poorness” til ”goodness of fit” kræve ændringer af forældrenes indre repræsentationer af egen forælderrolle og –evne, barnet samt relationen imellem dem. Er der tale om høj grad af ”poorness of fit”, vil det oftest kræve hjælp at ændre denne.

Gennem begrebet ”goodness of fit” bliver det muligt at forstå, hvordan barnets udvikling kan bygges på en grad af medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd uden at determineres af denne. Således kan en høj grad af medfødt sårbarhed i kombination med ”goodness of fit” få samme adfærdsmæssige udtryk hos barnet som hos et andet barn, der kun har lav grad af sårbarhed, men hvis opvækst præges af ”poorness of fit”. Ligeledes kan samme grad af medfødt sårbarhed i børn opvokset i familier præget af hhv. ”poorness” og ”goodness of fit” få vidt forskellige udtryk. Disse overvejelser svarer til den grundlæggende forståelse af equi- og multifinalitet, som den beskrives i afsnit 1.2.

## **7.4 Mentaliseringsevne**

For barnet med ADHD-adfærd kan det være endog meget svært at udvikle mentaliseringsevne. Med udgangspunkt i Harts (2006; 2009) forståelse af den tredelte hjerne, som beskrevet i afsnit 4.1, vil jeg her beskrive væsentlige vanskeligheder i forhold til mentaliseringsevne på alle tre niveauer:

På laveste, sansende, hjerneniveau kan dysregulering af neurotransmitterstoffer skabe så megen neural baggrundsstøj, at barnet forhindres i at opnå tilstrækkelig fornemmelse for sig selv og sine egne basale affekter. Samtidig vil det kunne gøre barnet uroligt, hvilket som beskrevet i afsnit 4.4 kan påvirke samspillet mellem barn og forældre i retning af, at barnets evne til affekt- og selvregulering svækkes. På dette niveau kan desuden en forstyrrelse af det autonome nervesystem betyde, at barnet oplever konstant forhøjet arousal. På mellemste, følende, hjerneniveau kan medfødt ADHD-adfærd berøre f.eks. reguleringen af det limbiske system, hvilket kan gøre barnet usensitivt i forhold til at opfange og forstå sociale emotioner. Dette kan gøre det svært for barnet at erfare, hvordan andre mennesker kan føle som ham selv. På øverste, tænkende, hjerneniveau kan barnet have svært ved kognitivt at bearbejde, overskue og forstå sociale signaler samt refleksioner over egne og andres tanker,

følelser og handling. Dette kan være tilfældet, hvis barnet ikke udvikler tilstrækkelige forbindelser mellem det limbiske system og præfrontal cortex.

Jf. princippet om den hierarkiske hjerne beskrevet i afsnit 4.1 vil forstyrrelser, der starter på laveste niveau være mere omfattende og sværere at behandle, end forstyrrelser, der kun omfatter det øverste niveau. Således vil barnet med problemer med mentaliseringsevnen på det øverste niveau udvikle fornemmelse af både egen og andres emotioner og intentioner, men ikke være i stand til at reflektere over dem. Barnet med vanskeligheder på det mellemste niveau kan have en oplevelse af egne basale følelser, men ikke være i stand til at se, at andre kan føle som ham, og derfor kan han heller ikke – på øverste niveau – reflektere. Vanskeligheder på det nederste hjerneniveau vil helt grundlæggende forstyrre barnets oplevelse af egne såvel som andres emotioner og handlinger.

En del af det øverste hjerneniveau handler om sprogliggørelse af emotioner, hvor igennem barnet hjælpes til at forstå andres intentioner. Bowlby (2005, s. 144f) beskriver, hvordan kommunikationsmønstre i familien kan medføre en bestemt kvalitet i barnets tilknytning til sine forældre: En tryk tilknytning indebærer flydende samtaler om følelsesmæssige emner, hvor sprogbrugen inkluderer mange følelsesmæssige udtryk, og omvendt vil samtalen mellem et utrygt tilknyttet barn og hans forældre være fragmenteret, med bratte emneskift og få omtaler af følelser. Et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd kan have svært ved at holde opmærksomheden i samtaler med forældrene, også i tilfælde, hvor det foregår på et niveau, der er tilpasset barnets udvikling. Derfor vil samtalemønstrene kunne være som beskrevet hos det utrygt tilknyttede barn, uanset barnets faktiske tilknytningskvalitet. Kommunikation med forældrene er som beskrevet i afsnit 5.3 en del af barnets indre repræsentationer, og som for det utrygt tilknyttede barn får det også stor betydning for barnet med ADHD-adfærd: Når barnet ikke, eller kun efter mange og lange erfaringer, opnår stabile indre repræsentationer af egne og andres følelser samt af samspil med andre, får han svært ved mentalisering og dermed ved at forudsige og forstå både andres og egne reaktioner.

Begrebet ”den sensitive mor” dækker over den mor, der kan se barnets behov og forstå de bagvedliggende intentioner; altså med andre ord den mor, der har mentalise-

ringsevne (Fonagy et al., 2007). For et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd er det af allerstørste vigtighed, at forældrene har god mentaliseringsevne. Barnet vil pga. sin medfødte tendens til impulsstyring og/eller hyperaktivitet ofte være svært at aflæse (Kadesjö, 2006, s. 99), og derfor er forældrenes egne evner til at afstemme sig med barnet afgørende for kvaliteten af en sådan afstemning. I tilfælde hvor forældrene ikke selv har stor mentaliseringsevne, vil der forekomme en stor andel af fejlafstemninger, der ikke umiddelbart reparerer igen, og barnet får derfor endnu sværere ved at få forståelse for, at affekter kan deles, og at det er muligt at se andres intentioner og dermed selv udvikle mentaliseringsevne.

I sit samspil med andre børn såvel som voksne kan barnet med ADHD-adfærd, som jeg ser det, blive fanget i en negativ cirkel, hvis han ikke hjælpes af omgivelserne. Som beskrevet i kapitel 4 kan barnets tendens til impulsivitet og hyperaktivitet betyde, at hans indre repræsentationer bliver mangelfulde og måske ustabile, hvorved mentaliseringsevnen også bliver det. Når barnet ikke kan regne andres intentioner ud, forværres de sociale kontakter, og barnet kan opleves af andre som værende egocentreret og uden empati. Derfor skubbes han ud af sociale fællesskaber, hvorved hans mulighed for at opnå indre repræsentationer for positive sociale samspil yderligere formindskes.

Kadesjö (2006, s. 111) beskriver, hvordan barnet med ADHD-adfærd kan skubbe til et andet barn uden at reagere på, om det andet barn græder, mens han til gengæld bliver voldsomt vred, hvis et andet barn skubber til ham selv. Ud fra ovenstående vurderer jeg, dette kan skyldes kombinationen af svag mentaliseringsevne og impulsstyring på følgende måde: Barnets impulsstyring medfører, at hans adfærd kan præges af voldsomme og ureflekterede handlinger som f.eks. at skubbe andre omkuld, idet han løber forbi. Den mangelfulde mentaliseringsevne betyder generelt, at barnet med ADHD-adfærd ikke forstår det andet barns intentioner i og reaktion på en situation, og samtidig forstår han ikke, hvordan hans adfærd tolkes af andre. Derfor oplever han ofte, at han bliver uretfærdigt behandlet. Hvis han ikke hjælpes til at forstå dette, vil der med tiden kunne opstå indre repræsentationer af samspil med andre børn som værende forvirrende, uretfærdige og dermed negative på mange måder. Mange børn med ADHD-adfærd oplever sådanne situationer flere gange dagligt, og dette kan som beskrevet i afsnit 5.1 påvirke barnets selvværd i negativ retning.

Forståelse for og hensyntagen til andre er værdifulde evner i vores samfund. Måske derfor reagerer også de voksne i omgivelserne stærkt på det barn, som driller andre, og som samtidig bliver vred, når han irettesættes. ADHD-adfærd kan være årsag til megen skæld ud og megen non-verbal irettesættelse, kritik og læggen afstand til barnet (og ikke blot hans handlinger), og derfor er der risiko for, at de indre repræsentationer, barnet opbygger gennem lang tids erfaringer, fyldes med troen på, at andres hensigter ofte er negative og derfor ikke værd at tage hensyn til. Således mener jeg, omgivelserne stik mod hensigten kan komme til at hæmme barnets udvikling af mentalisering.

## **7.5 Motivation**

Barnet med ADHD-adfærd kan overordnet set have svært ved at fastholde sin opmærksomhed på en opgave og dermed også sin motivation for at løse en opgave eller agere i en bestemt situation (Lauth et al., 2001). Det betyder, at barnet kan komme til at mangle erfaringer, der med tiden bliver til copingstrategier for, hvordan han kan hjælpe sig selv til at fastholde og forfølge et mål. I stedet vil barnet pga. sin ADHD-adfærd både fysisk og mentalt bevæge sig hurtigt og opleve mange ting på samme tid. Sammenholdt med barnets manglende copingstrategier medfører det, at han kan komme til at forstærke sin egen forvirring. Som ethvert andet system er også barnet et åbent system. Et system med en indbygget modsætning, der kan forøge sin egen uro, vil have uendelig svært ved at finde og opretholde homeostase. Der er således brug for, at barnet får hjælp udefra til f.eks. at skærme af for de mange informationer, så barnet med tiden kan forbedre sin evne til at fastholde opmærksomheden og dermed øge sin motivation for at løse en opgave.

Et barn med ADHD-adfærd risikerer at udvikle eksternt "locus of control", som det beskrives i afsnit 5.2. Dette kan efter min mening forklares på flere måder. Som beskrevet i afsnit 7.4 er barnets mentaliseringsevne ofte mangelfuld, og barnet kan have svært ved at overskue årsager og intentioner. Alt andet lige er det derfor lettere for barnet at se og gennemskue årsager, der kommer udefra, f.eks. i form af ydre begrænsninger eller voksnes hjælp. Barnet vil desuden have svært ved at overskue, hvilke af dets egne evner eller intentioner, der er medvirkende årsag til en situations eller opgaves løsning, og dette forstærker oplevelsen af, at mestring eller ikke-mestring skyldes held eller tilfælde, som barnet ikke selv har kontrol over. Et barn

med ADHD-adfærd vil støde på mange konflikter og oplevelser af ikke at kunne magte situationer og opgaver, og i sådanne situationer er ekstern "locus of control" en adaptiv vej væk fra ødelæggelsen af et allerede sårbart selvværd. Med andre ord kan ekstern "locus of control" bruges som forsvarsmekanisme: barnet vil stadig opleve, at han ikke mestrer situationerne, men han tynghes ikke af oplevelsen af, at han selv er skyld i det.

Studier viser, at "learned helplessness" ofte optræder i forbindelse med ADHD-adfærd (Milich & Okazaki, 1991). Dette kan udvikles som beskrevet i afsnit 5.2, hvor barnets eksterne "locus of control" medfører, at barnet ved blot at skimme en opgave konkluderer, at han ikke kan løse den. Barnet opgiver på forhånd, da den eksterne "locus of control" giver ham fornemmelse af ikke at være herre over løsningen. På samme måde kan "learned helplessness" som tankemønster fortolke en succes ud fra forklaringen om, at held eller tilfælde er årsag til, at en opgave er løst korrekt. Barnet vil derfor ved næste opgave ikke opleve motivation til at forsøge hårdt på også at løse den næste opgave korrekt, da det netop ikke er barnets vilje, der opfattes som årsag til succes. Et barn med tendens til opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og/eller impulsstyring vil ganske hurtigt blive urolig, når han stilles overfor krav, han på forhånd ikke regner med at kunne honorere, og herved bliver ekstern "locus of control" en faktor, der vedligeholder eller fremmer ADHD-adfærd.

De neurale netværk, der ligger bag "learned helplessness", vil kunne forstærkes både i situationer, hvor barnet oplever succes og fiasko og henfører disse til hhv. held og indre stabile faktorer. At ændre dem kræver som beskrevet i afsnit 4.1 koncentreret arbejde, men qua problemets karakter er barnet ikke indstillet på at prøve hårdt, da det ifølge barnets overbevisning netop ikke hjælper noget. Hermed er "learned helplessness" en forstærkende og vedligeholdende faktor i forhold til barnets medfødte sårbarheder, idet barnet ikke belønnes for at forsøge at fastholde sin opmærksomhed eller øge sin indsats, og dermed ikke føler motivation for at forfølge og nå et mål.

Undersøgelser har vist, at et barn med ADHD-adfærd, der undervises i at se adfærd som noget, han selv har kontrol over, kan reducere sin hyperaktivitet og øge sin selvregulering (Milich & Okazaki, 1991). Med andre ord kan barnet lære intern "locus of



control” og dermed faktisk hæmme sin egen ADHD-adfærd, også uden medicin. Det kræver dog, at familie- og skolesystemet er villig til at ændre deres opfattelse af, at problemerne er iboende barnet, hvilket jeg kommer tilbage til senere.

Omgivelserne kan uforvarende komme til at forstærke et mønster af ekstern ”locus of control”. Mønsteret er som beskrevet i afsnit 5.2 ofte grundlæggende skabt i barnets tidlige interaktioner med sine nære omgivelser, der videregiver deres egen opfattelse af ”locus of control”. Sammenholdt med forståelsen af selvværd i afsnit 7.3 kan man sige, at det i en familie præget af lavt forældreselvværd kan være en forsvarsmekanisme at se det irritable spædbarns kontinuerlige uro som noget, der er indlejret i barnet selv, således at forældrene i en vis grad fritages for skyld i det. Dette mønster er ikke tidsbegrænset, men vil forblive det herskende hos forældrene, indtil der bevidst arbejdes på en ændring. Derfor vil også barnets senere opdragelse farves af denne holdning. En anden måde, hvorpå omgivelserne kan forstærke mønsteret, er, når barnets dårlige motivation for at løse en opgave betyder, at barnet bliver tiltagende fysisk uroligt. Her bekræftes omgivelserne i, at barnet er hyperaktivt, rastløst og koncentrationsbesværet. Hvis dette, som i den foregående sætning, beskrives som noget, barnet *er*, bekræftes også barnet selv i antagelsen om, at træk er stabile og udenfor hans egen kontrol; han bliver hermed foræret en adfærdslidelse, der placerer ansvar for f.eks. motivation udenfor hans egen kontrol.

At ”locus of control” kan være situationsafhængig (Rotter, 1990) mener jeg kan forklare, hvorfor man kan opleve, at barnet længe kan spille et spændende computerspil, men ikke sidde stille på stolen i skole eller børnehave. Ved computerspillet kan barnet via umiddelbar belønning tydeligt se, hvordan han løbende bliver dygtigere, og derfor vil der hurtigere end i f.eks. sociale samspil kunne dannes indre repræsentationer af, at en ekstra indsats fra barnet betyder ekstra belønning. Med andre ord stiger motivationen, fordi ”locus of control” flyttes ind i barnet. At sidde stille på en stol i børnehave eller skole er en udefra påkrævet situation. Her kan opgaven bestå i selve det at sidde stille, f.eks. for at spise sin mad eller lytte til en voksen, hvilket kan være svært, når indtryk og impulser bombarderer barnet. Alternativt er der til det at sidde stille knyttet en opgave, som barnet jf. ovenfor har oplevelsen af, at han ikke magter. I disse tilfælde fastholdes barnet i oplevelsen af ekstern ”locus of control”. Dette fænomen er svært at forklare ud fra den medicinske forståelse af ADHD (jf. afsnit

3.1), idet en opmærksomhedsforstyrrelse forårsaget af en hjernefejl ikke kan være situationsbetinget – den enten eksisterer eller ikke-eksisterer.

Ovenstående får mig til at understrege vigtigheden af omgivelsernes forståelse for, at et barn, hvis grad af ADHD-adfærd svinger afhængig af situationen, ikke (nødvendigvis) er et uartig barn, der bare vil drille, som kun vil lave det, han selv synes og ikke det, de voksne siger osv. Der kan i stedet være tale om adfærd i form af copingstrategier, der som nævnt i afsnit 1.2 både kan være forståelige og adaptive for et specifikt barn i en specifik kontekst, men som i forhold til omgivelsernes og det større samfunds krav bliver dysfunktionelle.

## **7.6 Venskaber og sociale interaktioner**

Den traditionelle tilgang til ADHD beskriver, hvordan barnet er styrende, afbryder andre i tale og leg og ikke kan følge regler, og at årsagerne til dette skal findes i barnets medfødte hyperaktivitet og impulsstyring (Barkley, 2001, s. 30f). Alternativt kan adfærden forklares ud fra dette speciales kapitel 4 og 5 ved at se på, hvordan ADHD-adfærd kan fremmes eller hæmmes i barnets sociale kontekst.

Som beskrevet i afsnit 7.4 vil et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd ofte have vanskeligt ved f.eks. at udvikle mentaliseringsevne. De medfødte sårbarheder udvikles i samspillet med konteksten, og barnet vil ofte have svært ved at integrere indre repræsentationer af forskellige sociale samspil og vil dermed ud over en svag mentaliseringsevne kunne få svært ved at opnå forståelse af sociale spilleregler og i det hele taget ved at danne sig overblik og lægge/udføre en plan.

Hvis barnets medfødte sårbarhed for ADHD-adfærd inkluderer dysregulering af dopamin og/eller noradrenalin på hjernestammeniveau, vil barnets adfærd grundlæggende præges af hyperaktivitet og impulsstyring (Hart, 2006, s. 255ff). Jf. princippet om den hierarkiske hjerne beskrevet i afsnit 4.1 kan det betyde, at udviklingen af det limbiske system kan forstyrres på den måde, at barnet får sværere ved at tolke signaler fra omverdenen korrekt. Det direkte perciperede fra thalamus bliver registreret, mens de signaler, der kognitivt skal bearbejdes via præfrontal cortex, af samme grund er langsommere, og derfor kan barnet fremstå meget impulsivt. Det er også i den bagerste del af præfrontal cortex, at hjernen lagrer tillærte normer og lignende

(Hart, 2006). Hvis denne del kun frekventeres overfladisk eller mangelfuldt, kan barnets adfærd bære præg af, at selv om barnet måske godt ved, hvordan han *burde* opføre sig, kan han have svært ved at selvregulere i henhold til det.

Mens de voksne omkring barnet måske kan forstå og tage hensyn til dette, er det sjældent tilfældet med især mindre børn. Undersøgelser viser da også, at børn, der er populære blandt andre børn beskrives som bl.a. venlige og hensynsfulde, i stand til at følge regler, i stand til at fortolke sociale situationer korrekt og i besiddelse af sociale evner til at indgå i venskaber (Carr, 2009). Dette er ikke kendetegnende for børn med ADHD-adfærd, der i tråd med dette ofte føler sig ensomme (Bandura et al., 1996).

For alle børn er venskaber med jævnaldrende uhyre vigtige (Schaffer, 2005), men ud fra specialets forståelse af ADHD-adfærd vurderer jeg, at det for børn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd kan være svært at skabe og opretholde venskaber. I børnehavealderen vil de andre børn ofte undgå barnet med ADHD-adfærd, bl.a. fordi han ofte vil tage de andres legetøj, mens han bliver vred, når nogen kræver det tilbage igen. Samtidig vil manglende forståelse for sociale spilleregler betyde, at han ikke formår at dele sin leg på lige fod med andre. Derfor foregår leg med andre bedst, når han selv styrer og kontrollerer, og ethvert forsøg fra andre børn på at styre legen vil blive slået ned med hård hånd – med mindre legen tager en drejning, drengen selv kan se pointen i. Desuden får tendensen til impulsstyring barnet til at fremstå som uforudsigelig for de andre børn, hvilket understreges af de jævnlige raserianfald, der ofte følger med følelsen af at blive uretfærdigt behandlet.

Disse tendenser kan for mig at se bringe barnet i et dilemma: Den ene type af børn, der konsekvent lader sig styre, når barnet med ADHD-adfærd sætter dagsordenen for legen, vil ofte selv mangle lyst eller mod til at styre en leg og har derfor brug for, at andre sætter rammerne for det sociale samvær. Barnet med ADHD-adfærd kan styre legen, men pga. barnets impulsstyring og hyperaktivitet skifter rammerne hastigt og ofte uforudsigeligt. Derfor vil andre børn ikke føle sig trygge i en leg under hans kommando. Den anden af type børn, der gerne lader andre styre legen, er børn med samme problemer som barnet med ADHD-adfærd: De vil formentlig slet ikke opdage, at den anden styrer legen, da de som ham mangler evne til mentalisering og viden om sociale spilleregler. Konflikter opstår, når et af børnene søger at ændre legen i en

retning, der er anderledes end den, de andre hver især forventer, eller når et andet barns impulsstyring eller raserianfald gør legen uforudsigelig. Herved opstår en situation, hvor ingen af børnene med ADHD-adfærd præsenteres for positive sociale samspil med jævnaldrende, og hvor børnene derfor ikke får mulighed for at revidere de indre repræsentationer af samme. Tværtimod bekræftes de allerede eksisterende, der tidligt vil blive præget af negativt selvværd pga. konstante konflikter og afvisninger i legesituationer. Hermed fremmes barnets oplevelse af, at det sociale liv er uforudsigeligt og måske ikke værd at bruge kræfter på, og barnet bliver ikke motiveret til at gøre en indsats for at hæmme sin ADHD-adfærd.

Grupper af jævnaldrende udgør en base, hvor horisontal socialisering kan finde sted (Schaffer, 2005). Berøves barnets mulighed for dette allerede fra børnehavealderen, bliver det meget svært at rette op på i skolealderen, hvor der stilles endnu større krav til børnenes sociale formåen. Som beskrevet i afsnit 6.1 er barnet medlem af forskellige systemer, der alle søger opretholdelse af homeostase. Derfor har systemet bestemte forventninger til dets medlemmer. Ud fra dette kapitel anser jeg det for sandsynligt, at barnet med ADHD-adfærd ofte ganske tidligt i livet stilles overfor forventninger om at være den, der styrer, råber, skræmmer osv., hvilket vil præge den horisontale socialisering i negativ retning. Mens den neurologiske udvikling for andre børn betyder, at deres positive erfaringer med jævnaldrende bl.a. skaber enorme mængder af forbindelser i præfrontal cortex og dermed øget overblik og planlægningsevne, udvikler barnet med ADHD-adfærd som ovenfor beskrevet lavt selvværd, dårlig mentaliseringsevne og maladaptive copingstrategier, der forstærkes af omgivelsernes negative forventninger til barnet. Som teenager vil barnet med ADHD-adfærd, der løbende er blevet fremmet og blevet til en del af barnets selvforståelse, stadig have en opførsel, der kan virke skræmmende på jævnaldrende. Mens det hyperaktive barn ofte kommer til skade pga. manglende forståelse for og tid til at gennemtænke konsekvenser, vil mange teenagere med ADHD-adfærd ikke længere kravle i træer eller vælte på cykel, men i stedet udsætte sig selv og andre for såkaldt risikoadfærd i form af kriminalitet og misbrug (Carr, 2009). For mig at se er det en logisk konsekvens af barnets negative erfaringer med sociale relationer, men det handler ikke blot om vanskeligheder med impulsstyring, hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser forstået ud fra den medicinske tilgang. Det handler i stedet om, at barnet som lille udviste ADHD-adfærd og derfor aldrig lærte at begå sig socialt og

aldrig udviklede en tilstrækkelig stor mentaliseringsevne. De venner, barnet derfor omgav sig med, var som ovenfor beskrevet ofte børn med samme problemer, fordi børn med større social forståelse ikke følte sig forstået og godt tilpas i selskab med barnet med ADHD-adfærd. Derfor er det samme type af vennekreds, der eksisterer, når barnet bliver ældre og får endnu sværere ved at blive accepteret i skole og fritid. Jeg anser det derfor for sandsynligt, at en stor del af de unge, medierne beskriver som ”utilpassede”, langt hen ad vejen er de samme, der som børn havde svært ved at samle ensartede indre repræsentationer; som fik lov at styre al leg, som oplevede, at de andre børn trak sig væk, uden at de kunne forstå hvorfor, og som derfor fik gevaldige knæk i deres selvværd – og som i gruppen af andre unge med samme type adfærd og samme nederlag i bagagen kan blive enige om, at de voksnes verden er fuld af regler, det ikke er arbejdsindsatsen værd at prøve at forstå.

## **7.7 Kønsfordeling**

Traditionelt har man opfattet drenge som motorisk aktive og visuelt orienterede, mens piger er mere stille og verbalt orienterede. Den medicinske tilgang foreslår, at når ca. tre gange så mange drenge som piger får ADHD (Jørgensen, 2009), skyldes det den biologiske modning, der også neurologisk understøtter, at drenge er mere tilbøjelige til at udvikle lidelser, der indebærer motorisk uro (Zlotnik, 1999).

Jeg finder ingen grund til at betvivle de forskere, der i årevis har fundet beviser for dette. Til gengæld vil jeg ud fra en kontekstuel, systemisk tilgang påstå, at denne kønsforskel afspejles i og forstærkes af de samspil, barnet indgår i. Netop fordi det samfundsmæssigt er mere accepteret for drenge end for piger at være urolige og/eller uopmærksomme, vil de medfødte sårbarheder komme så meget desto mere til udtryk hos drengene (Rutter et al., 2006). Det kan betyde, at forældre såvel som pædagoger og lærere tidligere vil være opmærksomme på urolige piger end på urolige drenge. Derfor vil subsystemerne i familien ofte markere pigens rolle i familien mere tydeligt i tilfælde, hvor hun har tendens til ADHD-adfærd. Måske vil hun blive hjulpet med at lege sociale lege (dukker, rollespil osv.), både gennem familiens indkøb af legetøj og deres interesse for hendes leg, og desuden vil hun formentlig hurtigere blive stoppet i vilde eller farlige lege end drengen i familien. Dette vil ofte gentage sig i dagpleje, børnehave mv. Således vil pigen allerede meget tidligt dels blive hjulpet til at få overblik og selvregulere, dels over-indlære regler for sociale samspil, hvorfor hun

i langt højere grad end drengen vil være parat til at få erfaringer – og kunne lære af erfaringerne – efterhånden som samspillet rummer flere medspillere. Denne interesse for at styre pigens adfærd i socialt acceptabel retning kræver, at omgivelserne er præget af ”goodness of fit” og dermed det overskud, en sådan styring kræver. Derfor anser jeg det for sandsynligt, at der blandt pigerne i højere grad end blandt drengene er en social slagside, idet lave socioøkonomiske forhold ofte er ensbetydende med mindre overskud. Jeg har imidlertid ikke kunnet finde undersøgelser, der kan af- eller bekræfte dette.

Omvendt vil en dreng med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd tidligt i livet blive rost for sin handlekraft og fysisk lyst til udforskning af verden (Carr, 2009). Hermed fremmes ADHD-adfærd, idet det overlades til drengen selv at skabe orden i kaos, og der vil formentlig gå meget længere tid, før drengens adfærd bliver regnet for et problem. I børnehvealderen er ”vilde drenge” et kendt fænomen, og mens de fleste drenge bruger deres erfaringer til i løbet af det første skoleår at lære, hvilken adfærd, der værdsættes i skolen, vil drengen med ADHD-adfærd fortsat fremstå hyperaktiv, opmærksomhedsforstyrret og impulsstyret. Det er altså først i skolealderen, barnets adfærd for alvor bliver et problem for omgivelserne, hvilket afspejles i selve diagnosekriterierne (se bilag 1 og 2). For drengen selv har adfærden måske længe været et problem på den måde, at når barnet er 6-7 år, er en del af hjernen modnet, og den urolige adfærd har, som beskrevet i afsnit 4.1, fået en neurologisk forankring i de forskellige hjernestrukturers sensitive perioder, ligesom alle tidligere erfaringer kan være præget af mere eller mindre kaotiske elementer. Derfor vil det være meget sværere for ham i denne alder at skulle ændre sin adfærd, end det er for den pige, der allerede længe er blevet ledt på ”rette spor”. Således vil kønsforskelle i diagnosticering af ADHD hos børn kunne være et udtryk for multifinalitet: at samme udgangspunkt kan udvikle sig i forskellige retninger (Cicchetti & Rogosch, 1999).

Også i venskabsgrupperne er der en kønsforskel til pigernes fordel. Mens drenge ofte leger i store grupper, søger piger sammen i mindre grupper, der er mere emotionelt intime (Carr, 2009). Som jeg fortolker dette, betyder det for drengene, at de skal lede efter sociale markører i et større virvar af drenge, der desuden ofte skiftes ud med nye drenge med hver deres personlighed. Pigerne skal derimod kun forholde sig til ganske få andre, hvilket i sig selv er en fordel for et barn, der har svært ved f.eks. at

udelukke uvedkommende stimuli. Pigegrupperne er mere intime, dels pga. det mindre antal, dels fordi det ofte er de samme piger, der søger sammen gang på gang. Igen er dette en fordel for en pige med ADHD-adfærd, da hun ikke skal bruge energi på at lære forskellige veninder at kende, men i stedet kan koncentrere sig om at lære sociale regler. I pige grupper tales ofte og meget om følelser. Som nævnt i afsnit 7.4 er det emotionelle indhold i samtaler medvirkende til udvikling af mentaliseringsevne, og derfor får pigen med ADHD-adfærd mulighed for at holde sig selv og sine egne følelser op imod andres beskrivelser, der ofte er hjerteskrærende sandfærdige, og som derfor også vil hjælpe pigens udvikling af selvforståelse såvel som mentaliseringsevne på vej.

I skolen hersker kvinderne, og det er da typisk også kvinder, der ud fra en normativ (feminin) betragtning beslutter, at drengene har et problem (Timimi, 2009). Denne tendens ser ikke ud til at vende i nærmeste fremtid, men det gør måske det dominerende syn på de kønsroller, der er medbestemmende for, hvad vi kulturelt og samfundsmæssigt set vil acceptere. Derfor forventer jeg, at der om en årrække vil være langt flere piger end nu, der diagnosticeres med ADHD, også selv om de biologisk set modnes anderledes end drengene.

## **7.8 Familiesystemet**

Familiesystemet er den verden, barnet først og fremmest vokser op i. Måderne, hvor på familiens subsystemer spiller sammen, har afgørende betydning for, hvordan barnets ADHD-adfærd hæmmes, fremmes eller vedligeholdes. Når barnets ADHD-adfærd ses i lyset af systemisk familieteori, er der tydelige eksempler på, hvordan både udvikling og vedligeholdelse af den urolige adfærd kan opfattes som adaptiv for barnet og familiesystemet, selv om den af omverdenen beskrives som patologisk (Fischer et al., 1997).

I dette afsnit vil jeg først sammenholde teori om opdragelsesmønstre, som beskrevet i afsnit 5.4, med viden fra afsnit 7.1-7.7. Derefter inddrages desuden forståelser fra systemisk teori, som beskrevet i kapitel 6.

En autoritær opdragelse vil ikke tage hensyn til barnets behov og medfødte sårbarheder, men i stedet slå hårdt ned på adfærd, der ikke er acceptabel i forhold til de voks-

nes forventninger (Schaffer, 2001). Som beskrevet i afsnit 5.1 betyder det, at barnet ikke motiveres og støttes og derfor udvikler negativt selvværd. Et barn med ADHD-adfærd er ingen undtagelse. Tværtimod vil han opleve uendelig mange konflikter, som vil bidrage til oplevelsen af ikke at være god nok. Samtidig har han jf. afsnit 7.4 brug for støtte til at udvikle eksekutive funktioner og mentaliseringsevne. Dette kræver forældrenes verbale eller non-verbale forklaringer på social adfærd, hvilket er mangelfuldt i en autoritær opdragelse. Lidt paradoksalt kan man sige, at barnet trods alt hjælpes på vej for såvidt, at barnet i en autoritær opdragelsesform ikke stilles overfor valgmuligheder, ligesom der ikke er tvivl om, hvad der er rigtig og forkert adfærd. Derfor foræres barnet en struktur, der kan være med til at skabe overblik over dagligdags situationer, og som entydigt kan vise barnet, hvordan han kan handle på en acceptabel måde. På grund af den manglende mentaliseringsevne og støtte til barnet mener jeg dog, det må forblive en kontekstnær evne, der ikke kan overføres til andre sociale områder. Derfor vil barnet hurtigt forvirres af andre, mindre strukturrede sociale settings, ligesom den dårligt udviklede mentaliseringsevne som beskrevet i afsnit 7.4 får store konsekvenser for barnet.

Lige så fortabt kan barnet med ADHD-adfærd blive i en familie, hvor opdragelsesmønsteret præges af permissivitet. I en sådan familie ses udvikling ofte som noget, der sker gennem naturlig modning (Schaffer, 2001, s. 271), og derfor overlades barnet meget til sig selv. Ifølge dette speciales forståelse af ADHD-adfærd, vil et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd uden struktur og uden støtte udvikle ADHD i fuldt flor, fordi barnet selv skal opleve kontingens, samle og forstå sociale regler osv. med det medfødte beredskab, der grundet sårbarhederne netop har svært ved at fungere uden hjælp. I en permissiv, men emotionelt varm familie oplever barnet at blive elsket, men da han ikke støttes, opnår han ikke tilstrækkelig grad af affekt- og selvregulering. I stedet kan grænserne mellem subsystemerne i familien blive meget svage, idet strukturen bliver mere horisontal end vertikal. Barnet oplever derfor ikke sine forældre som rollemodeller, og den ”enmeshed” familiestruktur betyder, at opdragelse bliver inkonsekvent og i stedet afhængig af f.eks. tid, sted og aktuelt humør. Barnet vil derfor kunne udvikle et højt globalt selvværd, der kommer til at stå i kontrast til domænespecifikke lave selvværdsfølelser på områder, hvor barnet oplever ikke at have kontrol over situationer, fordi han ikke har faste indre repræsentationer af sig selv som succesfuld aktør i forskellige situationer. Med tiden



kan sådanne konflikter påvirke det globale selvværd i negativ retning, hvilket også kan fremme ADHD-adfærd. I en permissiv, men emotionelt kold familie præges forholdet mellem subsystemerne af ligegyldighed. Barnet hverken ses eller støttes, og der vil være overvældende risiko for, at barnet udvikler utryk tilknytning. Grænserne i familiestrukturen vil her være meget skarpe, mens alliancer i subsystemerne ikke vil omfatte barnet; dette svarer til, hvad jeg har beskrevet i afsnit 7.1.

Det autoritative opdragelsesmønster er det mest funktionelle for barnet med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd. I et sådant er grænserne klare men fleksible, så der bliver taget hensyn til barnets behov, som de fremstår på et givent tidspunkt. Barnet vil stadig have tendens til at være hyperaktiv, impulsstyret og have vanskeligheder med at fastholde sin opmærksomhed, men i samspil præget af ”goodness of fit” vil barnet gennem kærlige og strukturerede erfaringer med verden kunne hjælpes til f.eks. adaptive copingstrategier, social forståelse og selvværd.

Mens opdragelsesmønstre er én måde at beskrive manifestationer af roller og positioner på, er strukturel systemisk teori en anden. Ifølge Minuchins tankegang kan barnets ADHD-adfærd spille en rolle i familiens struktur som det, der er med til at opretholde familiesystemets homeostase. Dermed bliver det svært for barnet at få lov til at ændre sin adfærd, uanset om det udadtil er en ændring, man efterspørger. Begrebet ”den identificerede patient” dækker dette fænomen (Minuchin et al., 2007). Sammenholdt med begrebet triangulering, jf. afsnit 5.4, har dette stor betydning for barnets udvikling i familien, hvilket jeg her vælger at fortolke og beskrive på flere måder.

Barnet kan være en del af en triangulering i familien der sikrer, at forældrene kan glemme deres ægteskabelige uoverensstemmelser for at stå sammen mod barnets problemer. Er dette tilfældet, bliver ”barnets problemer” det, der i virkeligheden opretholder homeostase i systemet, for i det øjeblik, barnet ikke længere har (så store) problemer, trues forældrene igen med at skulle se deres egne ægteskabelige problemer i øjnene. Mens familien på det bevidste plan kæmper mod barnets problematiske adfærd, opretholdes den på det ubevidste plan.

En anden form for triangulering kan være, at mens Mor kæmper for at regulere barnets ADHD-adfærd, kæmper Far i stilhed den modsatte vej, f.eks. ved at hævde, at Mor er emsig, at drenge godt må være livlige osv. Bag dette spil kan ligge forskellige problemer blandt de voksne: Måske øjner Far chancen for at straffe Mor for hendes manglende opmærksomhed på ham selv, og måske bliver Mor lidt mere striks overfor barnet, fordi hun ser sin ægtefælles uønskede sider i ham. Trianguleringen kan være mere eller mindre tydelig, og den kan i tilfælde som ovenstående betyde, at grænserne mellem Far og barn bliver lidt svagere, mens grænserne mellem Mor og barn omvendt ridses kraftigt op. Resultatet kan blive, at barnets ADHD-adfærd fremmes i stedet for at hæmmes, dels fordi Far mere eller mindre bevidst spolerer de tiltag, der sættes i gang for at hjælpe barnet, dels fordi barnet qua de løsere grænser forholder sig mere til sin fars accept end til den strikse mor, der får barnet til at føle sig forkert pga. mange konflikter og irettesættelser, med det resultat, at barnet så at sige giver los for sin ADHD-adfærd.

Disse trianguleringer udmøntes i mønstre, hvor familiens medlemmer spiller hver deres faste rolle, som narrativer bygges op omkring. Som beskrevet i afsnit 6.2 italesætter narrativerne rollerne på en måde, der er med til at konsolidere dem, og som er med til at opretholde homeostase i systemet. Således kan vedligeholdelse af ADHD-adfærd også beskrives gennem begrebet narrativer: Barnet kan få svært ved at skabe nye narrativer og bryde ud af rollen som problembarnet.

Ud fra analyserne i afsnit 7.2-7.6 mener jeg, at barnet kan fastholdes i rollen som problembarn, hvis f.eks. forældrene har ringe tro på egne forældreevner. Her kan det som før beskrevet være vigtigt for deres selvværd at holde fast i, at barnet bærer problemet i sig, og at forældrene ikke kan gøre nogen større forskel i forhold til det, der så karakteriseres som "barnets psykiske lidelse". Alternativt kan barnet blive tillagt negative adfærdstræk, som kan få omgivelserne til at støtte forældrene i, at barnet er "svær at styre". I begge tilfælde bliver barnet udstyret med problemet og i en vis udstrækning også med ansvaret for at gøre noget ved det. Er barnet f.eks. hyperaktivt, vil det for en udmattet forælder med lavt selvværd være fristende at forvente, at barnet snart lærer at opføre sig ordentligt. Har forældrene opfattelsen af udvikling som noget, der foregår som naturlig modning, bliver det yderligere let at fralægge sig denne del af forældreansvaret. Barnet internaliserer med tiden opfattelsen af, at pro-

blemet er iboende ham selv, hvilket kan fremme ADHD-adfærd yderligere, da han herved underlægges ”learned helplessness”. Således er samspil mellem barn og omgivelser med til at manifestere barnets rolle som ”problembarn” både hos barnet selv og hans omgivelser, og på flere forskellige måder, hvorved det bliver tiltagende svært for barnet at ændre denne rolle.

I familien kan barnet også fastholdes i rollen som problembarn i tilfælde, hvor den ene eller begge forældre positionerer sig selv i en trianguleringsform, der holder barnet som problemet, og forældrene i rollen som ”forældre til et problembarn”. Som beskrevet i afsnit 5.4 kan det også ske hos forældre til handicappede børn, hvor forældrene mobiliserer al deres energi og fritid i støtteforeninger, forældretræningskurser, litteratur osv. om netop dette handicap. ADHD i en medicinsk forståelse ses også som et handicap (f.eks. Wohlers, 2007), og også her er der utallige foreninger, netværk, chat-sider på Internettet osv. Et stort engagement i sit barns handicap kan være en adaptiv copingstrategi for mange forældre, der på den måde finder fællesskaber, muligheder og håb (Ragnarsson, 1997). At betragte ADHD som et handicap fritager forældre fra en stor følelse af skyld, hvilket kan medføre mere energi til at behandle og håndtere barnets problematiske adfærd. Hvis ikke forældrene i forvejen har en ekstern ”locus of control”, kan det altså være en lettelse for dem at skabe det i situationer, hvor intern ”locus of control” ville give så store emotionelle vanskeligheder, at det ikke er muligt at overskue hverken mulige handlinger eller deres konsekvenser.

Samtidig kan denne copingstrategi fastholde familien i, at barnet har et handicap, han og familien skal lære at leve med. Jeg mener, der er risiko for, at afstandtagen fra skyld-temaet kan være så stort et behov, at familien (og dens omgivelser, netværk osv.) glemmer at se på, hvordan de måske ikke er skyld i problemet, men kan være med til at fremme eller vedligeholde de medfødte sårbarheder for ADHD-adfærd. Det store behov for afstandtagen fra skyld-temaet ses f.eks. i indlæg på ADHD-foreningens samtalegruppe på Internettet, hvor det diskuteres, hvorvidt der burde rejses en injuriersag mod den professor, der tillod sig at sige, at ADHD-adfærd i høj grad er skabt, ikke medfødt (ADHD-foreningens hjemmeside).

Her er det yderligere en nuancering at indføje, at mødre til handicappede børn har større risiko for at blive deprimerede end andre mødre (Schaffer, 2005). Det vil altså

sige, at mens italesættelsen af barnet som værende handicappet kan fritage forældrene for følelsen af skyld, har begrebet konnotation af noget irreversibelt, hvilket får andre konsekvenser for familien. Ud fra den systemiske teori beskrevet i kapitel 6, kan det beskrives på den måde, at en mors depression over sit barns handicap skyldes behovet for at få skabt en ny homeostase, da selve accepten af, at barnet er handicappet, forskubber ligevægten så meget, at der skal drastiske midler i brug for at få den genoprettet. En deprimeret mor har enorm betydning for samspillet i familien. F.eks. vil hun formentlig deltage i færre samtaler og da med mindre engagement, hvilket vil gøre det endnu sværere for barnet med ADHD-adfærd at opfange og forstå kommunikationen. Det er også et velkendt fænomen, at en deprimeret mor har svært ved at skabe tryk tilknytning, da hun ikke har overskud til at se barnets behov og fungere som sikker base (Stern, 2005). Jeg vurderer, at et barn med ADHD-adfærd og en deprimeret mor til enhver tid er ”poorness of fit”. Den cirkulære årsagsforståelse er til at få øje på: Mor er deprimeret, fordi barnet er handicappet – og barnets handicap vedligeholdes, fordi mor er deprimeret.

Hvordan forældres engagement i barnets handicap påvirker grænserne mellem subsystemerne i familien afhænger af, hvordan de emotionelle forhold er mellem subsystemerne. Beskrevet med begreberne fra afsnit 6.2 kan man forstå det således, at i tilfælde, hvor en forælder er følelsesmæssigt meget tæt på sit barn og samtidig engagerer sig voldsomt i barnets handicap, vil grænserne være svage og familiestrukturen kunne blive ”enmeshed”, da forælderen bliver overinvolveret i barnet. Hvis det store engagement i barnets ADHD derimod skyldes f.eks. skyld eller skam, vil grænserne måske blive mere skarpe, fordi barnet bliver objektificeret; familiestrukturen bliver ”disengaged”. Uanset hvilken af disse, der er tale om, kan ændring i grænser være med til at genetablere den homeostase, barnets ADHD-adfærd måske har forrykket.

Klar og tydelig kommunikation er vigtig for et barn med ADHD-adfærd, bl.a. fordi tendensen til impulsstyring og opmærksomhedsforstyrrelse betyder, at barnet hurtigt er videre i sin tankegang. Er kommunikationen i et familiesystem præget af double-bind, vil det være skadeligt for ethvert barn, idet barnet altid er i klemme qua definitionen på double-bind (Warhuus et al., 1999). Som jeg ser det, vil barnet med ADHD-adfærd have relativ stor risiko for at blive udsat for double-bind kommunikation, fordi barnet som ovenfor beskrevet udfylder en rolle i familien, som er med til

at opretholde homeostase. Derfor vil nogle subsystemer måske ubevidst kæmpe imod, at barnets adfærd bedres, samtidig med at barnet konstant udsættes for omgivelsernes krav om netop at bedre adfærden. Det er også en risiko, at forældre med ”poorness of fit” overfor barnet når til et punkt, hvor de har svært ved at elske ham, samtidig med at de som fornuftige forældre godt ved, at dette ikke er en mulighed. Derfor kan barnet komme til at opleve, at forældrenes kommunikation får karakter af double-bind, idet forældrene med verbal og bevidst non-verbal kommunikation viser positive emotioner, mens den ubevidste, men for barnet tydelige, non-verbale kommunikation afslører det modsatte budskab.

Også tvetydig kommunikation kan være svær for barnet med ADHD-adfærd, bl.a. på grund af hans vanskeligheder med mentalisering, som beskrevet i afsnit 4.5. Et barn med utryk tilknytning kan være så splittet i sine indre repræsentationer, at han for at skabe genkendelige situationer opfører sig provokerende, fordi han så kan genkende den reaktion, omgivelserne kommer med (Thompson, 1999). Ud fra forståelsen af mentaliseringsproblemerne mener jeg, det samme kan gøre sig gældende for et barn med ADHD-adfærd: Hvis omgivelserne er præget af uklar eller tvetydig kommunikation, får barnet ikke mulighed for at opleve genkendelige sociale relationer, og han kan derfor ikke forstå den bagvedliggende intention. For at skabe genkendelige reaktioner fra omverdenen, kan barnet forsøge at fastholde sin ”ADHD” – ikke nødvendigvis fordi han ikke formår andet, men fordi det skaber en form for homeostase at få bekræftet sine indre repræsentationer samt at kunne forholde sig til en adfærd, der er genkendelig. Dette vil ikke blot gøre sig gældende i familiesystemet, men i alle de systemer, barnet færdes i.

Trillingsgaard et al. (2007, s. 177) skriver: ”Børn med opmærksomhedsforstyrrelser findes i alle sociale lag, men hyppigst i de nederste”; udsagnet uddybes ikke yderligere. Den medicinske tilgang mener som beskrevet i afsnit 3.1, at ADHD er arveligt. Deraf må man kunne udlede, at Trillingsgaard et al. mener, at den såkaldte sociale arv holder familier fast i samme samfundslag i generationer, og at det derfor også er sandsynligt, at ADHD på samme måde hovedsageligt fastholdes i bestemte samfundslag. Ud fra den dynamisk, systemiske tilgang præsenteret i dette speciale, vil forklaringen være et andet: I de laveste sociale lag kan der mangle overskud til at tage sig af børns behov. Grænser mellem subsystemerne voksne-børn kan enten blive

rigide og meget markerede eller omvendt meget svage, og opdragelsesmønsteret i en familie med pressede voksne bliver ofte tilsvarende autoritativt eller permissivt. Som jeg har vist i tidligere i dette afsnit, kan ADHD-adfærd dermed fremmes.

Der kan være overordentlig stor forskel på, hvordan det omgivende samfund ser på en familie, da dette afhænger af den forståelsesramme, det omgivende samfund fortolker familiens samspil efter (Reichelt, 2009). Således forbindes en aktiv, økonomisk velstillet familie først og fremmest med succes og overskud, mens virkeligheden er, at en familie med karrierer at passe kan overse barnets behov mindst lige så meget, som en hårdtarbejdende, men ressourcetsvag familie kan se og reagere på dem. Denne forskel kan komme til syne i bestemte situationer: Mens det i sociale situationer kan opleves ganske naturligt og oven i købet ansvarligt, at en mor sætter grænser for sit barn, kan samme scenario i en socialt belastet familie blive tolket, som at moderen ikke forstår barnets behov. Den normative forståelse, der udgør forståelsesrammen, når man ser de forskellige familier, kan tillige være afgørende for, om man ser en kreativ, frisk dreng med masser af gå-på-mod eller et truet barn med ADHD-adfærd.

Minuchin (Minuchin et al., 1998, s. 47ff) postulerer, at vores samfund ikke respekterer svage familier på samme måde som stærke familier, og at man derfor kommer til at skubbe til systemers homeostase på en måde, man ikke senere tager hensyn til. Ud fra systemisk teori beskrevet i kapitel 6 vurderer jeg, han kan have ret. Når en familie søger om (eller bliver bedt om at modtage) hjælp fra det offentlige system, bliver familien vurderet efter en normativ forståelse af, hvordan en familie bør være, hvornår der er rent/beskidt osv., jf. den normative forståelsesramme præsenteret ovenfor. Vurderes familien som ikke-normal/svag, står det sociale hjælpeapparat klar til at hjælpe, og der igangsættes forældreundersøgelse, støtteforanstaltninger til skole- og børnehavebørn, pædagoger i hjemmet til at lære forældrene at vaske tøj og lufte ud el. lign. (Minuchin et al., 1998). Dette kan få meget betydningsfulde konsekvenser, hvoraf jeg ud fra specialets dynamisk funderede systemiske forståelse af ADHD vil udlede to: For det første forstyrres hele familiesystemet på den måde, at hierarkiet i familien forskubbes. De forældre, der før havde ansvar for familien, ikke mindst i barnets øjne, bliver nu løbet over ende af kommunale forvaltninger, der løbende vurderer forældrenes egnethed. Dermed bliver familiehierarkiets top kommunalt ansatte

folk, der ikke deltager i familiens daglige liv, og den i forvejen pressede familie skal nu fungere indenfor systemiske rammer, som de dels ikke selv har sat, og som dels skifter afhængig af hvem og hvor mange forskellige personer, der skal hjælpe familien. Et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd vil sandsynligvis reagere voldsomt på sådanne usikkerheder. Ofte vil tiltag som forældrevevneundersøgelse sætte familien i et double-bind: "Hvis I ikke deltager, risikerer I, at vi tager jeres børn. Hvis I deltager, risikerer I, at vi tager jeres børn. I kan ikke vælge at lade være med at forholde jer til dette, fordi vi nu kontrollerer familien". Forældre, der er fanget i et sådant double-bind, vil føle sig så pressede, at de enten opgiver eller sættes i en position, hvor det er "os imod dem". Og hermed er jeg kommet til den anden konsekvens af det offentlige systems indgreb i familiesystemet, idet barnet risikerer at blive fanget i op til flere trianguleringer. Det kan være velmenende lærere, der vil høre, hvordan det går hjemme, mens barnet godt ved, at han risikerer at sige noget, der går ud over forældrene – og samtidig er barnet sammen med forældrene nødt til deltage i familiesystemet og derfor tage afstand til de lærere, der stikker næsen i folks privatliv, men som barnet måske synes udgør en sikker base i en stadig mere forvirret hverdag.

For mig at se er det ikke underligt, at der forekommer flere børn med ADHD-adfærd i socialt belastede familier. Ressourcesvage familier vil ofte udgøre "poorness of fit" i forhold til et barn med medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd, og hos de familier, som har formået at hæmme sårbarhedens udtryk, vil en konstant forstyrrelse fra de sociale myndigheder betyde, at familiesystemet forskubbes, så barnets ADHD-adfærd fremmes. Hos ressourcestærke familier ses også opdragelsesformer, der kan fremme i stedet for at hæmme barnets ADHD-adfærd, men her vil de sociale myndigheder sjældent gribe ind, og hvis de gør, får det næppe samme gennemslagskraft som hos de svage familier. Derfor kan familien i samarbejde med børnehave eller skole blot konstatere, at deres barn har et handicap, som det skal behandles for.

Bilenberg (2007) opremser som en del af sine forslag til intervention, at der kan iværksættes sociale foranstaltninger som f.eks. en aflastningsfamilie, der kan give forældrene et frirum, hvor de ikke skal bruge al deres energi på at få hverdagen med et ADHD-barn til at fungere. Jeg er enig i, at forældre (og barnet selv) kan have brug for et frirum, bl.a. ud fra den betragtning, at udkørte forældre har svært ved at læse

og imødekomme barnets egentlige behov. Men jeg finder det paradoksalt, at man skal holde en pause, så man får fornyet energi til at genoptage kampen i den velkendte arena i stedet for at undersøge, hvordan denne arena, familiesystemet, kunne hjælpes til at fungere på en måde, der er mere optimal for alle subsystemer. Ved at opdele familien i ”den, der skal væk engang imellem” og ”dem, der får ro, når han er væk” skabes dels enorme grænser mellem subsystemerne, dels tvinges systemet til konstant at veksle mellem to homeostasepunkter: når han er her, og når han ikke er her. Som beskrevet tidligere i dette afsnit, medfører denne uro, at familien, der periodevis mangler et subsystem i form af barnet med ADHD-adfærd, skal finde nye roller og skabe nye narrativer, der er så fleksible, at de kan rumme barnet, der kommer hjem fra aflastning. Desuden giver det barnet med ADHD-adfærd en ny situation at forholde sig til. Dette kan dog være en fordel for barnet med ADHD-adfærd, idet en aflastningsfamilie er på arbejde og derfor ikke forholder sig til ændringen i deres system som noget varigt eller som noget, der kræver emotionelt betonedede kampe mellem subsystemerne. Derfor vil aflastningssystemet, når de lærer barnet at kende, kunne opstille klare grænser og en tydelig hverdag til gavn for barnet med ADHD-adfærd. Igen kunne man så indvende, at når barnet vender hjem fra sin aflastning, presses han ind i den velkendte rolle, som er med til at opretholde systemets homeostase. Hvis familiesystemet ikke yderligere påvirkes udefra, kan det blive mere end svært for barnet med ADHD-adfærd at få lov til at benytte og udvikle de nye egenskaber, han kan tilegne sig i aflastningsfamilien.

## **7.9 Skole og ADHD-adfærd**

Et barn med ADHD-adfærd skal som alle andre børn på et tidspunkt begynde sin skolegang. Barnet tilbringer en betragtelig del af sin tid i skolen, og der er både fagligt og socialt megen læring her, som barnet skal forholde sig til og måske internalisere. Derfor er det nødvendigt også at medtænke skolen som et system, barnet med ADHD-adfærd skal fungere i.

Et barn, der har medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd, vil ofte få vanskeligheder i skolen, uanset hvordan hans ADHD-adfærd kommer til syne. Også her er jeg af den overbevisning, at lærere og pædagoger kan være med til at hæmme eller fremme ADHD-adfærd. Den medicinske tilgang mener, det er vigtigt at lærere kender til ADHD, fordi lærerne skal have kendskab til, hvordan man kan regulere barnets ad-



færd, da børn med ADHD-adfærd ”er svære at håndtere i en undervisningssituation” (Trillingsgaard, 2009, s. 5). Dette er givetvis rigtigt, men jeg mener, billedet bør nuanceres en del.

Hvis læreren som den øverste i hierarkiet i det system, en skoleklasse udgør, er af den opfattelse, at barnet er vanskeligt at håndtere, markeres grænserne omkring barnet meget tydeligt, også overfor de andre børn, fordi barnet så at sige bliver til ejer af problemet; den, der gør noget forkert. Ofte vil læreren overordnet set slet ikke forvente noget positivt af barnet med ADHD-adfærd (Levine, 1997). Set i lyset af systemisk teori præsenteret i kapitel 6, kan barnet med ADHD-adfærd få svært ved at forbedre sin adfærd, fordi han er med til at opretholde den fælles accepterede homeostase i klassesystemet, enten i kraft af rollen som problembarn eller som den, de andre børn i klassen kan stå sammen om at holde udenfor det sociale fællesskab. Når barnet med ADHD-adfærd ønsker at ændre sin adfærd, står han således overfor ikke bare subsystemerne, men hele systemets vægt.

Barnets copingstrategier i skolen kan også være medvirkende til, at skolens subsystemer fastholder ham i en ADHD-adfærd. Som skrevet om barnet i familien i afsnit 7.8 kan barnet også i skolen føle sig utryk ved ikke at kunne forstå verbal og/eller non-verbal kommunikation og derfor med sin egen adfærd sikre, at andre reagerer på en genkendelig måde. At opføre sig uroligt har også den ”gevinst”, at barnet afleder lærerens opmærksomhed fra f.eks. at høre barnet i de lektier, han har så svært ved. På den måde skærmer barnet sig selv fra at få rippet op i et lavt selvværd, men i begge tilfælde bekræfter han også i andre menneskers øjne den rolle som ADHD-barn, han er blevet tildelt.

Som beskrevet i afsnit 7.4 vil barnet med ADHD-adfærd ofte have mangelfuld mentaliseringssevne, og derfor har han svært ved at regne andres intentioner ud. For at kompensere for dette skal omgivelserne konstant scannes for fare, hvilket dels øger omgivelsernes indtryk af ham som hyperaktiv, dels vanskeliggør koncentration om skolearbejde. Som jeg forstår det, kan det medføre, at barnet med ADHD-adfærd i skolesystemet så at sige er dobbelt ramt. For det første vil opmærksomhedsproblemer betyde, at barnet fagligt set har svært ved at lære i samme tempo som resten af klassen: Han hører ikke, hvad han skal lave, han forstyrres af andre elever i klassen, han

har svært ved at holde koncentrationen om undervisningen, og derfor får han ikke lavet noget. Af samme årsag mangler han formentlig en masse tidligere læring, som det nye stof er bygget på, hvilket gør den nye læring meget vanskelig. For det andet vil barnets adfærd som tidligere beskrevet betyde, at han mangler venskaber og har lavt selvværd. Derfor vil han kunne føle sig isoleret og måske endda deprimeret (Bandura et al., 1996), hvilket videre vil påvirke både hukommelse, opmærksomhed på og motivation for skolearbejdet.

Den holdning til skolearbejde, som forældrene til et barn med ADHD-adfærd udviser, vil smitte af på barnet på den måde, at værdisætning her som på andre domæner vil blive videregivet i samspejlet med barnet, som beskrevet i afsnit 4.4. I forhold til skolearbejde gør det en væsentlig forskel, om forældrene fokuserer på læringsprocesser eller på faktorer hos barnet, da dette vil fremme intern hhv. ekstern "locus of control" (Pomerantz et al., 2005). Forældre, der har et barn med ADHD-adfærd, vil i skole-hjem-samarbejdet sandsynligvis ofte blive mødt med diskussioner om barnets adfærd, og derfor vil der være risiko for, at fokus skolemæssigt vil blive på barnet frem for læringen. Det betyder, at der både i lærernes, forældrenes og barnets egne øjne kan opstå et billede af, at når barnet ikke klarer sig godt i skolen, skyldes det faktorer i barnet. Selv om implikationerne af intern kontra ekstern "locus of control" er diskuteret i afsnit 7.5, finder jeg det vigtigt at uddybe betydningen specifikt i forhold til skolearbejde, da jeg mener, det får vigtige konsekvenser for barnets selvværd, som det forstås i afsnit 5.1. For det første kan ekstern "locus of control" betyde, at barnet oplever egen utilstrækkelighed i skolearbejdet som noget, han ikke kan ændre på, da det skyldes indre, stabile faktorer – han oplever ganske simpelt at være dum til det skolearbejde, der samtidig er højt værdisat i samfundet. Derfor vil hans selvværd på skoledomænet påvirkes i negativ retning, og der vil være stor risiko for, at barnet får mange erfaringer, der kan støtte denne oplevelse. For det andet er der risiko for, at når både skole og hjem oplever, at problemet ligger i barnet, bliver betydningen af dette så meget desto større, fordi det i begge systemer vil ligge i den non-verbale kommunikation, at det er barnet, der er "forkert". I den verbale kommunikation kommer det til udtryk i meget jævnlige konflikter, hvor barnet skældes ud for ikke at leve op til omverdenens opfattelse af god opførsel. Selv hvis barnet ville prøve at ændre sin egen opfattelse af at være problemets ejer, er det nærmest en umulig opgave også at skulle ændre holdningen hos både skole og hjem; barnet kan ikke

selv bryde ud af den. Ud fra dette vurderer jeg, der vil være stor risiko for, at barnets globale selvværd vil påvirkes i negativ retning.

De krav, skolen i dag stiller til eleverne, er ændrede over de seneste årtier. Som Jørgensen (2009, s. 7) skriver, er skolen bygget op om "det autonome, selvregulerende og selvdisciplinerende menneske, der kan 'styre sig selv', løse opgaver på egen hånd og forfølge langsigtede mål". Derfor fungerer undervisningen kun, hvis alle kan sidde stille og løse opgaver i længere tid uden at forstyrre, og det stiller selvsagt krav, som barnet med ADHD-adfærd har svært ved at honorere. Han vil i stedet meget ofte opleve, at han ikke kan leve op til kravene; at han ikke er god nok. Samtidig er skole- og uddannelsessystemet som nævnt et meget højt værdisat domæne i samfundet generelt, og derfor er der risiko for, at det også i drengens egen vurdering bliver et vigtigt domæne, som han ikke selv finder sig dygtig nok til. Det bliver et stort problem for barnets globale selvværd, når han på et vigtigt domæne, som fylder så mange timer af en barndom, oplever sig selv som "ikke god nok".

Skole- og uddannelsessektoren bruger i stigende grad diagnoser som ADHD til at ekskludere børn fra den normale klasseundervisning (Jørgensen, 2009). Der kan være flere grunde til dette, men som jeg ser det, får det for barnet med ADHD-adfærd to væsentlige konsekvenser. For det første bliver barnet (igen) bekræftet i ikke at være som de andre; at være problematisk. For det andet betyder det, at barnet placeres i "skoleklasser for ADHD-børn" eller lignende tiltag (Fleicher, 2009), hvor han skal lære mentalisering, impulshæmning osv. som medlem af en gruppe af børn, der har samme problemer som ham selv. Derfor vil det tiltag, der oprindeligt blev formuleret som specialundervisning og dermed som hjælp til barnet, risikere at blive en faktor, der vedligeholder eller endda fremmer barnets ADHD-adfærd.

### **7.10 Opsummerende**

En dynamisk funderet systemisk forståelse af børns udvikling vil opfatte ADHD-adfærd som noget, der kan skabes, vedligeholdes, hæmmes eller fremmes gennem samspil mellem barn og omgivelser.

Massiv omsorgssvigt eller en barndom præget af overgreb kan skabe ADHD-adfærd i et barn, der ikke har medfødt sårbarhed for det, fordi samspillet mellem barn og

omgivelser ikke støtter barnets psykologiske eller neurologiske udvikling, men i stedet efterlader barnet med et uorganiseret og kaotisk nervesystem, der cirkulært har negativ betydning for barnets samspil med omgivelserne.

I de fleste tilfælde vil barnet med ADHD-adfærd have en grad af medfødt sårbarhed for adfærden, der helt basalt vil kunne forstyrre udvikling af fænomenerne tilknytning, indre repræsentationer, affekt- og selvregulering samt mentalisering som beskrevet i kapitel 4, hvilket videre påvirker selvværd, copingstrategier, kommunikationsformer, roller/positionering og ”goodness of fit” som beskrevet i kapitel 5. Jf. princippet om den hierarkiske hjerne vil problemer på de lavere niveauer og i barnets tidlige liv have relativt større betydning for senere udvikling. Hvor stor betydning, den medfødte sårbarhed får, afhænger af barnets samspil med sine omgivelser.

Graden af ”goodness of fit” er et udtryk for, om samspillet mellem barn og omgivelser fremmer eller hæmmer barnets ADHD-adfærd. Dette kan ændre sig i takt med udvikling hos barnet, omgivelserne eller i den aktuelle livscyklus, og det kan være forskelligt alt efter, om der er tale om barnets samspil med forældre, klassekammerater eller nære venner. I forskellige systemer skaber barnets ADHD-adfærd risiko for, at barnet trianguleres, og barnets ADHD-adfærd kan desuden blive den faktor, der opretholder et systems homeostase, og som derfor ikke får lov at forandre sig; dog har en pige med ADHD-adfærd større chance end en dreng for at blive støttet i at ændre denne. Den sociale udvikling hos et barn med ADHD-adfærd er ofte præget af mange konflikter, misforståelser og følelsen af uretfærdig behandling, hvilket kan medføre dels lavt selvværd, dels at barnet ikke præsenteres for muligheden for at få revideret sine indre repræsentationer af sociale samspil.

Barnets ADHD-adfærd kan være selvforstærkende i kraft af, at det, der kendetegner ADHD-adfærd (opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og impulsstyring) samtidig er det, der forhindrer barnet i at ændre sin adfærd. Dette skal forstås direkte, som når impulsstyring gør det overordentligt svært at dæmpe hyperaktivitet og øge opmærksomhed, og det skal forstås indirekte som det kan komme til udtryk i udvikling af f.eks. copingstrategier og lavt selvværd, der påvirker barnets samspil med omverdenen på måder, som vedligeholder eller fremmer ADHD-adfærd. Også her vil

den neurologiske udvikling understøtte den psykologiske i form af neurale netværk samt gennem antal og kvalitet af forbindelser mellem hjernens strukturer.

Barnets medfødte sårbarhed for ADHD-adfærd vil på flere planer kunne vanskeliggøre mentalisering, dels pga. sårbarhedernes direkte påvirkninger på barnets hjerne-strukturer, neurale forbindelser og/eller regulering af neurotransmitterstoffer, og dermed barnets måde at percipere og forstå verden på, dels pga. de problemer, dette skaber i barnets samspil med sin omverden – og herfra igen tilbage til neurologiske problemstillinger på mere avancerede niveauer. Alt i alt har mentaliseringsevnen en lang række implikationer for barnets neurologiske, psykologiske og sociale udvikling, og dermed kan mentaliseringsevnen forstås som et af de mest gennemgribende problemområder for børn med ADHD-adfærd.

Således vil barnet med ADHD-adfærd i familiesystemet såvel som i sociale systemer, f.eks. skolesystemet, påvirke sine omgivelser, der samtidig påvirker barnet, hvorved ADHD-adfærd kan skabes, hæmmes, fremmes eller vedligeholdes.

## **8. Metateoretiske overvejelser og kritik**

Formålet med dette kapitel er dels at reflektere over valg og brug af teori, dels på et metateoretisk plan at diskutere, hvordan dette påvirker svaret på problemformuleringen.

Teori er en vej, man kan gå, så man ikke leder i blinde (Hårtveit & Jensen, 2005). Dermed leder teorien vejen og bestemmer, hvilke udfald og forståelser, der er mulige, og også dette speciale er farvet af mit valg af dynamiske og systemiske teorier. Når jeg ønsker at undersøge og diskutere, hvordan barn og omgivelser påvirker hinanden i tilfælde, hvor barnet udviser ADHD-adfærd, har jeg i den blotte ordlyd af problemformuleringen antydnet, hvilken teoretisk vinkel, jeg benytter. Som tidligere nævnt er tanken om ADHD-adfærd som noget, der kan hæmmes eller fremmes, en del af en bestemt diskurs, der er valgt på bekostning af noget andet, og som derfor kunne være anderledes.

Jeg har i specialet benyttet teorier af to typer. Den ene er oprindeligt udtænkt til at beskrive og undersøge systemiske processer i samspillet mellem individ og omver-

den. Den anden type teori er oprindeligt tænkt ud fra et individfokus, men med tydelige implikationer for relationer og samspil, som det f.eks. er tilfældet for begreberne opdragelsesformer og ”goodness of fit”. Der kunne rettes en kritik imod, at nogle af disse begreber er tænkt ind i en større helhed, som jeg ikke tager hensyn til, og især imod, at de i deres oprindelse er tænkt ud fra en idé om lineær kausalitet. Mens kapitel 4 har tilknytningsteori som grundlag, vil det således i koblingen til de forskellige begreber i kapitel 5 kunne forekomme, at de mange forskellige temaer presses til at syne mere compatible, end de reelt er. Denne problemstilling er mindre i forhold til strukturel systemteori, da Minuchin selv åbner op for også at rette fokus på, hvordan det enkelte barns oplevelser og udvikling påvirker og påvirkes af systemerne, han indgår i (Minuchin et al., 2007, s. 8).

Mens min teoretiske tilgang på metaplan kunne beskrives med ord som systemisk, cirkulær og dynamisk, kunne et andet valg af metateoretisk ståsted implicere den naturvidenskabelige individfokusering, som er den dominerende tilgang i vores samfund i dag. I stedet for det gensidige samspil ville en problemformulering kunne vægte netop individet, og specialet ville så oplagt kunne falde i tre dele: Hvordan ADHD påvirker barnet, hvordan ADHD-barnet påvirker omgivelserne, og hvordan omgivelserne kan påvirke barnets ADHD. Naturvidenskabelig metode ville være benyttet i metodik, hvorfor specialet ville bære præg af, at evidensbaseret teori og kontrollerede forsøg ville udmøntes i en konklusion, der be- eller afkræfter en opstillet hypotese. ADHD ville forblive situeret i barnet, beskrevet gennem diskurser om handicap, psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser.

Forskellene mellem de to tilgange kan skitseres således:

<b>Naturvidenskabelig tilgang</b>	<b>Dynamisk, systemisk tilgang</b>
Fokus: barnet	Fokus: Barnet og dets omgivelser
Kontekstuafhængig: Barnet har eller har ikke ADHD	Kontekstafhængig: ADHD-adfærd kan hæmmes eller fremmes
Intrapsykisk: Dysfunktion i barnet	Interpsykisk: Påvirker og påvirkes af omgivelserne
Teori: Normativt evaluerende	Teori: Fortolkende, mulige forklaringer
Lineær kausalitet	Cirkulær kausalitet
Universelle reaktioner: Kan forudsiges	Unikke reaktioner: Kan ikke forudsiges
Determinisme	Equifinalitet, multifinalitet
Generaliserbar viden	Ikke-generaliserbar viden på individplan

Mennesket sætter oplevelser og erfaringer ind i rammer, og hvilke rammer, der er mulige, bestemmes af vores kultur, tidligere erfaringer og samfund (Hårtveit & Jensen, 2005). Hermed problematiseres helt overordnet den naturvidenskabelige forståelse af at kunne se, forstå og intervenere ud fra et objektivi ståsted. I vores kultur er det muligt at sætte urolige og opmærksomhedsforstyrrede børn ind i den ramme, der er beskrevet af den dominerende diskurs, og måske derfor får stadig flere børn diagnosen ADHD. Samtidig gør selve italesættelsen det sværere for os at se ud over den; som Minuchin siger, er det svært at se mønstre i systemer, når vi er opdraget til at se individet (Minuchin et al., 1998, s. 265). Med diagnosen ADHD forventer vi noget helt specifikt, og når vi ser det i barnet, fokuserer vi på det, hvis ikke af andre grunde så for at fjerne det.

Forståelsesrammerne har således afgørende betydning for, hvordan vi opfatter en given situation. Hvis konteksten er ”unormalitet”, kan selv ganske almindelig adfærd blive tolket som værende skør – og omvendt (Reichelt, 2009, s. 310). De domineren-

de, naturvidenskabelige teorier har netop fokus på det unormale, og derfor ses børns adfærd hurtigt som ”potentielt problematisk”, og måske oven i købet som ”potentielt patologisk”. Omvendt implicerer den i specialet benyttede tilgang en antagelse om, at det, der bedømmes som unormalt, kan være adaptivt for netop dette barn i netop denne kontekst, og derfor kun patologisk i forhold til det omgivende samfunds normer. Behandling eller medicinering som resultat af normative evalueringer vil kunne betyde, at barnet mister sin adaptive adfærd og dermed bevæger sig af udviklingsstier, der også i barnets kontekst er maladaptive. Teorier skal derfor i denne tilgang forstås som fortolkende, idet de fremstiller forskellige mulige forklaringer på sammenhænge, adfærd mv.

Den naturvidenskabelige forståelse af lineære sammenhænge er besnærende, da den lægger op til klare og entydige svar, hvilket giver mulighed for faste målestokke at forstå verden ud fra og dermed mulighed for evidensbaseret, forudsigelighed og sammenlignelighed, og derfor også forhåndsfastlagt (be)handling. Fra dette synspunkt vil en dynamisk, systemisk tilgang kunne blive opfattet som forvirret og uden større sandhedsværdi.

Den dynamisk funderede systemiske tilgang i specialet her illustrerer da også tydeligt denne svaghed. F.eks. er det ikke muligt at lave en konklusion, men kun en overordnet opsummering af samspillet mellem mange fænomener og processer. Generelt medfører idéen om equi- og multifinalitet så mange mulige kausalitetsforhold, at tilgangen med dens ikke-generaliserbare vidensproduktion kan synes uoverskuelig, og især bliver det svært at leve op til det postmoderne samfunds effektivitets- og evidenskrav.

En grundlæggende systemisk præmis er, at ændringer ét sted medfører ændringer andre steder. Derfor kan det også indvendes, at for overhovedet at benytte tilgangen i et speciale, må jeg fravige den på især tre punkter. For det første er jeg nødt til at benytte begreberne i en form, der er statisk i netop det øjeblik, i netop den proces, jeg beskriver, mens noget andet kunne være tilfældet øjeblikket efter. For det andet foregiver jeg allerede i problemformuleringen at ville undersøge noget generelt, mens processer altid vil være specifikke. For det tredje er jeg af hensyn til specialets formalia og læsbarhed nødt til at udvælge bestemte temaer, mens andre, umiddelbart



mindre vigtige, temaer fravælges, selv om det f.eks. i et hastigt udviklende samfund må siges at være en fejlkilde, at jeg vælger at se bort fra fænomener som f.eks. forældrenes arbejdssituation, mediekulturen og aktuelle politiske værdikampe. Uanset hvilke fænomener og begreber, der vælges til og fra, vil der ved brugen af en dynamisk, systemisk tilgang være risiko for, at fokus er så multipelt og kontekstspecifikt, at væsentlige faktorer overses. Blandt andet kunne man overse det barn, der faktisk har en medfødt ADHD-problematik, og som derfor vitterligt kunne profitere af f.eks. medicinering.

Hvad der fra en naturvidenskabelig vinkel kritiseres med argumenter som disse, opfattes af tilgangen selv som værende væsentlige styrker. Fokus på barnet i hans forskellige kontekster og de medfølgende systemiske processer giver en detaljeret, bred viden om netop dette barn. Mens den naturvidenskabelige lineære kausalitetsforståelse medfører bestemte forventninger til børn med ADHD-adfærd, forventer den dynamiske, systemiske tilgang forskellige reaktioner fra forskellige børn i forskellige kontekster. Den teoretiske ramme, jeg har beskrevet i dette speciale, udgør et udvalg af fokusområder, man i praksis kan kombinere til at beskrive, fortolke og dermed forsøge at forstå et specifikt barns reaktioner og adfærd. Denne ramme er et eksempel på, hvor forståelsen producerer generaliserbar viden: netop kun som ramme, og ikke på individ-niveau.

De metateoretiske forskelle viser sig tydeligt i en grundlæggende diskussion om, hvad ADHD er, hvor det stammer fra, og hvordan det bør behandles. I den naturvidenskabelige diskurs forærer begrebet ADHD barnet en psykisk lidelse. Trillingsgaard et al., (2007, s. 179) skriver: "Opmærksomhedsforstyrrelser er en relativ problematik, der viser sig som et handicap, når der er uoverensstemmelse mellem hjernens opmærksomhedskapacitet og omgivelsernes krav". Wohlers (2007, s. 69) udtrykker samme forståelse på lidt anden vis: "Den blinde får heller ikke sit syn tilbage, fordi vi beder ham om at se sig for. Vi kan således ikke bede barnet om at bruge de evner, det ikke har, men må kompensere for barnets handicap". Begge citerer understreger opfattelsen af, at ADHD er medfødt, men at det kun er problematisk, når omgivelserne stiller for høje krav. Det gør de tit. Men gennem den rette pædagogiske tilgang kan omgivelsernes krav nedtones, og gennem medicinering kan barnets opmærksomhedskapacitet øges. Herved kan omgivelserne samlet set korrigere barnets

maladaptive, genetisk betingede adfærd; symptomerne på det immanente handicap kan holdes i ave. Normativ evaluering benyttes altså til at tilrettelægge intervention, der er fokuseret på barnet, som skal normaliseres: man har ”en skæv”, der skal rettes ud, så den bliver så lige og fin som muligt. Kunsten består i at skubbe og trække i præcis de mængder, der skaber det mest lige udtryk.

Hvor det naturvidenskabelige paradigmes lineære tænkning forestiller sig, at et barn med ADHD altid vil indeholde ADHD, vil en dynamisk funderet systemisk tilgang opfatte ADHD som en adfærd, barnet måske nok er disponeret for at udvikle, men som kan hæmmes, fremmes eller vedligeholdes afhængig af de samspil, barnet indgår i. Som beskrevet med begreberne equi- og multifinalitet kommer medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd ikke nødvendigvis til udtryk i typisk ADHD-adfærd – som omvendt kan skabes ad mange veje. Intervention bør derfor iværksættes i de dele af barnets systemiske kontekster, der fremmer eller vedligeholder barnets adfærd, uanset om det drejer sig om forhold i eller udenfor barnet, eller som oftest begge dele. For at bruge samme metafor som ovenfor er kunsten ifølge denne tilgang at ændre alle ”de skæve”, så de måske bliver lidt mere lige, og i hvert fald så de ikke ligger i vejen for hinanden. I stedet for kun at bearbejde den skæve, ændres derfor også omgivelserne, så alle kommer til at tage en del af trykket.

## **9. Afrunding**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder er en diagnose, der placerer en bestemt type adfærd som psykisk lidelse i barnet. Diagnosen er forankret i en naturvidenskabeligt funderet forståelse, der understøttes af samfundets dominerende diskurser og teknikker, og som via disse er med til at værdisætte adfærden og dermed barnet som værende behandlingskrævende.

Et alternativt teoretisk grundsyn kan i stedet forstå ADHD-adfærd ud fra en dynamisk funderet systemisk vinkel, hvor barnet oftest, men ikke altid, forstås som havende en medfødt sårbarhed for at udvikle ADHD-adfærd. Qua begreberne equi- og multifinalitet kan ADHD-adfærd skabes på forskellige måder, mens den medfødte sårbarhed kan føre til forskellige typer af adfærd. Gennem barnets samspil med sine omgivelser kan ADHD-adfærd hæmmes, fremmes eller vedligeholdes. Det er derfor

samspil og konteksters betydning for barnets udvikling, der er basis for analyse og diskussion i specialet.

Barnets forståelse af sig selv og sin omverden skabes fra fødslen gennem interaktioner mellem barn og forældre. Barnets meget umodne nervesystem formår ikke at organisere sig selv og er derfor afhængig af oplevelser med sensitive forældres hjælp til affekt- og selvregulering. Erfaringer med samspil former i barnet indre repræsentationer af selv, andre og relationer, hvilket adfærdsmæssigt efterhånden kommer til udtryk i et bestemt tilknytningsmønster. Indre repræsentationer forankres i neurale kredsløb, der gennem aktivering konsolideres og stadig lettere bliver aktiveret. Kredsløbene kan påvirke alle tre dele af den hierarkiske hjerne og påvirker dermed også reguleringen af neurotransmittere, der på systemisk vis videre påvirker både generel udvikling og aktuel aktivering af forskellige hjernestrukturer. Interaktioner med omgivelserne skaber i samspil med neural organisering barnets mentaliseringssevne, hvorved barnet får mulighed for at se adfærd som et resultat af bagvedliggende mentale tilstande. Gennem sådanne betragtninger af barnets neuropsykologiske udvikling nuanceres diskussionen af forholdet mellem biologi og miljø, idet interaktion kan blive til indre strukturer, der igen er med til at forme interaktioner.

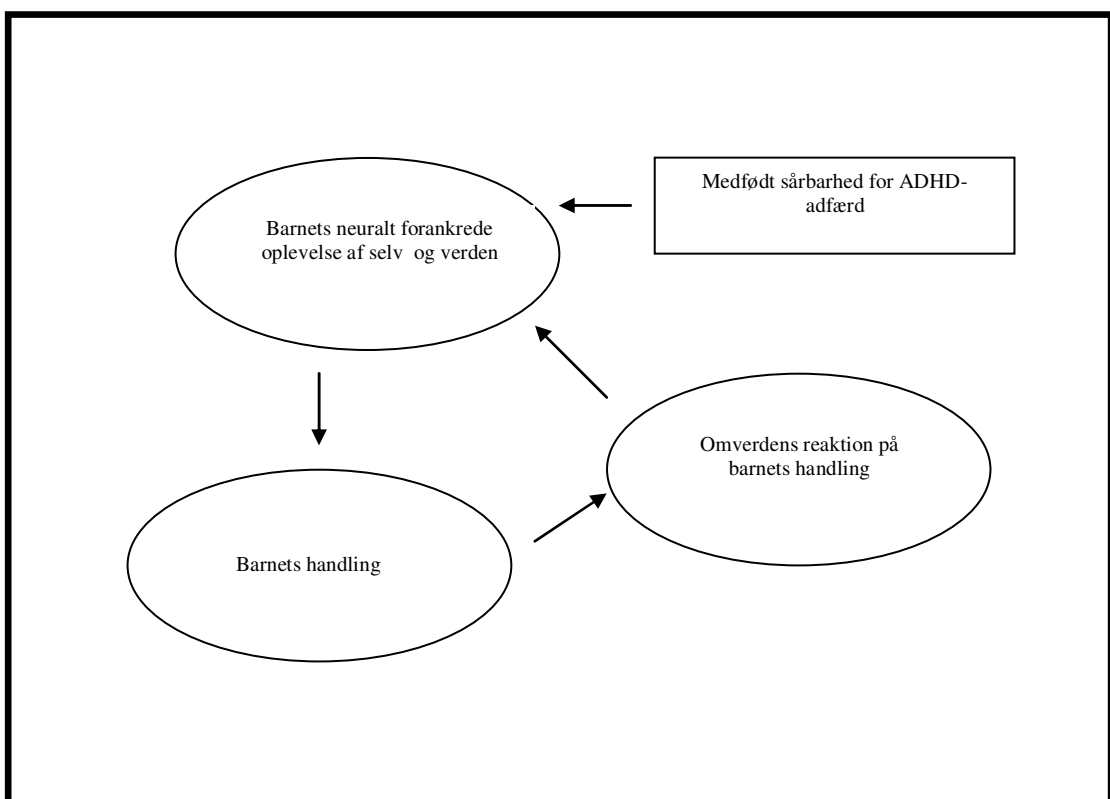
Barnets ageren i verden udspringer af, hvordan han forstår sig selv og sin omverden. Indre repræsentationer af erfaringer med sig selv, andre og relationer giver barnet en grad af domænespecifikt såvel som globalt selvværd, og barnet udvikler intern eller ekstern "locus of control". Begge fænomener er betydningsfulde for barnets tilgang til situationer, opgaver og andre mennesker. Barnets positionering i familien kommer til udtryk i familiens dominerende opdragelsesmønster, der ligeledes er bestemmende for kommunikationsformer og triangulering i familien. Alle typer af adfærd kan indenfor disse rammer fremmes eller hæmmes afhængig af, om der er "poorness" eller "goodness of fit" mellem barnet og hans omgivelser. I de forskellige systemer, barnet deltager i, udspiller alle disse fænomener sig som processer i systemets søgen efter eller opretholdelse af homeostase. Grænserne mellem subsystemerne er afgørende for og samtidig resultat af sådanne processer.

Alle disse fænomener og processer udgør den optik, der er en teoretisk konsekvens af den grundlæggende metateoretiske forståelse, jeg har valgt i dette speciale, og derfor

er det ikke muligt at lave en entydig konklusion omhandlende Sandheden om ADHD. I stedet kan ADHD-adfærd forstås som havende to vigtige dele:

For det første vil medfødt sårbarhed for ADHD-adfærd direkte påvirke dele af barnets neurologiske udvikling, uanset om der er tale om dysregulering af neurotransmitterstoffer, vanskeligheder med at skabe neurale mønstre, disposition for udvikling af svage forbindelser i og mellem forskellige strukturer i hjernen, mangelfulde strukturer eller noget helt andet. Spiller disse sårbarheder ind på bestemte funktioner eller forbindelser mellem bestemte funktioner i hjernen, vil det kunne komme til udtryk i barnets adfærd som opmærksomhedsforstyrrelser, hyperaktivitet og/eller impulsstyring. For det andet vil samspillet mellem barnet og hans omgivelser påvirke barnets forståelse af sig selv og sin omverden, og ud fra erfaringer med verden skabes barnets psykologiske såvel som neurologiske udvikling.

Med andre ord: Barnets hjerne indeholder en sårbarhed for ADHD-adfærd, der både påvirker, hvordan andre oplever barnet og hvordan barnet oplever sig selv og verden, og dermed hvordan barnet ud fra denne forståelse handler i verden i forskellige kontekster. Dette påvirker igen både den neurale basis og den psykologiske forståelse for selv og verden. Dette har jeg sammenfattet i nedenstående figur:



*Figur 9.1: Cirkulær påvirkning af barn og omgivelser*

Derfor kan man som i specialets kapitel 4, 5 og 6 og som opsummeret ovenfor opstille generel teori for, hvordan samspil mellem barn og omgivelser kan forme barnets forståelse af og ageren i forskellige kontekster i verden, men man kan ikke sige, hvordan "barnet" med ADHD-adfærd udvikler sin adfærd indenfor rammen; der findes ingen konstellation som "barnet", kun forskellige børn med forskellige former for medfødte sårbarheder for ADHD-adfærd i forskellige kontekster, der på forskellig vis fremmer, hæmmer eller vedligeholder barnets ADHD-adfærd.

Medicin virker ikke altid på børn med ADHD-adfærd. Eksempelvis anfører Swanson et. al (2001) at ca. halvdelen af de medicinerede børns adfærd bliver "normal", mens 20 % af børnene ifølge Trillingsgaard (2009a) ikke udviser nogen respons på medicinering. Årsagerne til dette kan være mange, og forsøg på forklaringer fører viden- skaben ud i diskussioner om, hvilken af delene i lidelsen, der er primær (se afsnit 3.1), underforstået fordi der så burde udvikles medicin, der påvirker mere specifikke neurologiske sammenhænge. Jeg er enig i, at medicinering af barnet kan være godt f.eks. i tilfælde, hvor barnet vitterligt er født med en alvorlig dysfunktion i regulering af forskellige neurotransmittere, men med dette speciale håber jeg at have belyst, at når medicinen ikke altid virker, kan det være fordi, barnets ADHD-adfærd i virkeligheden er bundet i omgivelser og samspil, mere end det er indlejret i barnet. Medicin kan behandle de reaktioner, barnets neurologiske system udviser, men det kan ikke behandle de faktorer i barnets omgivelser, der – måske – er årsag til reaktionerne. Hverken diskussionen om medicinering af barnets nervesystem eller den overordnede, dominerende forståelse af ADHD tager hensyn til hele barnets udvikling, som den foregår i en specifik kontekst. Med den dynamisk funderede systemiske forståelse af ADHD præsenteret i dette speciale har jeg fremsat en alternativ teoretisk ramme, der kan tage hensyn til barnet i netop hans kontekst, og ud fra hvilken man kan undersøge, hvordan barn og omgivelser påvirker hinanden i tilfælde, hvor barnet udviser ADHD-adfærd.

## 10. Litteraturliste

Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (1996): Multifaceted Impact of Self-Efficacy Beliefs on Academic Functioning. *Child Development*, 67 (s. 1206-1222).

Barkley, R. (2001): *Opmærksomhedsforstyrrelse og udvikling af selvkontrol* (s. 11-70). København: Munksgaard.

Berk, L.E. (2000): *Child Development* (5. udgave) (s. 366-369). Massachusetts: Pearson Education.

Bilenberg, N. (2007): ADHD hos børn: symptomer og behandling. I: Gerlach, J.: *ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne* (s. 9- 24). PsykiatriFondens Forlag.

Botting, N., Powls, A., Cooke, R.W.L. & Marlow, N. (1997): Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Other Psychiatric Outcomes in Very Low Birthweight Children at 12 Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 38, No. 8 (s. 931-941).

Bowlby, J. (2005/1994): *En sikker base* (s.9-47, 133-152). Frederiksberg: Det Lille Forlag.

Bruner, J. (1996): A Narrative Model of Self Construction. *Psyko & Logos*, nr. 17 (s. 154-170).

Brown, F. (2004): Scientific Narratives and ADHD. *Clinical Psychology*, 40 (s. 17-20).

Carr, A. (2009): *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology – a Contextual Approach* (s. x-xvi, 1-104, 421-460). New York: Routledge.

Chess, S. & Thomas, A. (1996): *Temperament. Theory and Practice* (s. 51-63). New York: Brunner/Mazel, inc.

Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (1999): Psychopathology as Risk for Adolescent Substance Use Disorder: A Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Clinical Child Psychology* Vol. 28, no. 3 (s. 355-365).

Damm, D. (1999): Barnets normale udvikling. I: Thomsen, P.H. (red.): *Psykkiske sygdomme og problemer hos børn og unge* (s. 27-34). PsykiatriFondens Forlag.

Damm, D. & Thomsen, P.H. (2006): *Om børn og unge med ADHD* (s. 7-26). København: Hans Reitzels Forlag.

Danforth, S. & Navarro, V. (2001): Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language. *Anthropology & Education Quarterly*, Vol. 32, No. 2 (s. 167-190).

Doidge, N. (2008): *The Brain that Changes Itself* (s. 45-92, 287-312). London: Penguin Books.

Das Banerjee, T., Middleton, F. & Faraone, S.V. (2007): Environmental Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, no. 96 (pp. 1269-1274).

Fischer, K.W., Ayoub, C., Singh, I., Noam, G., Maraganore, A. & Raya, P. (1997): Psychopathology as Adaptive Development Along Distinctive Pathways. *Development and Psychopathology*, 9 (s. 749-779).

Fleicher, A.V. (2009): *Set med børns øjne* (s. 15-52). Dansk Psykologisk Forlag.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2007): *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling* (s. 33-72, 100-195). København: Akademisk Forlag.

Gillberg, C. (2000): *Urolige, kluntede, uopmærksomme børn – DAMP, MBD, ADHD* (s. 13-41). København: Fremad.

Hart, S. (2006): *Betydningen af samhørighed – om neuroaffektiv udviklingspsykologi* (s.7-222, 255-263, 339-272). København: Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2006a): *Hjerne, samhørighed, personlighed* (s. 7-31). København: Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2009): *Den følsomme hjerne* (s. 11-201). København: Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2009a): ADHD – en trendy diagnose. *Psykolog Nyt*, nr. 23 (s. 14-19).

Hart, N. & Benassaya, L. (2009): Social Deprivation or Brain Dysfunction? Data and the Discourse of ADHD in Britain and North America. I Timimi, S. & Leo, J.: *Rethinking ADHD. From Brain to Culture* (s. 218-254). London: Palgrave Macmillan.

Harter, S. (1999): *The Construction of the Self: a Developmental Perspective* (s. 144-193). New York: The Guilford Press.

Heyman, G.D. & Dweck, C.S. (1998): Childrens Thinking About Traits: Implications for Judgement of the Self and Others. *Child Development*, 64, No. 2 (s. 391-403).

Horowitz, A.V. (2002): *Creating mental illness* (p. 158-180). London: The University of Chicago Press.

Hundeide, K. (2004): *Børns livsverden og sociokulturelle rammer* (s. 163-172). København: Akademisk forlag.

Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005): *Familien – plus én. Indføring i familieterapi* (s. 11-218). Århus: Forlaget Klim.



Jureidini, J. (2009): Mind Magic. I: Timimi, S. & Leo, J.: *Rethinking ADHD. From Brain to Culture* (s. 349-359). London: Palgrave Macmillan.

Jørgensen, C. R. (2009): Forståelse og behandling af ADHD. *Psykolog Nyt*, nr. 17 (s. 3-9).

Kadesjö, B. (2006): Børn med koncentrationsproblemer (2. udgave) (s. 17-114, 291-306). København: Dansk Psykologisk Forlag.

Killén, K. (2005): *Omsorgssvigt er alles ansvar* (3. udgave) (s. 130-146). København: Hans Reitzels Forlag.

Knudsen, A-E. (2003): *Pæne piger og dumme drenge* (s. 43-73). Schønbergs Forlag.

Lauth, G.W., Schlottke, P.F. & Naumann, K. (2001): *Urolig og uopmærksom. En bog om ADHD* (s. 9-62). Valby: Borgen.

Lerner, J.V., Nitz, K., Talwar, R. & Lerner, R.M. (1989): On the Functional Significance of Temperamental Individuality: A Developmental Contextual View of the Concept of Goodness of Fit. I: G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M.K. Rothbart (eds.): *Temperament in Childhood*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. (s. 509-523).

Levine, J.E. (1997): Re-visioning Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 25, no. 2 (s. 197-209).

Milich, R. & Okazaki, M. (1991): An Examination of Learned Helplessness Among ADHD boys *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 19, no. 5 (607-623).

Minuchin, S., Lee, W-Y. & Simon, G.M. (1998): *Familieterapi – veje til udvikling og forandring* (s. 17-79, 109-138, 170-189, 216-236, 260-279, 307-341). København: Munksgaard.

Minuchin, S., Nichols M.P. & Lee, W-Y. (2007): *Assessing Families and Couples – from Symptom to System* (s. 1-18, 35-49, 201-204). Pearson Education.

Mortensen, K.V. (2006): *Fra interaktion til relation* (s. 199-249). København: Gyldendal.

Pedersen, H. (2010): Men først en pille. *Psykolog Nyt*, nr. 8 (s. 16-19).

Pomerantz, E.M., Grolnick, W.S. & Price, C.E. (2005): The Role of Parents in How Children Approach Achievement. I: A.J. Elliot & C.S. Dweck, eds.: *Handbook of Competence and Motivation* (s. 259-278). New York: The Guilford Press.

Ragnarsson, A. (1997): Barnet er der ikke noget i vejen med, men du skulle bare vide, hvordan forældrene er... *Døvblinde-Nyt*, nr. 1 (s. 7-11).

Rafalovich, A. (2001): the Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and the Child Deviant, 1877-1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 22 (s. 93-115).

Rasborg, L. (2010): En kompleks forståelse af ADHD. *Psykolog Nyt*, nr. 2 (s. 16-19).

Reichelt, S. (2009): Systemteoretisk opfattelse af familier med børn. I: L.M. Guldbrandsen (red.): *Opvækst og psykisk udvikling* (s. 304-319). København: Akademisk Forlag.

Rotter, J.B. (1990): Internal Versus External Control of Reinforcement – a Case Story of a Variable. *American Psychologist*, 45;4 (s. 489-493).

Rutter, M., Moffitt, T.E., Caspi, A. (2006): Gene-environment Interplay and Psychopathology: Multiple Varieties but Real Effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:3/4 (s. 226-261).

Schaffer, H.R. (2001): *Social udvikling* (s.191 -209, 249-282). København: Hans Reitzels Forlag.

Schaffer, H.R. (2005): *Børnepsykologi* (s. 117-162). København: Hans Reitzels Forlag.

Schjødt, B. & Egeland, T.A. (2008/1992): *Fra systemteori til familierapi* (s. 36-49). Hørsholm: Jørgen Paludans Forlag.

Schnoll, R., Burshteyn, D. & Cea-Aravena, J. (2003): Nutrition in the Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Neglected but Important Aspect. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, Vol. 28, No. 1 (pp. 63-75).

Sinn, N. & Bryan, J. (2007): Effect of Supplementation with Polyunsaturated Fatty Acids and Micronutrients on Learning and Behavior Problems Associated with Child ADHD. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, Volume 28(2) (s. 82-91).

Stern, D. (2005): *Spædbarnets interpersonelle verden* (3. udgave) (s. 11-232, 258-265). København: Hans Reitzels Forlag.

Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Newcorn, J.H., Owens, E.B., Pelham, W.E., Schiller, E., Severe, J.B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal T., & Wu, M. (2001): Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (2) (s. 168-179).

Thompson, R.A. (1999): Early Attachment and Later Development. I: Cassidy & Shaver (eds.): *Handbook of Attachment* (s. 265-286). London: The Guilford Press.

Timimi, S.(2009): Why Diagnosis of ADHD has Increased so Rapidly in the West: A Cultural Perspective. I: *Rethinking ADHD. From Brain to Culture* (s. 133-159). London: Palgrave Macmillan.

Trillingsgaard, A., Stenderup, E. & Damm, D. (2004): *Urolige og ukoncentrerede småbørn*. Odense: ADHD-foreningen

Trillingsgaard, A., Dalby, M.A. & Østergaard, J.R. (red.) (2007): *Børn der er anderledes* (2. udgave) (s. 13-60, 165-188). København: Gyldendals Akademiske Bøgerklubber.

Trillingsgaard, A. (2009): Børn og unge med ADHD. *Psykolog Nyt*, nr. 3 (s. 3-10).

van den Boom, D.C. (1989): Neonatal Irritability and the Development of Attachment. I: G.A. Kohnstamm, J.E. Bates & M.K. Rothbart (eds.): *Temperament in Childhood* (s. 299-319). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Volling, B.L., Kolak, A.M. & Blandon, A.Y. (2009): Family Subsystems and Children's Self-Regulation. I: S.L. Olson & A.J. Sameroff (eds.): *Biopsychosocial Regulatory Processes in the Development of Childhood Behavioral Problems* (s. 238-258). New York: Cambridge University Press.

Warhuus, L., Egelund, M. & Trillingsgaard, A. (1999): Systemorienteret terapi. I: E. Hougaard, B. Diderichsen & T. Nielsen (red.): *Psykoterapiens hovedtraditioner* (s. 195-208). København: Dansk Psykologisk Forlag.

Weare, K. (2004): Taking a Holistic Response to Problem Behaviour. *Clinical Psychology*, 40 (s. 38-41).

Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B. & Carlson, E.A. (1999): The Nature of Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment. I: *Cassidy & Shaver (eds.): Handbook of Attachment* (s. 68-88). London: The Guilford Press.

Wohlers, M. (2007): Børn med urolig og uopmærksom adfærd i almindelige klasser. I: Gerlach: *ADHD* (s. 67-78). København: PsykiatriFondens Forlag.

Zlotnik, G. (1997): To køn, to biologier, to forskellige psykologier. I: Nordahl, B.: *Pigerne og drengene* (s. 9-27). København: Forlaget Nielsens.

I alt 2790 sider, heraf 632 sider tidligere benyttet.

---

**Desuden refereres til:**

ADHD-foreningens hjemmeside:

[http://www.adhd.dk/index.php?id=24&tx\\_mmforum\\_pi1%5Baction%5D=list\\_post&tx\\_mmforum\\_pi1%5Btid%5D=1482](http://www.adhd.dk/index.php?id=24&tx_mmforum_pi1%5Baction%5D=list_post&tx_mmforum_pi1%5Btid%5D=1482)

WHO ICD-10 (2006): *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.

**Vedrørende illustrationer refereres til:**

Kalat, J.W. (2004): *Biological Psychology* Wadsworth – Thomson Learning

[www.psykx.blogspot.com/2009-11\\_01\\_archive.html](http://www.psykx.blogspot.com/2009-11_01_archive.html)

Pensum godkendt af vejleder:

---

Mogens Jensen

## Bilag 1: Diagnosekriterier for ADHD ifølge DSM-IV

Hyperaktivitetssyndromer med opmærksomhedsforstyrrelse

### A. Enten 1) eller 2):

1) Mindst seks af følgende symptomer på **uopmærksomhed** har foreligget i mindst seks måneder i en grad, som er dårligt tilpasset til og uforenelig med udviklingsniveauet:

#### *Uopmærksomhed*

- a) er ofte uopmærksom over for detaljer eller laver sjuskefejl i skolearbejdet, arbejdslivet eller andre aktiviteter
- b) har ofte svært ved at vedholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
- c) synes ofte ikke at lytte ved direkte tiltale
- d) følger ofte ikke givne instruktioner og mislykkes med at gennemføre skolearbejde, hjemmeopgaver eller arbejdsopgaver (skyldes ikke trods, eller at personen ikke forstår instruktionerne)
- e) har ofte svært ved at organisere sine opgaver og aktiviteter
- f) undviger ofte, har ulyst eller er uvillig til at udføre opgaver, som kræver mental udholdenhed (f.eks. skolearbejde eller lektier)
- g) lægger ofte sager fra sig, som er nødvendige for forskellige aktiviteter (f.eks. legetøj, læsemateriale, blyanter, bøger eller værktøj)
- h) distraheres ofte let af ydre stimuli
- i) er ofte glemsom i dagliglivet

2) Mindst seks af følgende symptomer på hyperaktivitet-impulsivitet har foreligget i mindst seks måneder i en grad, som er dårligt tilpasset til og uforenelig med udviklingsniveauet:

#### *Hyperaktivitet*

- a) har ofte svært ved at sidde stille med hænder eller fødder eller kan ikke sidde stille

- b) forlader ofte sin plads i klassen eller i andre situationer, hvor personen forventes at sidde på sin plads i længere tid
- c) løber ofte omkring, klamrer sig, klatrer, mere end hvad der anses for rimeligt for situationen (for unge og voksne kan dette være begrænset til en subjektiv følelse af rastløshed)
- d) har ofte svært ved at leg eller deltage i fritidsaktiviteter roligt og stille
- e) virker ofte som at være ”på spring” eller ”på højtryk”
- f) snakker ofte overdrevent meget

### ***Impulsivitet***

- g) kaster sig ofte ud i at svare på spørgsmål, før spørgsmålsstilleren har talt færdigt
- h) har ofte svært ved at vente på sin tur
- i) afbryder ofte eller lægger beslag på andre (f.eks. kaster sig ind i andres samtale eller leg)

**B. Visse funktionshindrende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet eller uopmærksomhed forelå før 7-årsalderen.**

**C. En eller anden form for funktionsnedsættelse forårsaget af symptomerne foreligger indenfor mindst to områder (f.eks. i skolen/på arbejdet og i hjemmet)**

**D. Der må findes klart belæg for klinisk signifikant funktionsnedsættelse socialt eller i arbejde eller studier.**

**E. Symptomerne forekommer ikke blot i sammenhæng med en gennemgribende forstyrrelse i udviklingen, schizofreni eller et andet psykotisk syndrom og forklares ikke bedre ved en anden psykisk forstyrrelse (f.eks. forstemningssyndrom, angstsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighedsforstyrrelse).**

*Koden baseres på forstyrrelsens form:*

314.01 Hyperaktivitetssyndrom med opmærksomhedsforstyrrelse, i kombinationen F90.0: Både kriterierne A1 og A2 har været opfyldt de sidste seks måneder.

314.00 Hyperaktivitetssyndrom med opmærksomhedsforstyrrelse, hovedsagelig manglende opmærksomhed F98.8: Kriterium A1 har været opfyldt de sidste seks måneder, men ikke kriterium A2.

314.01 Hyperaktivitetssyndrom med opmærksomhedsforstyrrelse, hovedsagelig hyperaktivitet-impulsivitet F90.0: Kriterium A2 har været opfyldt de sidste seks måneder, men ikke kriterium A1.

*Kilde: Gillberg (2000), s. 22-23.*



## Bilag 2: Diagnosekriterier for hyperkinetisk forstyrrelser ifølge ICD-10

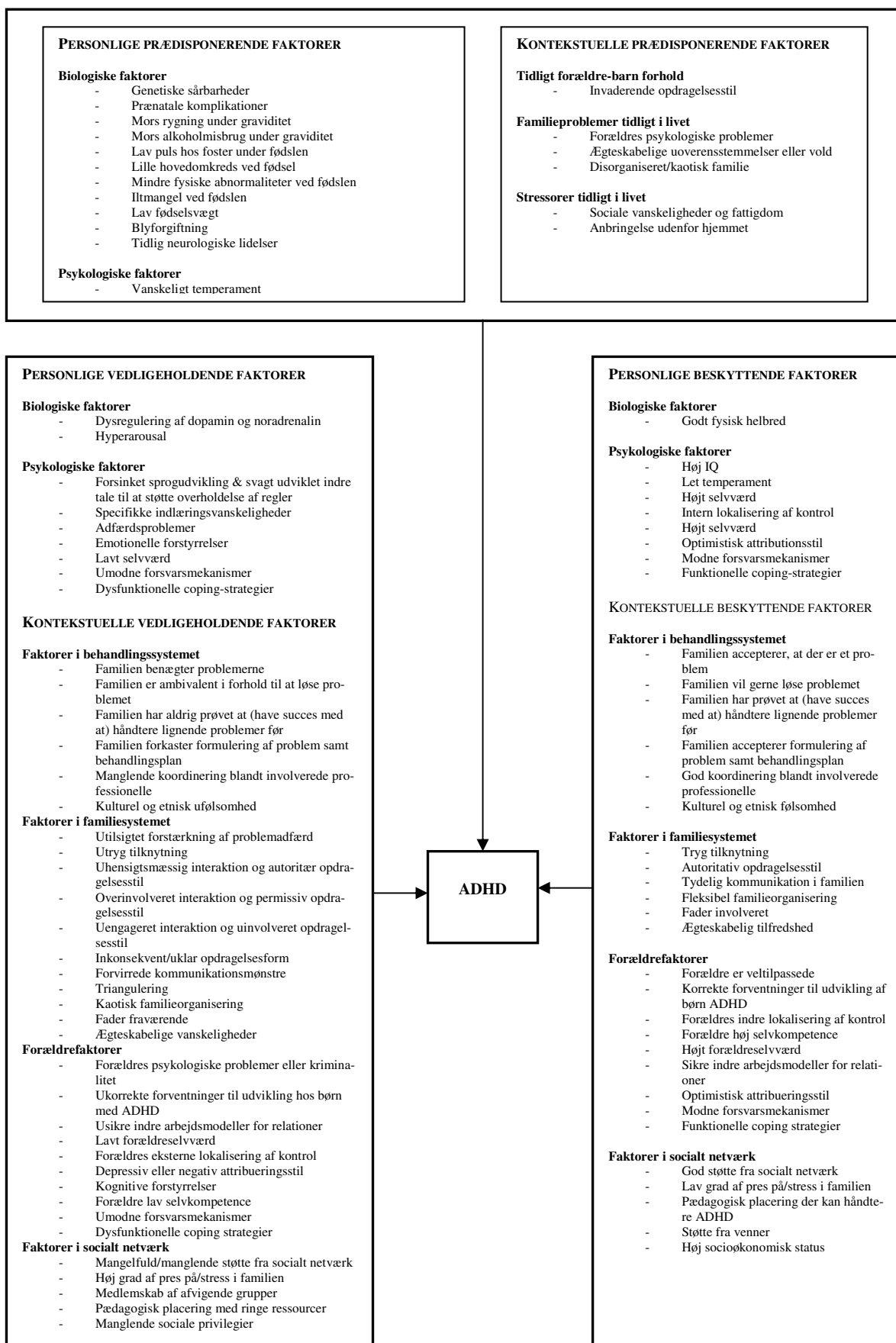
### F90: Hyperkinetiske forstyrrelser

- A. Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med  $\geq 6$  af følgende:
- (1) kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skødesløse fejl
  - (2) kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg
  - (3) synes ikke at høre hvad der bliver sagt
  - (4) kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver
  - (5) kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter
  - (6) undgår eller skyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed
  - (7) mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter
  - (8) lader sig let distrahere af ydre stimuli
  - (9) er glemsom i forbindelse med dagliglivsaktiviteter
- B. Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med  $\geq 3$  af følgende:
- (1) uro i hænder eller fødder, sidder uroligt
  - (2) forlader sin plads i klassen eller ved bordet
  - (3) løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde
  - (4) støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille
  - (5) excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre
- C. Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med  $\geq 1$  af følgende:
- (1) svarer før spørgsmål er afsluttet
  - (2) kan ikke vent på at det bliver deres tur
  - (3) afbryder eller maser sig på
  - (4) taler for meget, uden situationsfornemmelse
- D. Begyndelsesalder  $< 7$  år
- E. Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet såvel som ved klinisk undersøgelse

- F. Forstyrrelserne forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner
- G. Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40-41) og opfylder ikke kriterierne for F84.

*Kilde: WHO ICD-10 (2006) s. 171-172*

## Bilag 3: Alan Carrs faktorer til vurdering af ADHD



Kilde: Carr (2009) s. 442f

## Bilag 4: Tilknytningsmønstre

Tilknytningsmønstre kategoriseres efter metoden ”Strange Situation”. Her observeres samspillet mellem mor og barn i en nøje fastlagt procedure udviklet af Mary Ainsworth til at kategorisere tilknytningstyperne A, B og C. Senere definerede Mary Main tilknytningstype D.

### **Type A: Ængstelig undvigende tilknytning**

- Udgør ca. 20 % af alle børn
- Barnet forventer afvisning og ikke hjælp. Forsøger derfor at klare sig selv.

I ”Strange Situation”:

- Viser kun få tegn på tristhed, når moderen går
- Ignorerer moderen, når hun kommer tilbage
- Behandler ofte fremmede mere venligt end moderen
- Ofte anspændt og hæmmet i sin leg

### **Type B: Tryk tilknytning**

- Udgør ca. 65 % af alle børn
- Stoler på moderen som tryk base for udforskning

I ”Strange Situation”:

- Er ofte ked af det, mens moderen er væk, og søger kontakt med hende, når hun kommer tilbage
- Lader sig trøste af moderen, når hun kommer tilbage, og genoptager så leg
- Leger aktivt og tilfreds

### **Type C: Ambivalent tilknytning**

- Udgør ca. 10-15 %
- Moderen er ofte tilgængelig i nogle perioder og ikke tilgængelig i andre; derfor kan barnet ikke stole, at hun er til rådighed, når barnet har brug for hende. Derfor bliver barnet klynkende og klæbende for at sikre sig mest mulig kontakt fra sin mor.

I "Strange Situation":

- Bliver ked af det, når moderen går
- Er svær at trøste, når moderen kommer tilbage
- Er kontaktsøgende og samtidig aggressiv og modstræbende
- Leg er ofte hæmmet

**Type D: Desorganiseret tilknytning**

- Udgør ca. 15 %
- Ses især hos mishandlede og/eller vanrøgtede børn

I "Strange Situation":

- Har ikke sammenhængende strategi for reaktion, når moderen går
- Udviser også forskellige reaktioner, når moderen kommer tilbage, fx angst, fastfrysning eller ritualiseret, tvangspræget adfærd

*Kilde: Hart (2006) s. 159ff samt Bowlby (2005) s. 137ff.*