

# **Kaos før ankomst?**

Foreldres opplevelse av utfordringer i forhold til adoptivbarn med diagnosen  
Reactive Attachment Disorder  
(RAD)

**Monica Lorentsen Haugesten**

**Veileder**

Velibor Bobo Kovač

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved  
Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen.  
Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de  
metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2012  
Fakultet for Humaniora og Pedagogikk  
Institutt for Pedagogikk

Det du tror om meg,  
slik du er mot meg,  
hvordan du ser på meg,  
slik blir jeg.

M. Jennes

## Forord

Denne oppgaven er et resultat av min interesse for tilknytning. Som datter, mor, lærer og spesielt gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg lært mye om den viktige, tidlige tilknytningen og den livslange, avgjørende betydningen den kan få i våre liv.

I forbindelse med denne masteroppgaven har jeg mange jeg vil takke. Først av alt vil jeg takke spesialistpsykolog Haarklou som var behjelpelig med å bringe tilveie informanter til den empiriske delen av oppgaven.

En takk går også til de fem informantene, som åpent og velvillig delte sine erfaringer, og dermed muliggjorde denne undersøkelsen; dere er modige og sterke mennesker!

Jeg vil også takke min kjære mann, som tålmodig har holdt ut med meg i denne perioden; det er krevende å leve med en som ikke er "helt tilstede", men du har klart dette mesterlig!

En takk går også til mine flotte barn, som bare ved å la meg få være deres mor, i seg selv er en inspirasjonskilde; dere gir livet en enda større dimensjon!

Stor takk går også til mine foreldre, hvor mitt tilknytningsbånd er trygt forankret; dere har vært til uvurderlig støtte, og har heiet meg fram, helt fra starten av! Takk også for innspill og for alle ganger jeg har fått dele mine tanker med dere begge, både tidlig og sent!

En velfortjent takk går til Siv Holt ved Universitetsbiblioteket i Agder, avd. Kristiansand, som mange ganger har hjulpet meg i min søken på artikler og andre skrifter; du er en fantastisk ressurs ved campus!

En spesiell takk går sist, men ikke minst, til min veileder Velibor Bobo Kovač, ved Universitet i Agder, avd. Kristiansand, som alltid har kommet med konstruktive og nyttige råd i sin veiledning; Takk for at du deler din kunnskap og for at du er så grundig og til stede i veiledningen!

Mai, 2012

Monica Lorentsen Haugesten

## **ABSTRACT**

Målet med denne undersøkelsen er å belyse utfordringer knyttet opp mot tap av tilknytning i tidlige barneår hos adoptivbarn, og konsekvensene av dette tapet i de nye familiene de nå lever i. Gjennom forskning og empirisk arbeid er det et spesifikt ønske å gi bedre innsikt i hverdagslige konsekvenser ved diagnosen Reactive Attachment Disorder, (RAD).

Forskning indikerer at forstyrrelse i tilknytningsoppbygningen i de tidlige barneår, er av livsviktig betydning og vil kunne prege og styre kvaliteten på barnets liv. Resultater i undersøkelsen synes å peke i samme retning. Selv om alle barna i dag har trygge og tilsynelatende gode hjem, ser det ut til at angst, aggresjon og avvising overtar hverdagen. Barnas emosjonelle forstyrrelse synes å hindre dem i forhold til sunn tilknytning. Dette forringer blant annet deres sosiale liv. Foreldre og søsken synes, som en direkte konsekvens, også å være berørt, både når det gjelder tap av venner, nedstemthet og svekket livskvalitet. I tillegg er alle familiene bekymret for framtiden, både for barnet og for sin egen.

Samtidig synes det vanskelig for offentlige hjelpeinstanser å være disse familiene til hjelp. Det er derfor et mål at dette studiet skal kunne gi bedre innsikt i familienes problematikk når offentlige hjelpeinstanser er i møte med familier som har slike utfordringer, et møte som familiene ofte har opplevd som en dårlig og vond erfaring.

<b>DEL 1</b> .....	<b>7</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
<u>1.1 Familien, med fokus på adopsjon</u> .....	7
<u>1.2 Hensikt og oppbygning</u> .....	11
<b>2.0 Tilknytningens livslange betydning</b> .....	<b>12</b>
<u>2.1 Tidligere forskning</u> .....	12
<u>2.2 Betydningen av kommunikasjon og trygghet</u> .....	15
<u>2.3 Ainsworths laboratoriearbeid</u> .....	17
<u>2.4 Videreføring og supplering av tilknytningsteori</u> .....	21
<u>2.5 Nyere forskning</u> .....	23
<u>2.6 Mentaliseringsteorien</u> .....	25
2.7 RAD .....	27
<b>3.0 Offentlige hjelpeinstanser i møte med familiene</b> .....	<b>33</b>
<u>3.1 Empati</u> .....	33
<u>3.2 Tillit og likeverd</u> .....	33
<u>3.3 Refleksjon</u> .....	35
<u>3.4 Sorg</u> .....	35
<b>DEL 2</b> .....	<b>37</b>
<b>4.0 Forskningsprosessen</b> .....	<b>37</b>
<u>4.1 Forskningstilnærming og metode</u> .....	37
<u>4.2 Utvalget</u> .....	38
<u>4.3 Dataanalyse</u> .....	40
<b>5.0 Presentasjon av data</b> .....	<b>41</b>
<u>5.1 Emosjonelle utfordringer som svekker tilknytning</u> .....	41
5.1.1 Angst .....	41
5.1.2 Aggresjon .....	45
5.1.3 Avvisning .....	47
<u>5.2 Møte med offentlige hjelpeinstanser</u> .....	49

5.2.1 Barnevernet.....	49
5.2.2 PPT.....	51
5.2.3 Spesialistpsykolog .....	52
5.2.4 Kompetanse .....	53
<u>5.3 Foreldres erfaringer og tanker om fremtiden .....</u>	<u>55</u>
5.3.1 Sorg .....	55
5.3.2 Isolasjon .....	56
5.3.3 Bekymringer for fremtiden .....	58
<b>DEL 3 .....</b>	<b>59</b>
<b>6.0 Drøfting .....</b>	<b>59</b>
<u>6.1 Emosjonelle utfordringer som svekker tilknytning.....</u>	<u>59</u>
<u>6.2 Møtet med offentlige instanser .....</u>	<u>69</u>
<u>6.3 Foreldres erfaringer og tanker om fremtiden .....</u>	<u>74</u>
<b>7.0 Avsluttende punkter .....</b>	<b>78</b>
<u>7.1 Begrensninger .....</u>	<u>78</u>
<u>7.2 Implikasjoner .....</u>	<u>79</u>
<u>7.3 Oppsummering og konklusjon .....</u>	<u>80</u>
<b>8.0 Litteraturliste .....</b>	<b>82</b>
<b>9.0 Vedlegg:</b>	
Vedlegg 1: Skriv fra NSD .....	89
Vedlegg 2: Følg brev .....	90
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	91

## DEL 1

### 1.0 Innledning

#### 1.1 Familien, med fokus på adopsjon

Ideologisk sett er begrepet familie et relativt entydig begrep – en lykkelig enhet bestående av mor, far og etter hvert barn. I en slik ideologi ligger også ambisjonen om et parforhold som skal vare livet ut. Det at vi mennesker ofte dømmes ut i fra vår sosiale identitet, bidrar til at vi tillegges verdi og identitet ut i fra om vi for eksempel har eller ikke har barn (Moxnes, 1990).

De fleste som ønsker seg barn får det omtrent når de ønsker seg det. Det er likevel et faktum at hver 10. i fruktbar alder i Norge er ufriwillige barnløse (Tanbo, 2008). De må dermed finne andre måter å få oppfylt sitt ønske om familie og barn på. Som en følge av dette adopterer flere hundre par i Norge hvert år barn fra utlandet (SSB, 2010). I Norge har juridisk adopsjon foregått siden den første adopsjonslov kom i 1917. Siden den trådte i kraft har ca. 65.000 personer blitt adoptert i Norge (Hognestad & Steenberg, 2000).

Fra 1917 og fram til 1935 var det kun snakk om det som juridisk sett het *svak adopsjon*. Dette innebar at andre overtok ansvaret for et barn, men at barnet var rettsløs i forhold til odell og arv forøvrig. Fra 1935 kunne adoptivforeldrene selv bestemme om de ønsket denne type adopsjon eller alternativt *sterk adopsjon*, som gav barnet arverett på lik linje med biologiske barn (Hognestad og Steenberg, 2000).

I 1953, altså 36 år etter Norge fikk *Lov om adopsjon*, startet Norge for første gang opp med utenlandskadopsjoner (Verdens barn, 2003). Dette innebar at fram til begynnelsen av 1950-årene var fenomenet adopsjon ensbetydende med noe som foregikk innenfor landets grenser. De første utenlandske adopsjonene var private, og som oftest et resultat av at helsearbeidere som tjenestegjorde i krigsområder, for eksempel Korea, tok med seg barn hjem til Norge for helsemessig og medisinsk behandling (Verdens barn, 2003). Mange av disse barna hadde ingenting å vende tilbake til i hjemlandet når behandlingen var ferdig, og de ble derfor adoptert bort til norske familier. Adopsjon foregikk også gjennom norske misjonærer og andre som arbeidet i utlandet. Mellom 1953 og 1969 foregikk alle utenlandske adopsjoner privat, altså uten å være i regi av det offentlige. Fordi disse adopsjonene er dårlig dokumenterte, er det vanskelig å komme med eksakte tall, men det anslås at mellom 300 – 400 barn, ble adoptert på denne måten i denne perioden (Verdens barn, 2003).

I 1956 ble det foretatt en lovendring som fratok kommende adoptivforeldre retten til svak adopsjon. Denne lovendringen understreker at formålet ved adopsjon ikke er å skaffe

barn til en familie, men skaffe familie til et barn. Målet med denne endringen var å gi barnet et varig, omsorgsfullt og trygt hjem, med de samme rettighetene som om barnet var deres biologiske (Lov om adopsjon, 1986). Juridisk sett er det snakk om skifte av *foreldreskap*. Vilkåret for å adoptere er at adopsjonen skal gagne barnet (NOU, 2009). Svak adopsjon kunne ikke i samme grad gjøre det, og heller ikke ivareta og inkludere barnet som fullverdig medlem av familien.

I 1969 startet Norge opp med statlig organisert adopsjonsvirksomhet, og i dag har Norge 3 adopsjonsforeninger. Adopsjonsforum er størst og bistår ved ca. 50 % av adopsjonene. Verdens barn, står for ca. 40 % av adopsjonene, mens Inor Adopt er den minste foreningen, med ca. 10 % av adopsjonene. I tillegg foregår det ca. 5-10 private adopsjoner hvert år (SSB, 2010). I dag er adopsjon mer eller mindre ensbetydende med utenlandsk adopsjon.

Land som Norge adopterer fra, altså barnets fødested, omtales ofte som giverland. Det er de ulike giverlandenes myndigheter, som har ansvar for adopsjonen av barna. De norske myndigheter er nøye i sin godkjenning av giverland, og bygger blant annet på om giverlandene har skrevet under på eller har ratifisert Haag- konvensjonen fra 1993. Dette er med på å sikre internasjonal adopsjon.

Adopsjon er en annen måte å bli foreldre på, og innebærer at man tar til seg et barn og oppdrar det som om det var sitt biologiske. Veien dit kan oppleves lang og kronglete. Mange trenger først tid til å bearbeide det tunge faktum at de ikke er i stand til å sette biologiske spor. Denne delen av prosessen kan for mange være svært tung og kan ta flere år.

For dem som setter i gang med adopsjonsprosessen, venter måneder med utfordringer, hvor man må godkjennes av norske myndigheter. Dette innebærer intervjuer og store mengder papirarbeid. Så begynner ventetiden, en periode hvor mange deltar på adopsjonsforberedende kurs og leser litteratur om adopsjon. Noen finner nye vennskap med andre som også venter på tildeling av barn. I denne perioden er det mange som føler seg ”svanger”, et ”psykologisk svangerskapet” som kan være 3-4 ganger så langt som et biologisk.

I motsetning til biologiske foreldre har adoptivforeldre ikke hatt mulighet til å påvirke barnets liv fram til adopsjonen er et faktum. Det er derfor vanskelig for dem å forutse og forberede seg på hva de har i vente. Veiledningshefte ”Adoptivfamilien” prøver å hjelpe de kommende adoptivforeldrene ved å peke på utfordringer som synes å være vanlige ved adopsjon. Her snakkes det om ” *at man må ha toleranse for ulikhet (...) lære seg noen nye ferdigheter for å hjelpe barnet sitt, (...) åpenhet om selve adopsjonsforholdet - tålmodighet*



*ved regresjon og avvising i den første tilknytnings- og tilpasningsfasen (...) og økt respekt for adoptivbarnas streben etter en trygg basert identitet” (Carli & Dalen, 1997, s. 47).*

Forskning (Carli & Dalen, 1997) og erfaring viser at det er erkjennelsen av at en adoptivfamilie er annerledes enn en biologisk familie som er avgjørende i forhold til utviklingsbetingelsene for barnet. Adoptivforeldre har derfor en relativ stor utfordring i å finne balansen mellom, på den ene siden, å hjelpe barnet ”(...) til å utvikle seg og blomstre (...)” (Carli & Dalen, 1997, s. 47), og på den andre side, å forholde seg åpen til forskjellene barnet står overfor i forhold til andre. I forskning har mange adoptivforeldre satt ord på det som har vært utfordrende og annerledes, men som likevel ikke har hindret dem i å elske sitt adopterte barn like mye som om det var egenfødt (Dalen & Sætersdal, 1988).

I det norske samfunnet må adoptivforeldre, som vet at barnet har gått glipp av viktig tilknytning til dem ved livets begynnelse, kjempe for å gi barnet all mulig kjærlighet og støtte, og å trygge dem. For at dette skal lykkes, og at adopsjon av et barn skal kunne være en god og trygg nyetablering, blir adoptivforeldrenes viktigste oppgave å knytte barnet til seg ved å knytte seg til barnet. Dette er altså den voksnes ansvar og oppgave, ikke barnets (Bowlby, 1973). Med to involverte parter, hvor den ene har et sterkt ønske om barn, og den andre et sterkt behov for foreldre, skal de danne et liv sammen. Det er også sannsynlig at den nye livssituasjonen vil være mer famlende for adoptivforeldre enn hos dem som har kunnet følge sitt barn fra fødselen av (Carli & Dalen, 1997).

Det er etter hvert forsket bredt på forskjellige sider og utfordringer i forhold til adopsjon. Blant annet har det vært forsket mye på det å være adoptert og det å være adoptivforeldre (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, Smith, 2002; Juffer & van IJzendoorn, 2005; van IJzendoorn & Juffer, 2005). Denne forskningen har blant annet omfattet tilknytning (Bowlby, 1969; 1973; 1980), utfordringer i forhold til språkutvikling (Wagner, 2006-07), identitet og utvikling (Brodzinsky, 1996) og adoptivforeldres opplevelser rundt skolestart for barn som har RAD (Fauglied, 2007). Det fins i dag også en god del forskning på viktige komponenter som kan påvirke adoptivbarns kvalitet på videre liv (Bowlby, 1969; Ainsworth, Bell & Stayton, 1971; Easterbrooks, 1989; Cain, 2006).

En systematisering av resultater fra 137 forskningsstudier (Juffer & van IJzendoorn, 2005), som omfatter 30.000 adopterte og 100.000 ikke-adopterte individer, og som strakk seg over 50 år, viste blant annet at utenlandskadopterte klarer seg godt. Denne og annen forskning (van IJzendoorn & Juffer, 2005;), indikerer at adopterte, på tross av utfordringer de har vært igjennom, synes å være på det jevne med befolkningen for øvrig, blant annet når det gjelder utdanning. I tillegg indikerer forskning (Dalen og Rygvold, 1998) at adoptivbarn også ofte har

ressurssterke foreldre med høyere utdanning, og har foreldre som følger opp med lekser og skole mer enn gjennomsnittet. Adoptivforeldre synes også å ha bedre økonomi enn den gjennomsnittlige norske familie.

Likevel er det å adoptere barn naturlig nok ofte forbundet med en del andre utfordringer enn ved biologiske barn, blant annet ved at barnet har vært igjennom minst ett skifte av omsorgspersoner før møtet med sine adoptivforeldre. Selv om barnet kan ha hatt det godt før det ankommer sine nye foreldre, vil det faktum at det finner sted et omsorgsskifte, kunne innebære at barnet føler seg verdiløst og avvist, av en for dem, viktige omsorgspersoner (Bowlby, 1969). Det er ikke uvanlig at et barn, i forbindelse med adopsjon blir tatt fra biologisk mor, midlertidig gitt over til barnehjem/fosterhjem, gjerne via barnevernet og/eller beredskapshjem, for så å få adoptivforeldre. Prosessens mange midlertidige og kanskje tilfeldige omsorgspersoner, øker sjansene for at barnet har opplevd flere relasjoner som avvisende, før det kommer til sine adoptivforeldre. Dette er relasjonserfaringer, som adoptivforeldrene ofte ikke får direkte kjennskap til, ei heller påvirket, men likevel må forholde seg til.

Barnets liv før det ankommer Norge, vil kunne gi seg tilkjenne både kroppslig og emosjonelt på forskjellige måter i møte med sine nye foreldre. Adopterte kan, som følge av den dårlige kvaliteten på tidligere relasjoner, ha utviklet forstyrrelser i forhold til hvordan de i fremtiden klarer å knytte seg til nye. Tilknytningsproblemer som taushet, tristhet, likegyldighet, sinne, aggresjon, tilbaketrukkethet, uregjerlighet, sutring, frustrasjon, rastløshet, hyperaktivitet, mistillit og avvisning er ikke uvanlig (Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 2000).

Det er en stor utfordring å få et barn som allerede før ankomst sine nye foreldre har dårlige relasjonserfaringer med seg. Enda mer utfordrende er det at årsaken til denne ”bagasjen” vil være mer eller mindre ukjent for foreldrene. Adoptivforeldre må nullstille seg i møte med sitt barn – et barn som på ingen måte starter på null. Avvisningene barnet har opplevd før det ankommer sine nye foreldre, kan resultere i at barnet blir skadet emosjonelt i sin tilknytningsevne (Smith, 2002).

Noen adoptivbarn, klarer ikke på tross av nytt og trygt hjem, å knytte seg til sine nye omsorgspersoner på en sunn måte. De kan i stedet selv oppføre seg negativt til nærmest alt foreldrene mener, sier og/eller står for. For noen av barna utvikler dette seg til diagnosen Reactive Attachment Disorder (RAD), på norsk reaktiv tilknytningsforstyrrelse, en diagnose med symptomer som stort sett gjør seg gjeldende innenfor husets fire vegger. Barnet bytter ofte ut tilknytningsadferd med avvisningsadferd i sin relasjon til sine primæromsorgspersoner,

de nye foreldrene. Ute blant andre vil barnet ofte kunne fungere relativt adekvat, og tilknytningsforstyrrelsens symptomer vil derfor ofte være godt ”skjult” for omgivelsene.

## 1.2 Hensikt og oppbygning

Typer av tilknytningsforstyrrelse ser ut til å ha eksplodert de seneste årene (Prior & Glaser, 2006), og blant dem er RAD, en diagnose som er omstridt og som det generelt er dårlig og mangelfull kunnskap om (Goldwyn og Hugh- Jones, 2011; Prior & Glaser, 2006; Accap official action, 2005). Når det gjelder RAD foreligger det lite norsk forskning (Fauglied, 2007; Kvello, 2010). Da RAD-diagnosens symptomer tilsynelatende er usynlig for utenforstående, er det viktig at mange forskjellige røster blir hørt. Dette vil være med på å gi samfunnet vårt et bredere kunnskapsgrunnlag, som igjen kan gi større forståelse for mennesker med lignende utfordringer.

Denne undersøkelsen fokuserer på hjem hvor omsorgspersonene har et *foreldreskap* til barna. Fosterforeldre derimot faller utenfor denne oppgavens interessefelt, dette fordi de på tross av god innsats er ”foreldre på oppsigelse”. Et foreldreskap omfatter adoptivforeldre så vel som biologiske foreldre, men begrenses i denne oppgaven til adoptivforeldre.

Hensikten med undersøkelsen er generelt sett å få en bredere innsikt i familiers utfordringer knyttet opp mot emosjonelle skader hos barn med RAD, som svekker tilknytning. I tillegg er det en målsetting å generere ny kunnskap om adoptivfamiliers opplevelse av utfordringer barnet og familiene står overfor. Mer spesifikt er det, gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer, ønskelig å få innsikt i familienes hverdagsutfordringer, hjemme og ute på sosiale arenaer, og også foreldrenes opplevelse av møtet med offentlige hjelpeinstanser.

Selv om denne oppgaven kun involverer adoptivfamilier, er diagnosen også fremtredende hos blant annet fosterbarn, flyktninger og mishandlede barn (Smith, 2002). Dette indikerer at flere forskjellige hjelpeinstanser møter mennesker med denne diagnosen, og man skulle derfor kunne anta at det forelå betraktelig mer norsk forskning enn det i dag gjør (Smith, 2002). RAD er en tilsynelatende sjelden diagnose (Smith, 2002), og kan ofte by på store utfordringer i forhold til familiedynamikken, da barn med RAD generelt sett har vanskelig for å knytte seg til sine primæromsorgspersoner og å holde på tilknytningen over tid. Det er med denne undersøkelsen et ønske om å tydeliggjøre tilknytningens åpenbare betydning, og konsekvenser av dens kvalitet.

Denne oppgaven er delt i tre hoveddeler, hvorav del 1 består av innledning og forskning knyttet opp mot tilknytning generelt og Reactive Attachment Disorder, RAD,

spesifikt. I tillegg er det et avsnitt om møte mellom mennesker, som i denne oppgaven er rettet mot offentlige hjelpeinstansers møte med disse familiene. I del 2 presenteres metodevalg og presentasjon av resultater. I del 3 er det drøfting og sluttkonklusjon som legges fram.

## **2.0 Tilknytningens livslange betydning**

### 2.1 Tidligere forskning

På 1940-tallet ble barns reaksjoner på separasjon fra foreldrene for første gang formål for vitenskaplige undersøkelser. For eksempel studerte Spitz (1957) barn på ett hittebarnehjem. Her fikk barna dekket alle fysiske behov, men fikk ikke oppleve noen form for kjærlig samspill. Resultatet ble at samtlige barn viste seg å bli deprimerte, oppgitte, tilbaketrukne og syke. Ved slutten av andre leveår hadde barnas livssituasjon resultert i at en tredjedel av barna hadde dødd. Når de som overlevde hadde fylt fire år, var det bare et fåtall av barna som kunne sitte, stå, gå eller prate. Hvis derimot foreldrene hentet barnet sitt innen tre måneder etter fødsel, vendte den negative utviklingen (Spitz, 1957; Bowlby, 1969).

Fram til 1960 var det to dominerende retninger: psykoanalysen på den ene siden og behaviorismen på den andre siden. Disse retningene var uenige om så godt som alt, bortsett fra *hvorfor barnet knytter et sterkt følelsesladet bånd til sin omsorgsperson*, på den tiden omtalt som *mor*, men som gjerne kan være en annen person. Begge retningene, både den psykoanalytiske og den behavioristiske, antok at dette båndet oppstår som følge av at moren matet barnet, altså gjennom ammingen.

Behavioristene anså mat som en ubetinget, ikke tillært positiv stimulus. Vi fødes, vi synes at mat er godt, og vi liker å bli mette. Gjennom positivt ladet assosiasjonsinnlæring vil barnet knytte dette opp til moren, ved at det ønsker å få dekket sitt behov for mat via morens person. For barnet er mor en betinget, innlært, positiv stimulus (Pavlov, 1927; Watson, 1930). Psykoanalytikerne sa i stedet at morens bryst er et delobjekt, som suldriften rettes mot, og selv der, gjennom positiv assosiasjonsinnlæring, kommer dette til å omfatte hele objektet, det vil si moren (Freud, 1977; Bowlby, 1958; Bowlby, 1969; Wennerberg, 2011). For begge disse teoriene var maten det primære, og relasjonen det sekundære. Relasjonen var i følge dem begge innlært, ikke instinktivt.

I begynnelsen av 1960 årene kom det reaksjoner på disse ideene, som gjerne ble betegnet ”*The cover theory of love*” (Bowlby, 1969). Reaksjonene gikk blant annet på at hvis teoriene skulle vise seg å være sanne, nemlig at veien til hjertet går gjennom magen, skulle et barn på 1-2 år villig bli matet av hvem som helst. Dette var ikke tilfelle, og det måtte derfor

finnes et annet svar på spørsmålet om båndet mellom mor og barn. Den, til da, eksisterende forståelsen av tilknytning brukte ord som *avhengighet* og *uavhengighet*. Bowlby, som blir regnet som tilknytningsteoriens far, fordi han var den første som benyttet begrepet *tilknytning* (Hart & Schwartz, 2008), mente det var mer dekkende å bruke begreper som ”*tiltro til, knytte seg til, tillid og selvtillit*” (Bowlby, 1979, s. 125).

I kjølevann av den andre verdenskrigs oppbrudd, atskillelser og evakuerte barn, arbeidet Bowlby med oppbygningen av tilknytningsteorien. Teorien beskriver prosessen hvor barnet forbinder seg til omsorgspersonen, og som igjen fører til dannelsen av personligheten (Hart & Schwartz, 2008). For å forstå mennesker i dag, må man forstå hvilke type livsmiljø og tilværelse man forventer seg at man fødes inn i. Dette kaller Bowlby vår ”Environment of Evolutionary Adaptednes”, (EEA) (Bowlby, 1958; 1969).

Det forelå på 1960-tallet ikke noe særlig med relevante studier av barn observert i deres naturlige miljøer (Smith, 2002), derimot var det mye forskning innenfor etologi, læren om dyrs adferd i sammenheng med deres miljø, som skulle vise seg å være interessant og overførbart til menneskene. Forskning (Bowlby, 1969; Broberg, Granqvist & Ivarsson, 2006; Hrdy, 1999) på dyrenes adferd viste at dyrene har forskjellige adferdssystemer som aktiveres av visse stimuli og deaktiveres av andre stimuli.

I følge disse ideene organiserer adferdssystemet organismens handlinger i visse bestemte mønstre når et adferdssystem tar over. Disse adferdssystemene har gjennom tidene hjulpet oss til å overleve i vår EEA. Barnet fødes altså med dette relasjonelle adferdssystemet som instinktivt driver barnet til å knytte et sterkt følelsesmessig bånd til en primæromsorgsperson, og som siden opprettholder et følelsesmessig og nært forhold til denne personen.

I sine teoriene gjorde Bowlby oppmerksom på at alt vanemessig arbeid som primæromsorgspersonen gjør for sine barn, blir tatt for gitt, dette i en slik grad at man ikke oppdager betydningen av det. Man kan ikke sette en formel på det å være en omsorgsperson for et barn, men det er isteden snakk om en levende menneskelig relasjon som vil forandre begge parters personlighet (Hart & Schwartz, 2008).

Bowlbys tilknytningsteori (Bowlby, 1969), er en framselektert biologisk beskyttelsesmekanisme, som i generasjon etter generasjon har hatt en sterk overlevelsesverdi (Wennerberg, 2011). Individene med det sterkeste instinktive adferdssystemet har overlevd. Menneskets motivasjon er først å overleve barndommens hjelpeløshet. Til å kunne gjøre dette, har vi et adferdssystem som hjelper oss gjennom det, som kalles tilknytningssystemet (Bowlby, 1969).

Bowlby redegjorde for sin tilknytningsteori i tre artikler (Bowlby, 1953; Bowlby, 1961; Bowlby, 1963). Disse munnet senere ut i hans store triologi, Attachment and Loss 1-3 (1969-1981). Utgangspunkt for tilknytningsteorien var at menneske fødes med et relasjonelt motivasjonssystem eller adferdssystem (Bowlby, 1958-1963; Bowlby, 1969). Denne forskning vendte opp ned på tidligere teorier og satte tilknytningspersonen som det essensielle, for at det følelsesmessige båndet skal kunne knyttes, og betydningen av mat og amming som noe marginalt for tilknytning (Bowlby, 1958; Bowlby, 1969; Smith, 2002; Wennerberg, 2011).

Innenfor etologien var det spesielt to forskningsarbeid som vekket interesse. Det ene var arbeidet til Lorenz (Lorenz, 1935; Bowlby, 1953; Bowlby, 1969), som blant annet inneholdt forskning på hva som påvirker vår oppførsel. I denne forskningen var det en nyoppgdagelse at det første andunger og gjessunger ser, etter at de er klekt ut, tror de er deres ”mor”, dette er uavhengig av om det er deres biologiske opphav eller ikke. Dette var interessant for forskeren Lorenz, som testet dette ut, og ble ”mor”. Da han gikk på tur, fulgte andungene etter han, selv om han ikke hadde matet dem. Med andre ord ble ”The cover theory of love” nok en gang kullkastet, i alle fall i andungenes verden. Man hadde funnet noe som antydte et medfødt instinktivt adferdsmønster. Dette mønsteret så ut til å opprettholde en sosial interaksjon mellom medlemmer av en art, uten at det fantes noe forbindende mellomledd. Dette var viktig for Bowlbys forskning og utvikling av tilknytningsteorien (Lorenz, 1935; Bowlby, 1969; Wennerberg, 2011).

Det andre forskningsarbeidet var eksperimenter på nyfødte rhesusaper (Harlow, 1958; Hrdy, 1999). Apene ble plassert i bur, hvor de måtte forholde seg til to ulike typer surrogatmødre. Den ene var en stålkonstruksjon, som av og til porsjonerte ut litt mat. Den andre var en trekonstruksjon overtrukket med mykt tøy, og var oppvarmet innenfra, og som gynget litt på seg, når ungen klynget seg fast, men som ikke gav fra seg noe mat. Det Harlow kunne vise, var at når disse apeungene ble oppskremte, så søkte de seg alle til den surrogatmoren som var laget av tre, som var varm og med mykt stoff utenpå, selv om den ikke gav dem noe mat.

Forskningen (Harlow, 1958) indikerte at apeungenes medfødte instinktive behov også skulle vise seg å strekke seg enda lengre. Når apeunger ble satt sammen med mekanisk konstruerte surrogatmødre, som skjøt ut spriker og som plutselig blåste ut trykkbobler av luft, klenget ungene seg bare enda hardere fast til den eneste tryggheten de kjente til. Selv en mishandlende surrogatmor var altså å foretrekke for apeungene framfor ingen tilknytning. Ungene så kun på én type surrogatmor som verre enn ingen mor i det hele tatt. Det var en

nedkjølt surrogatmor som var konstruert for at den bokstavlig talt skulle være kald som is. Kulden torturerte ungene som kom nær, og ungene valgte derfor heller å sitte alene i et hjørne (Harlow, 1958; Bowlby, 1969; Hrdy, 1999).

Selv om forskere (Bowlby, 1969) var kritiske til Harlows metoder, var funnene som konkluderte med at tilknytning ikke er avhengig av lystfylte assosiasjoner, viktige. I de tidlige teoriene, blant annet hos Sigmund Freud, hadde man ikke hatt noen god forklaring på hvorfor barn knytter seg til andre (Bowlby, 1969). De tidligere teoriene hadde heller ikke noen god forklaring på hvorfor barnet knyttet seg til mishandlende foreldre, også over tid. Dette funnet ble et skifte i forhold til den tidligere psykoanalytiske teorien, og førte forskere fra drifteteori over til objektsrelasjonsteori (Bowlby, 1958/1963; Wennerberg, 2011). En slik omdreining av veivalg var grunnet en klar erkjennelse av at barn har behov for mer enn bare fysisk kontakt for å overleve og utvikle seg normalt (Bowlby, 1958-1963; Bowlby, 1969). Ut fra en slik forståelse defineres tilknytning av mange forskere som den affektive forbindelsen et individ danner i forhold til en spesifikk annen person (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Brandtzæg, Smith, Torsteinson, 2011).

## 2.2 Betydningen av kommunikasjon og trygghet

Etter fødsel forgår det livlig kommunikasjon mellom primæromsorgspersonen og barnet, lenge før språket er kommet til. Tilknytningsrelasjonen *er*, (Bowlby, 1969) ut i fra barnets perspektiv, det samme som overlevelse og liv. Barnet gjør derfor alt som står i sin makt for å opprettholde denne kontakten og minimere avstanden til sin beskytter. Når spedbarnet blir møtt på sine fysiske, psykiske og sosiale behov, er dette med på å trygge barnet.

Primæromsorgspersonene, som oftest er foreldrene, er viktige for at barnet skal oppnå sikker og *trygg base* (Bowlby, 1988). Med trygg base menes plattformen barnet eksplorerer fra, og som det kan komme tilbake til. I trygg forvissning om at det er ønsket velkommen, dekkes fysiske og emosjonelle behov.

Hvis barnet ikke blir møtt med forståelse, og blir engstelig og stresset, vil de benytte seg av sin medfødte reaksjon på separasjon og redsel: *sinne* (Bowlby, 1973 ). Fordi barnet ikke verbalt kan uttrykke sine opplevelser, er det viktig å se etter signaler på tilknytningsatferd hos barnet. Dette kan være instinktive responser som smil, latter, gråt, klenging, eller at barn som krabber, følger etter sin omsorgsperson der det er mulig. Kvaliteten på samspillet mellom omsorgspersonen og barnet er avgjørende for barnets evne til fysisk nærhet og tilknytning også i framtiden (Bowlby, 1969; Broberg, Granqvist & Ivarsson, 2006).

Barnets erfaringer, for eksempel i form av å ha mottatt hjelp, trøst og trygghet fra andre, er med på å danne grunnlaget for kvaliteten på tilknytningen. Om omsorgspersonen for eksempel er emosjonelt tilgjengelig, har en avvisende adferd eller er mer eller mindre fraværende, vil kunne være avgjørende for tilknytningskvaliteten. Kvaliteten på tilknytning kan være både varierende og avgjørende. Ved at omsorgspersonen alltid er der og skaper ”balanse i det ubehaget som ble forårsaket av den umodne homeostasen det [barnet] ble født med” (Erikson, 1981, s. 216), blir omsorgspersonen ”barnets første verdensordning” (Hvarfner, 1988, s. 75).

Barnet kan også gjøre seg den erfaringen at ingen ytring virker på omgivelsene, eller at foreldre bare nødtvungent gir fra seg det barnet skal ha. Det å motta og gi kan skje mekanisk og rutinemessig, eller det kan bli gitt på en måte som gir mottakeren en følelse av å være ønsket. Motta-gi forholdet mellom mor og barn kan også være mer eller mindre koordinert. Når det fungerer, synes interaksjonen å være enkel, men den minste forstyrrelse kan komplisere prosessen, og følgelig også tilknytningen (Erikson, 1988). For at barnet selv skal kunne oppfatte seg som et unikt subjekt, må noen andre først ha sett barnet som unikt (Laing, 1968), ved å møte dem på en adekvat måte.

På grunnlag av tilknytningsrelevante erfaringer barnet gjør seg, danner barnet mentale representasjoner av både seg selv og omsorgspersonene. Disse representasjonene omtales gjerne som indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1969). Utgangspunkt for dette begrepet var tanken om at barnet konstruerer modeller av verden omkring seg, av betydningsfulle personer i barnets liv, av selvet og virkelige erfaringer i forholdet mellom disse elementene. Disse ville i neste omgang være rettesnor for hva barnet erfarer senere. De muliggjør individets selektive oppmerksomhet i omgivelsene så vel som de også forutsier hendelser i framtiden og legger planer for fremtidige gjøremål. Summen av erfaringene vil kunne være faktorer som fremmer eller hemmer barnets indre arbeidsmodeller.

Siden tilknytning følger oss gjennom hele livet (Bowlby, 1969), vil våre tidlige relasjoner gi oss erfaringer som i stor grad vil følge oss. Disse relasjonserfaringene vil prege synet på oss selv og på andre. Som relasjonell skapning kan mennesket på den ene siden ses som fundamentalt styrt av behovet for nærhet med andre mennesker, og på den andre siden av behovet for å skille seg fra andre for derved å skape et individuelt subjekt med en autonom identitet (Wennerberg, 2011). For at tilknytningen skal være av høy kvalitet, må barnet få utløp for sin eksploreringstrang.

Dette betyr at barnet trenger en veksling mellom omsorgsgivers trygge favn og det å prøve seg på egen hånd. Barnets mulighet til eksplorering skyter fart etter at barnet har lært å



gå. Eksploreringssystemet har stor verdi for barnets overlevelsessevne, da det som eksplorerende barn, blir kjent i sitt nærmiljø og lærer seg å bruke de verktøyene som er disponible (Bowlby, 1969). Barnets første sosiale prestasjon er at det kan gi slipp på omsorgsgiver uten ubegrunnet angst. For barnet har omsorgsgiver blitt en ”indre visshet så vel som noe ytre forutsigbart” (Erikson, 1981, s. 216-217).

En persons angst for eksplorering handler ofte ikke om objektiv, reell fare, men om personens vurdering av risiko for fare (Bowlby, 1973). Risikoen for fare oppleves større om man er alene enn om man er sammen med andre. Den beste ”livsforsikring” man kan ha i livet, er en partner som bryr seg (Bowlby, 1973)..

Omsorgspersoner som er tilgjengelig og responderer adekvat på deres barns behov, etablerer den trygghet som er en forutsetning for tilknytning. Dette skaper igjen en trygg base for barnet som skal utforske verden (Bowlby, 1969). Barnet er totalt avhengig av sin omsorgsperson og har behov for å lære å stole på seg selv og sine omgivelser. Det skjer blant annet ved at omgivelsene reagerer positivt på barnets gråt og klage. Gjennom dette opplever barnet, en gjensidighet: det kan påvirke sine omgivelser, og de samme menneskene opptrer regelmessig på samme måte, som igjen skaper forutsigbarhet. Dermed lærer barnet ”å lite på seg selv og på kroppens evne til å møte øyeblikkets krav” (Erikson, 1981, s. 216). Barnet hviler i tillit til at det selv er tilstrekkelig, og at omsorgen vil være der når den trengs.

Ved tidlig utilstrekkelig omsorg, kan en deprivasjon finne sted. Ved deprivasjon menes en forstyrrelse hos barnet i dets forsøk på å forsvare seg. Da aktiveres både barnets redselssystem og tilknytningssystem, som hele tiden samarbeider. Barnets søker seg bort fra potensiell fare, redselsframkallende stimuli, og til trygghetsskapende stimuli. Nærheten til tilknytningssystemet aktiverer tilknytningssystemet, barnet roer seg, redselen reguleres, og barnet kan siden gå tilbake til utforskning (Bowlby, 1958). Bowlby hevder at det her handler om et instinktivt relasjonelt motivasjonssystem, som ikke er innlært, og som er noe helt annet en ”The cover theory of love”

### 2.3 Ainsworths laboratoriearbeid

Ainsworths forskningsgruppe (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971) studerte de ulike formene for adferd i forhold til tilknytning, kalt *tilknytningsadferd*. I motsetning til *tilknytning*, som kan ses som et organisert adferdssystem, er *tilknytningsadferd* ment å skulle hjelpe barnet til å skape og opprettholde nærhet til sin omsorgsperson, og er mest synlig når barnet er utsatt for indre press som: trøtt og sulten eller omsorgspersonen ikke er tilgjengelig (Bowlby, 1969).

Gjennom laboratorieobservasjoner ble tilknytningsteorien om at tilknytningsadferden er universell og finnes hos alle barn, til (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971). Ved fødsel er vi alle skapt med mange mulige mønstervarianter. De fleste av disse mønstrene er innenfor mental helse (Bowlby, 1973). Allerede i andre levehalvår er barnet i stand til å reagere fleksibelt, både i forhold til ytre omstendigheter, tilknytningspersonens tilgjengelighet og i forhold til hva tilknytningspersonen vil gjøre. Forskningsgruppen (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971) utarbeidet laboratorieobservasjoner som ble kalt "the Strange Situation" (SS), som er oppbygd av 8 forskjellige episoder, på til sammen 21 minutter. Situasjonen hadde tre aktører: mor med barn på ca et år, og en fremmed. I løpet av de 8 episodene varierer innholdet i forhold til hvem som er til stede i laboratoriet. Barnets reaksjon på mors veksling mellom tilstedeværelse og fravær, og barnets reaksjon i forhold til den fremmede, dannet grunnlaget for utarbeidelsen av en teori om organiserte tilknytningsmønstre. Disse episodene kan ses som en slags mikrovariant av ikke-traumatisk art, vedrørende separasjonsstudier (Wennerberg, 2011).

Det viste seg å være stor forskjell i adferdsmønsteret hos et trygt barn sammenlignet med et utrygt. Det trygge barnet ble tydelig glad for å se moren igjen. Barnet vendte blikket sitt mot moren, krabbe/gikk mot henne, og ble tydelig trøstet ved å bli tatt opp av henne. Barnet ble også fort trygget, og begynte å leke og eksplorere ganske raskt igjen (Ainsworth, 1971). Det engstelige barnet reagerte på én av to måter. Den ene måten var at selv om barnet vendte seg mot sin mor, viste det en tydelig ambivalens i forholdet. Det både ville og ikke ville bli trøstet av henne. Her var der en liten overrepresentasjon av jenter (Smith, 2002). Det andre reaksjonsmønsteret var at barnet vendte seg vekk fra sin mor da det så henne komme tilbake. Her var det en liten overrepresentasjon av gutter (Smith, 2002). Ut fra dette sluttet Ainsworths forskningsgruppe seg til at det var tre organiserte mønstre i forbindelse med tilknytning. Tilknytningsmønstrene kartla om barnet hadde en god balanse i vekslingen mellom det kjente/trygge og barnets utforskning. De tre mønstrene er:

- 1) Det trygge tilknytningsmønsteret
- 2) Det engstelige avvisende mønsteret
- 3) Det engstelige ambivalente mønsteret (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971).

Alle disse tre tilknytningsmønstrene kvalifiseres som *gode nok* (Winnicott, 1983) fordi disse mønstrene gir barnet mulighet til å benytte seg av en strategi, og den trygge tilknytningen er den mest adaptive. Forskningsgruppen (Ainsworth et al., 1971) mente å kunne påvise at det var *variasjoner* i det tidlige samspillet mellom tilknytningspersonen og barnet, som avgjorde

forskjeller i fremmedsituasjonen (Smith, 2002). Det er altså balansen mellom tilknytning og eksplorering som er avgjørende for utfallet (Ainsworth et al., 1971; Safran og Muran, 2000). Foreldrenes rolle er å være tilgjengelig, oppmuntre, respondere og om nødvendig hjelpe barnet (Bowlby, 1988). En tilknytningsperson kan selvfølgelig også ha andre roller, som for eksempel være lekekamerat og oppdrager (Bowlby, 1969).

Vekslingen mellom trygg base og utforskning er viktig for et lite barn på 1-2 år. Små barn foretrekker som regel trøst av sin primæromsorgsperson, og vil derfor ved å benytte seg av emosjoner, koordinere/justere adferden og stabilisere kvaliteten på tilknytning. Hos barn som har opplevd trygghet, og har som mål å oppleve det igjen, kan emosjoner bidra til at adferden tilpasses slik at trygghet oppnås (Bowlby, 1979).

Et barn på 5 år veksler også mellom eksplorering og trygg base, når det går til skolen og etterpå vender hjem igjen. Hvordan omsorgspersonen responderer på gjensyn med barnet, er viktig for hvordan barnet opplever seg selv. Fordi barnet speiler seg i sin omsorgsperson, og ut i fra det opplever seg ønsket/ ikke ønsket, vil et *tilknytningsbånd* dannes eller utebli.

Med tilknytningsbånd forstår man ”*den følelsesmessige tilknytningen*” (Smith, 2002, s. 25). Dette båndet er en individegenskap og en tiltrekning mot et annet menneske. Den andre oppleves som sterkere og mer erfaren enn seg selv. Det er altså ikke snakk om en kvalitet *mellom* barnet og den voksne. I tilknytningsbåndet eksisterer det individuelle forskjeller i forhold til kvalitet i motsetning til styrke. Det vanlige er at barn er tilknyttet sine foreldre, ikke at foreldrene er tilknyttet sine barn (Smith, 2002).

Når barnet blir eldre vil kanskje eksploreringen innebære at barnet er borte en helg, for så å returnere. Selv voksne eksplorerer når de for eksempel drar på jobb og vender tilbake til hjemmet sitt etterpå. Det faktum at man har noe å vende tilbake til er en viktig grunn til at man i alle aldersgrupper eksplorerer. Eksplorering er altså noe som skjer gjennom hele livet (Bowlby, 1988). Fordi man har tilknytningsbånd som utgjør trygg base, så motiveres man for stadig å ønske denne vekslingen mellom det kjente og det ukjente (Bowlby, 1969; Bowlby 1973; Bowlby 1988)

Som viktig funn i undersøkelsen fant man ut at ¼ av barna i SS oppførte seg på en helt uventet måte (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971). Forskningen resulterte i klassifisering av kvaliteten på tilknytning mellom omsorgsgiver og barn i tre typer. Her fikk typeplasseringen en viktig rolle, som forskergruppen mente kunne si noe om kvaliteten på den følelsesmessige tilknytningen barna ville erfare senere i livet (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971). Disse observasjonene som ble gjort, gjorde det mulig å studere barns strategier for affektsregulering når tilknytningssystemet ble aktivert. Det viste også at båndet som finnes mellom mor og

barn, og som ikke finnes mellom barnet og den fremmede, gjør det helt klart at forholdet dem i mellom er unikt og spesielt.

Med dette for øye fant man fram til strategiske handlingsmønstre hos barn som blir utsatt for atskillelse fra sin primæromsorgsperson. Denne tilknytningsadferden aktiveres og deaktiveres ettersom den er periodisk tilbakevendende. Omstendighetene er avgjørende i forhold til hvor sterkt et barn viser tilknytningsadferd. Adferdens biologiske funksjon er å verne barnet i deres sårbare situasjoner når farer truer (Ainsworth, 1971; Brandtzæg, Smith, Torsteinson, 2011). Likevel er ikke synlige tilknytningskomponenter ensbetydende med at det eksisterer et tilknytningsbånd. Tap av en venn oppleves for eksempel ikke like opprivende som tap av en tilknytningsperson (Bowlby, 1969). Et annet eksempel er at når et barn nærmer seg en voksen, kan dette både være uttrykk for tilknytningsadferd og eksplorering, eller bare en form for eksplorering.

Tilknytningsadferd er situasjonsbetinget, mens tilknytningsbåndet er vedvarende uavhengig av om tilknytningsadferden er synlig eller ikke (Smith, 2002). Tilknytningsbåndet reflekterer ikke bare ett aspekt ved tilknytningsrelasjonen: forholdet rundt barnets adferd i forhold til omsorg og trygghet i forbindelse med stress/fare, men også at menneskets redsel må ses som dobbeltrettet, ved at vi løper *fra* det som skremmer oss, og *til* det som kan gjøre oss trygge (Bowlby, 1958; Bowlby, 1969; Hesse & Main, 2000).

Det antas at barnet i det første leveåret innehar et lite hierarki av influerende omsorgspersoner. De fleste barn har også kapasitet til å knytte seg opp mot mer enn en person. Dette støttes av mange empiriske studier (Ainsworth, 1967; Schaffer & Emerson, 1964). For et spedbarn vil flere former for interaksjon i forbindelse med stell og omsorg, utgjøre viktige faktorer i forhold til hvem barnet oppfatter som tilknytningsperson. Det er derfor naturlig at det i de fleste tilfellene er foreldre, søsken og nær familie, som er de første tilknytningspersonene i et spedbarns liv.

Hvis én eller flere avgjørende deprivasjoner har funnet sted i barnets liv, vil det kunne føre til fravær av tilknytningsbånd, og balansen mellom utforskning og tilknytning vil være dårlig (Ainsworth, 1989). Dette vil vise seg i ikke-adekvat sosial adferd. Hvis omsorgspersonen heller ser sine egne behov, mistes gjensidigheten. Gjensidighet er en forutsetning for at barnet skal kunne fortsette å være i en tilknytningsprosess. Fysiske og psykiske behov må tilfredsstilles for at barnet skal utvikle trygghet og grunnleggende tillit (Smith, 2002). Fordi barnets erfaringer av tillit eller mistillit vil være noe barnet bærer med seg videre i møte med andre mennesker, og fordi det kan være vanskelig å rette opp tidligere

skader (Erikson, 1970), vil det for barnet være mest tjenelig å etablere tilknytning og tillit så tidlig som mulig i livet.

Tilknytningsbåndet er ett av mange hengivenhetsbånd mennesket i løpet av livet danner seg. Det trekkes fram 5 kjennetegn i forbindelse med hengivenhetsbånd (Ainsworth, 1989):

- 1) Hengivenhetsbåndet er ikke av kort varighet, men er vedvarende.
- 2) Båndet er knyttet opp mot én bestemt person, og kan ikke skiftes ut med andre.
- 3) Relasjonen må være av emosjonell betydning.
- 4) Det må for individet være ønskelig å ha kontakt med denne personen
- 5) Hvis individet ikke oppnår ønskelig kontakt, gir dette individet en emosjonell uro.

I tillegg legges det fram et 6. kjennetegn som bare gjelder tilknytningsbåndet: individets søken etter trygghet og trøst i relasjon til en annen (Ainsworth, 1971; Smith, 2002).

Av dette kan en slutte at den sunne relasjonen mellom barn og foreldre er at foreldrene har hengivenhetsbånd til sine barn, mens barnet har tilknytningsbånd til sine foreldre. Smith (2002) sier at det nesten alltid er snakk om patologi hvis foreldrene søker sin trygghet hos barnet. Ut i fra den tillit barnet har til seg selv og til at omgivelsene er gode, vil de kunne si ja til livet. Men det vil også lære seg å kunne si nei (Hvarfner, 1988).

I dette ligger spiren til et selvstendig, autonomt menneske. Barnet oppfordres til ”å stå på egne ben” (Erikson, 1981, s. 221), men det må også spares for de mange nederlagsopplevelsene som medfører frykt for egne handlingsimpulser. Stilt overfor opplevelsen av egen vanmakt, blir det vanskelig for barnet å opprettholde eksploringstrangen, eller ekspansjonstrangen, som Erikson (1981) kalte det. Slike opplevelser kan fikses i barnets psyke, hvilket vil svekke muligheten for en kvalitativt god tilknytning. Det betyr også at i lignende livssituasjon senere vil samme vanmaktsopplevelse kunne vekkes til live, og at personen i voksen alder kan komme til å regrediere til et infantilt reaksjonsmønster. Barnet kan også komme til å utvikle en karakter som preges av overdrevet tilbakeholdenhet både hva ord, ømhet, tid og penger angår, eller en grenseløs ødsling og løssluppenhet (Erikson, 1988).

## 2.4 Videreføring og supplerings av tilknytnings teori

Utover på 1970 og 1980-tallet så forskere behov for å komplettere Bowlbys ideer og Ainsworths modell. Dette fordi mange barn ikke kunne klassifiseres innenfor de tre tilknytningsmønstre, og forskere så det som utilfredsstillende bare å klassifisere disse som

”uklassifiserbare” på grunn av sterk avvikende adferd. Ainsworths tre mønstre ble av forskere (Main & Solomon, 1990) sett på som for ”grovmasket”, og vurdert som en modell som ikke klarte å fange opp mer subtile tegn på traumatisering (Wennerberg, 2011).

Main og Solomon (1990) begynte derfor å kartlegge denne gruppen og forventet å finne mange nye mønstre, noe de ikke gjorde. Barna de kartla, viste seg ikke å ha egne enhetlige adferdsmønstre. Likevel ble det gjort funn som viste fellestrekk som, for eksempel at tilknytningsadferd plutselig ble forstyrret av desorganisert adferd når foreldrene var til stede. Dette funnet kvalifiserte ikke til et eget mønster, men heller til et fravær av mønster, og inneholder desorganisert adferd i kombinasjon med en av de tre organiserte mønstrene.

Den desorganiserte tilknytningen er et resultat av at foreldrene har abdisert i sin foreldrerolle, og ikke er *gode nok* (Winnicott, 1983). Disse barna klarer ikke å opprettholde en adferdsmessig og mental strategi for å håndtere stress. Stresset i fremmedsituasjonen aktiverer deres redselssystem, og det er da et fravær av en samlet tilknytningsstrategi kommer for dagen. Denne form for tilknytning blir også sett på som den mest alvorlige formen for tilknytning, blant annet fordi barnets adferdsstrategi nærmest kollapser under motstridende impulser, som for eksempel at å nærme seg eller det å trekke seg vekk fra foreldrene (Wennerberg, 2011). Den må derfor ses som en tilknytningsform ved siden av de tre organiserte tilknytningsmønstrene: desorganisert tilknytning.

Barn som kom under denne kategorien, kunne blant annet være mishandlede og neglisjerte barn. Gruppen var likevel ikke homogen, på den måten at alle barn bevisst var påført skader og av den grunn hadde utviklet en desorganisert tilknytning. Gruppen besto også av barn med foreldre som for eksempel hadde ubearbeidede traumer og depresjoner, og som de derfor utilsiktet hadde overført til barnet gjennom ulike subtile avvik i omsorgsadferden. Det vil si at forelderen som er den eneste trygge plassen i tilværelsen til et lite barn, er truende for barnet.

Barn med slike opplevelser viser konfliktadferd (Wennerberg, 2011), og i forskning (Main et al., 1990) beskrives dette som et skrekkinngytende biologisk paradoks for barnet. Når det kjenner på denne redselen, så kommer tilknytningssystemet instinktivt til å drive barnet til å nærme seg forelderen. For det desorganiserte barnet får dette den evolusjonært uforutsette konsekvens at det øker barnets redsel, og da vil barnet prøve å unngå primæromsorgspersonen, og bevege seg bort. Men i en situasjon hvor barnets redselssystem er aktivert, så er øket avstand til foreldre en naturlig ledetråd til fare. Dette skaper en desorganisert rundgang, som gjør at barnets adferdssystem og strategi bryter sammen. Denne desorganiserte prosessen blir: a) den impulsive handlingen å nærme seg forelderen, b) barnet

drar seg dermed unna, c) ingen adferdsmønster tar helt over. Kjernen i desorganisert tilknytning er derfor at barnet ikke klarer å opprettholde en organisert strategi, verken deaktivierende, som barn med avvisende tilknytning har, eller hyperaktiverende som barn med ambivalent tilknytning har (Main & Solomon, 1990; Main, 2000).

Samtidig som Mains forskningsgruppe etablerte teori om den uorganiserte tilknytningen, ble det også utarbeidet intervjuguide for foreldre til barn med uorganisert tilknytning, Adult Attachment Interview (AAI). Dette for å kunne forstå opphavet til den desorganiserte tilknytningen hos barnet. I disse AAI-intervjuene fant forskningsgruppen ut at foreldrene, under intervju, ofte snakket på underlige, bisarre og avvikende måter. Dette var særlig tydelig når de ble spurt om egne opplevelser i forhold til tap eller traumer. Disse funnene gav forskerne et spor i retning av at det kunne handle om ikke-bearbeidede traumatiske opplevelser hos foreldrene, som på en eller annen måte overførtes barnet (Main, Hesse og Goldwyn, 2008). Kvaliteten på tilknytningen til denne gruppe barn er av lavere kvalitet, da de er blitt forstyrret eller skadet i sin mulighet til utvikling og etablering av tilknytning.

## 2.5 Nyere forskning

Forskning (Henriksen, 2010) indikerer at gravide mødres livssituasjon under svangerskapet kan påvirke barnet på flere felt, og gi barnet varige skader. Konsekvensene av dette kan være mange, alvorlige og livslange. Blant annet kan dette medføre at barnets mentale utvikling forstyrres. Samme konsekvens kan skje hvis den gravide er utsatt for betydelig stress (Henriksen, 2010).

Ingen andre perioder i livet ligner den i fosterstadiet, og barnet vil, uavhengig av gener, samle avgjørende erfaringer i forhold til livskvalitet, som for eksempel kan påvirke helse og sykdom helt inn i alderdommen. Forskning (Henriksen, 2010) indikerer at barnets første interaksjon inntreffer før barnet er født, altså mens barnet er foster i mors liv. Denne perioden danner de første spirene til interaksjonen dem i mellom, en interaksjon som kan hemme så vel som fremme tilknytningen. I tillegg poengteres det at noe av det som legges fram som funn i denne forskningen er at bare små endringer i genenes aktivitetsnivå i fosterlivet kan få betydning, først langt inn i voksenalder. Hvordan den epigenetiske reguleringen styres hos hver enkelt av oss viser seg å være viktigere enn hvilke gener vi har (Henriksen, 2010). I tillegg indikerer forskning (Rygård, 1998; Henriksen, 2010) at livet i mors mage er avgjørende også for hjernens tidlige utvikling.

For et nyfødt barn er kontakten med primæromsorgspersonen ikke bare ønskelig, men livsnødvendig. Siden barnet fødes nærmest uten hjernebark, fungerer foreldrene som deres

stedfortredende hjernebark, som barnet stoler på. Barnet kan ikke avgjøre hva som er farlig og hva som ikke er farlig. Trygge tilknytningsrelasjoner gjenkjennes ved at foreldrene minimerer negative affektssituasjoner og maksimerer positive (Wennerberg, 2011). Barnet skånes da blant annet for redsel.

Ca. 10 dager etter fødselen vil den nyfødte foretrekke morens lukt framfor andres. Bare 3 uker gammel kan barnet gjenkjenne og skjelne mors stemme fra andre stemmer. Tilsvarende diskriminering ved hjelp av synet kommer først senere. Den første kontakten og barnets signaler etter fødselen danner grunnlaget for det som skal bli et gjensidig forhold. Dette innebærer en utvikling av kontakt, sosialt samspill og læring. I andre halvdel av første leveår etableres tilknytningen og barnet er da svært diskriminerende (DeCasper & Fifer, 1980).

Når det gjelder graden av barnets mulige fortrolige forhold, deres selvforståelse og psykiske helse, er det i dag stor enighet om at forskjeller i barnets tilknytningstrygghet til sine nære omsorgspersoner, har betydelige implikasjoner (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). En ettåring kan nærme seg en ukjent, men vennlig voksen, og samtidig ved emosjonell uro vise sterk preferanse for moren. Hvis barnets primæromsorgsperson derimot ikke er tilgjengelig, vil de fleste småbarn godta trøst fra en annen tilknytningsperson (Rutter, 1981).

Det ser ut til å være fire viktige faktorer som er av stor betydning i forhold til hva som bestemmer hvordan hierarkiet ser ut: tid brukt på oppmerksomhet rettet mot barnet, kvalitet på samværet, emosjonell investering (Colin, 1996) og gjentatt tilstedeværelse over tid (Cassidy, 1999; Smith, 2002).

Fagfolk på dette området er i dag stort sett enige i at god omsorg oppstår når barnets signaler blir besvart på en slik måte at barnet føler seg forstått og ivaretatt, og at omsorgsgiver er fysisk og emosjonelt tilgjengelig for barnet (Henriksen, 2010; Smith, 2002; Bowlby, 1973). Når barnet blir møtt på sine behov, vil det også kunne ta del i sosiale samspill med denne personen (Rygård, 2006). Barn som opplever positiv tilknytning til ett menneske, knytter seg også lettere igjen på nytt til en annen. Trygghet er viktig og nødvendig for all læring og sosialisering, og etablerer barnets mulighet til å kunne knytte seg til andre (Carli og Dalen, 1997). Det motsatte kan derimot være et faktum hvis avgjørende deprivasjon har funnet sted. Man kan si at følelsen av tilhørighet danner grunnlaget for tilknytning.

Forskning indikerer at et nyfødt barn ligner mer på første halvdel av en roman enn et blankt ark (Henriksen, 2010). Erfaringene fra denne første interaksjonen mellom foster og biologisk mor, ville dermed være erfaringer som skal vise seg å kunne sette varige spor i



barnet. De forskjellige former for tilknytning ”arves” ofte gjennom sosiale miljøer. Det gjelder både trygg tilknytning (trygg base) og avvikende tilknytning.

*” En trygg tilknytning avfører høy selvtilit, mindre hjelpeløshet og større beredskap til å inngå i tilfredsstillende relasjoner med andre mennesker, som utgjør en trygg base som man kan undersøke verden ut fra og søke tilbake til når man blir urolig, engstelig eller trett (Hart & Schwartz, 2008, s 67).*

Viktigheten av en persons tilknytning viser seg ved at den tilknytningskvaliteten en person har, lettere overføres til neste generasjon. Evang sier at *”Voksne med trygg tilknytting har tre til fire ganger så stor sjanse til å ha barn som får trygg tilknytting, sammenliknet med foreldre med en eller annen form for utrygg tilknytting”* (2010, s. 200).

Derimot brudd, neglisjering og forsømmelse som barnet har erfart, kan få barnet til å føle seg verdiløst og avvist, og føre til tilknytningsforstyrrelse. I ettertid kan barnet komme til å slite med erfaringene de gjorde seg i den førspråklige fasen. De kan få problemer med å forholde seg språklig til disse tilknytningsforstyrrelsene når de får språk. Dette skyldes at erfaringene ble lagret før barnet hadde språk, og derfor er lagret som en språkløs erfaring (Haarklou, 1998; Haarklou, 2008).

Barnets kvalitetserfaringer er noe barnet bærer med seg videre i møte med andre mennesker. Omfanget og graden av erfaringer er med på å danne grunnlaget for relasjonskvaliteten til barnet. Det er viktig at disse relasjonskvalitetene er utviklingsfremmende, og ikke utviklingshemmende (Erikson, 1981). Det er også viktig at tilknytning av god kvalitet finner sted, og at et godt tilknytningssystem etableres allerede fra starten.

## 2.6 Mentaliseringsteorien

En slags videreutvikling av tilknytningsteorien er mentaliseringsteorien, som også gir en bredere definisjon. Det er en moderne teori om tilknytning som har sitt utgangspunkt i menneskets intersubjektivitet. Det vil si det faktum at vi kan kommunisere med hverandre om det som skjer inni oss. Allen (2006, s. 23) sier:

*”(...) i sin høyeste utviklende form muliggjør mentalisering intimitet, en varm følelse av å være knyttet til et annet menneskes virkelighet (...) I dette perspektivet er mentalisering noe mer enn en ferdighet; det er en dyd, en kjærlig handling (...) Det innebærer ikke at vi i vår hengivne streben etter å forstå, kommer til å elske alt vi ser. Det er tvert imot slik at mentalisering i dens høyeste form overskuer hele bredden av vår menneskelighet og umenneskelighet”.*

Det er med andre ord snakk om noe vi gjør gjennom avlesning av våre affektive ansiktsuttrykk, stemme og tone, alle mulige typer av ikke-verbal følelsesmessige kommunikasjon, i tillegg til verbal kommunikasjon (Allen, 2006). Ved mentalisering menes vår mulighet til å kunne forstå oss selv og andre ut i fra vår indre mentale tilstander, som tanker, følelser, impulser, behov og ønsker (Allen, 2006). Mentaliseringsevnen brukes til, på dypet, å forstå og regulere følelser og indre tilstander. Våre erfaringer er satt inn i det selvbiografiske minnet. Den fullt utviklede mentaliseringsevnen kan beskrives som en trygg tilknytningsrelasjon forvandlet til indre mental struktur. Barnet inkorporerer sine foreldres kjærlige, mentaliserende holdning.

*”Evnen til mentalisering kan beskrives som den fullt ut utviklede menneskelige intersubjektiviteten”* (Wennerberg, 2011, s. 103).

Fysisk vern, som er tilknytningsadferdens opprinnelige funksjon, er ikke tilstrekkelig for det nyfødte barnet. Forskere (Fonagy & Target, 2006) hevder at tilknytningssystemets evolusjonære rolle er endret av den menneskelige intersubjektiviteten. Den menneskelige tilknytningens hensikt blir dermed å sikre prosessene i hjernen som danner grunnlaget for at den sosiale kognisjonen organiseres og forbedres på en slik måte at barnet blir godt rustet for samarbeidseksistens med andre.

Mentaliseringen er ikke medfødt, men det kreves et mentaliserende samarbeid med andre over flere år for å kunne utvikle denne evnen (Allen, 2006). Det er også den som ligger til grunn for vår mulighet til at vi blant annet kan fungere i gruppesamarbeid, og som gjør at vi kan akkumulere kunnskap over generasjoner. Vi trenger altså ikke lære oss alt på nytt i hver generasjon, som dyrene må, vi kan akkumulere kunnskapen, fordi vi kan høste av den kunnskap som andre har ervervet seg før oss, og gjøre den til vår. Evnen til å kunne stå i andres mentale ”sko”, kalles mentaliseringsevnen (Allen, 2006).

Det som man har funnet ut i tilknytningsforskningen og som virker å være mest avgjørende for den menneskelige tilknytningen, og det som kan forutsi trygg tilknytning hos barnet, er foreldrenes evne til å forstå barnet *rett* (Allen, 2006; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Wennerberg, 2011). Barnet må forstås som en mental skapning, med psykologisk dybde. Barnets behov er å bli oppfattet som en mental agent, med evne til handling med utgangspunkt i indre intensjonell tilstand. Det betyr at tilknytning i høy grad handler om psykologisk nærhet. Det handler ikke bare om punktvis regulering av redselsreaksjoner gjennom fysisk nærhet, som fokuset lå på i den tidligere tilknytningsteorien (Wennerberg, 2011). Det handler om de kontinuerlige relasjonelle prosesser mellom foreldre og barn,

inkludert positivt samspill fylt av glede. Balanse mellom nær tilknytning og autonomi, handler også om balansen mellom selvregulering og interaktiv regulering (Safran og Muran, 2000; Allen, 2006; Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Wennerberg, 2011).

Balansen mellom tilknytning og autonomi er noe mange adoptivbarn sliter med. Tilknytningsproblematikken er derfor også sentral i en del adopsjonslitteratur. Adoptivforeldre forteller om adopterte barn som på grunn av manglende trygghet i tidlig barneår, sliter selv om de har fått nye foreldre og et tilsynelatende godt liv (Øhren, 1995; Ågedal, 2000). En del adoptivbarn har ubearbejdede traumer og er med det svekket på det emosjonelle plan. Barn som er følelsesmessig skadet tar lite hensyn til egne indre behov og omgivelsenes ytre (Carli og Dalen, 1997). Dette vil blant annet kunne påvirke deres evne til tilknytning, vise empati og inneha et sunt selvilde (Smith, 2002). For noen barn vil dårlige tilknytningsrelasjoner føre til at barnets mentale utvikling er forstyrret og skadet. For noen av dem vil dette kvalifisere til den alvorlige diagnosen reaktiv tilknytnings forstyrrelse, RAD.

## 2.7 RAD

RAD fremstår som en tilknytningsforstyrrelse det er mangelfull forståelse for (Goldwyn & Hugh-Jones, 2011). Barn med denne diagnosen har blant annet vanskelig for å danne varige relasjoner med andre (Rygård, 2006). RAD er definert som

*”A mental health disorder in which markedly disturbed and developmentally inappropriate social relatedness is noted in most contexts and that begins before five years of age in association with grossly pathological care”* (Cain, 2006, s. 194).

Dette er ofte et resultat av brudd i tilknytning i spedbarnsalder eller neglisjering/mishandling av barnet fra omsorgspersonen (Cain, 2006). Barna har vanligvis vært utsatt for ulike risikofaktorer som gjør dem særskilt sårbare for å utvikle psykologiske problemer (Harden, 2004; Mc Intyre & Keesler, 1986; Rosenfeld, Pilowsky, Thorpe, Fein & Simms, 1997). Typiske risikofaktorer i tidlige barneår er for eksempel psykisk, emosjonell eller seksuell mishandling. Andre faktorer kan være vanskjøtsel, plutselig separasjon fra primæromsorgsperson, utilstrekkelig barnepass, kronisk depresjon hos omsorgsperson, omplasseringer med bytte av omsorgspersoner og omsorgspersoner med liten evne til å kunne beskytte, pleie og gi kjærlighet (Emerson, 2005). Barn som er i faresonen for å utvikle RAD er alt fra fosterbarn, adoptivbarn, neglisjerte og vannskjøte barn og flyktninge- og asylbarn (Smith, 2002).

I den systematiske sykdomslæren har kriteriene for klinisk forstyrrelse av tilknytning en relativ kort historikk. Som diagnose ble *reaktive tilknytningsforstyrrelse* første gang presentert i tredje utgave av den amerikanske psykiaterforeningens diagnosemanual, DSM-III, i 1980 (Smith, 2002; Cain, 2006). I denne manualen ble det lagt vekt på at barnet skulle ha vist både dårlig vektøkningsskurve uten kjent grunn i tillegg til sosial responsivitet mangel. I tillegg ble det slått fast at tegnene på avvik skulle ha forekommet før 8 måneders alderen. Da barns tilknytning ikke er tydelig etablert før 12 måneders alderen, ble dette korrigert i den reviderte utgave som kom i 1987 (DSM-III- R 1987) og 8 måneder ble utvidet til 5 år (Smith, 2002).

Norge forholder seg stort sett til World Health Organization, og deres beskrivelse av RAD-diagnosen:

” WHO: F94.1Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen

*Forstyrrelsen begynner i de første fem leveårene, og kjennetegnes ved vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønster. Tilstanden er forbundet med følelsesmessig forstyrrelse, og er påvirkelig av forandringer i miljøet. Da sees f.eks fryktsomhet og økt vaksomhet, dårlig sosialt samspill med jevnaldrende, aggresjon rettet mot seg selv og mot andre, tristhet og, i noen tilfeller, veksthemming. Syndromet inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling fra foreldrenes side.” (WHO: ICD-10, 2006).*

WHO's ICD-10 og den amerikanske psykiaterforeningens DSM-IV er veldig like, men det er blant annet en forskjell om krav til dokumentasjon i forhold til abnormal omsorg. Selv om ICD-10, i motsetning til DSM-IV, ikke krever dokumentasjon på mishandling og vanskjøtsel, anbefales varsomhet i forhold til det å stille diagnoser uten dokumentasjon på mishandling og vanskjøtsel. ICD-10 utelater heller ikke retardasjon eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, men ” *siden man må kunne dokumentere at barnet har kapasitet til å danne normale sosiale relasjoner, er barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse i praksis utelatt fra å få diagnosen tilknytningsforstyrrelse*” (Smith, 2002, s. 176).

Forskning indikerer at barn som har opplevd brudd og skifte av omsorgspersoner, kommer til sine nye foreldre med en relasjonshistorie (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Morton & Browne, 1998). Barnet har samspillserfaringer som også er med å påvirker barnets forventninger til de nye omsorgspersonene. Barn som har opplevd omsorgssvikt og mishandling karakteriseres ofte ved utrygge og desorienterte tilknytningsmønstre (Morton & Browne, 1998).

Generelt sett er det ganske mange som opplever tap av en omsorgsperson, og vil som konsekvens av det, i en periode oppleves å ha fått en asosial adferd. Forskjellen mellom et tilknytningsskadet barn og et barn med normal utvikling av tilknytning, vil man høyst sannsynlig kunne se når rammer bygges opp igjen. Et friskt barn vil da ønske å knytte seg på nytt til nye. Et barn som er tilknytningsskadet vil derimot kanskje ikke reagere noe særlig over tap senere i livet. Barnet vil ofte ha samme adferd om det får et trygt og godt hos omsorgspersoner eller om det lever som gatebarn. Det kan også ofte skje at adferden forverres i gode omgivelser, hvor der forventes en gjensidighet og nærhet (Rygård, 2006).

Det er i de første leveårene at man utvikler evnen til å knytte seg til andre, kan leve seg inn i andres situasjon, utvikler konsentrasjonsevnen, etablerer normale hemninger og fornemmer skyld og skam (Hart & Schwartz, 2008). Et følelsesmessig skadet barn vil ofte operere ut i fra en forsvarsposisjon, og alltid gi omgivelsene skylden. Fordi det tilknytningsskadede barnet reagerer ut i fra øyeblikket, kan det, i likhet med helt små barn, ikke føle skyldfølelse (Rygård, 2006).

Å være tilknytningsskadet betyr likevel ikke nødvendigvis at man ikke har noen form for tilknytning. Forskning viser at alle barn danner en form for tilknytning (Bowlby, 1969). Når denne tilknytningen blir forstyrret, kan dette endre og forstyrre barnets emosjonelle utvikling. Et barn som er skadet følelsesmessig, vil, til tross for normal intelligens, som regel reagere som et lite barn på 1-2 år når det blir utfordret følelsesmessig. Dette kan for eksempel skje når barnet er under emosjonelt press, ved frustrasjon og også i deres forsøk på kontakt (Laudenslager, Reite & Harbeck, 1981). Når barnet ikke har fått dekket sitt behov for tilknytning i løpet av de første leveårene, står det i fare for å utvikle diagnosen reaktiv tilknytningsforstyrrelse.

Både praksis og dyreforsøk har gitt resultater som indikerer at barn under 3 år, som ofte blir adskilt fra sin omsorgsperson, i mildeste forstand kan ende opp med en ekstremt usikker holdning, ha et dårlig selvbilde, være deprimert og være hemmende mot seg selv. Konsekvenser av dette kan være at barnet blir kronisk voldelige, er aggressiv og asosiale og er uten samvittighet (Rygård, 2006; Laudenslager, Reite & Harbeck, 1981).

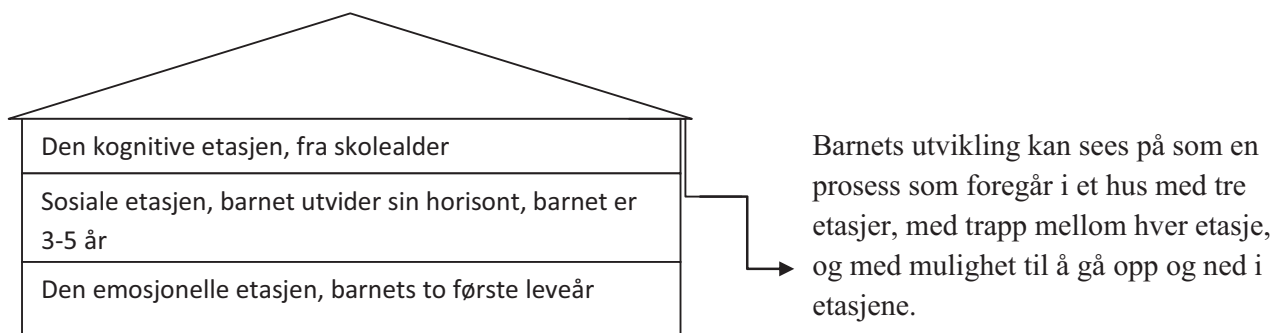
Nyere forskning viser også at barn som følge av tidlig understimulering, kan ha for lav aktivitet i frontallappene i hjernen. Konsekvensen av dette kan være at barnet senere vil forsøke å skape denne aktiviteten ved å være hyperaktive (Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling & Hessel, 1997; Teicher, Ito, Glod, Andersen & Ackerman, 1998). Funn i forskning indikerer også at disse barna ikke klarer å stagge sine egne aggressive følelser og impulser.

Ved at barnet opplevde avvising som spedbarn, vil en *reaktivering* bety at barnet senere, gjerne flere år senere, kunne bruke avvising selv for å prøve å oppnå en god grunnfølelse. I gitte situasjoner vil alle mennesker prøve å søke sin grunnfølelse for å finne tilbake til grunnleggende trygghet, selv om det er en dårlig grunnfølelse. Barn med RAD har utviklet en dårlig/usunn grunnfølelse. På grunn av dette er disse barnas primærerfaring utrygghet og avvising (Rygård, 2006). Noen adoptivforeldre opplever det som kalles en *splitting* i barnet (Rygård, 2006). Dette innebærer at barnet ser sine nye foreldre som ”den onde” de avviser så vel som ”den gode” de søker trøst hos.

Utrygge og atypiske tilknytningsmønstre og strategier, er adaptive i relasjonene de ble utviklet i. Det vil skape problemer i relasjonen til de nye omsorgspersonene hvis disse mønstrene videreføres i barnets nye omgivelser. Dette vil også vanskeliggjøre barnets videre utvikling. ”*At the core of the unattachad is a deep-seated rage, far beyond normal anger. This rage is suppressed in their psych*” (Magid & McKelvey 1988).

RAD, er en sjelden diagnose, som allikevel stadig øker i antall registrerte tilfeller. RAD handler om en markant utviklingmessig sosial forstyrrelse. Det er ikke snakk om en utelukkende forsinket utvikling og oppfyller ikke kriteriene for en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. I tillegg har forstyrrelsen brutt ut før fem års alderen. Barnet har vært utsatt for betydelig forsømmelse og har en implisitt mangel på identifiserbare, foretrukne tilknytningspersoner (Rygård, 2006).

Forskning (Evang, 1991) indikerer at mennesket gjennom hele livet går inn for å gjenskape innholdet i relasjoner tilsvarende de det hadde i tidlig barndom. Hvis barnet opplever ro, forutsigbarhet og trygghet i tidlige år, vil barnet velge de samme verdier senere i livet (Haarklou, 1998). Eriksons epigenetiske modell om barnets utvikling kan illustreres i form av et hus i tre etasjer.



(fritt etter Haarklou, 2008, s. 1)

Barn med RAD er skadet i ”første etasje”. Hvis barnet ikke har etablert trygge emosjonelle erfaringer i husets første etasje, er utgangspunktet for gode vurderinger på det emosjonelle, sosiale og det kognitive plan mye dårligere. Har et barn en grunnfølelse som bygger på tillit, vil det senere i livet, søke tillit som sin trygghet (Erikson, 1988). Uforutsigbarhet, urolighet og uoversiktligheit kan hos barnet oppleves som avvising og skape generell mistillit.

Erfaringsgrunnlaget er med på å danne barnets primærpersonlighet.

Hos adoptivfamilien skal barnet utvikle sin sekundærpersonlighet, og blant annet relære at relasjoner varer, og utvikle tillit (Haarklou, 2003). For noen barn har kaos og uforutsigbarhet i spedbarnsalder forstyrret barnets emosjonelle utvikling og gitt dem en grunnfølelse som er dårlig. Når et barn blir utsatt for fare eller blir redd, vil det forsøke å gjenskape sin grunnfølelse, uansett om den er av god eller dårlig kvalitet. Det vil med andre ord kunne være snakk om:

*”at barnet før utvikling av språk primært har kjent seg avvist av biologisk mor og nå overfører sin psykiske smerte i form av en projeksjon over på den nye moren. Derfor heter det seg at man ikke bare adopterer barnet, men barnets biologiske foreldre med”* (Haarklou, 1998).

Ofte gir dette seg til kjenne ved at barnet er *imot*. Dette gjøres ikke for å uttrykke et ønske om å være tverr eller slem, men fordi barnet søker trygghet gjennom sine primærerfaringer. Slike barn behøver systematisk behandling og hjelp for å kunne oppleve sunn trygghet (Carli og Dalen, 1997).

Barn med RAD vil ofte stort sett være avvissende til sine sekundæromsorgspersoner, sine nye foreldre, og samtidig virke adekvat, sjarmerende og positiv over for andre. Barnets tilknytningsforstyrrelse vil dermed lenge være nærmest usynlig for omverdenen. Verden utenfor hjemmet har derfor ofte vanskelig med å forstå hva som er problemet, og barnets foreldre opplever at andre foreldre for eksempel ikke syns barnet med RAD avviser mer enn andre barn generelt avviser i tenårene. Dette kan i mange tilfeller synes riktig, hvis ikke det var for det faktum at det andre foreldre opplever av avvising fra sine barn fra tid til annen, er noe foreldre til barn med RAD opplever mer eller mindre konstant. Verst er det likevel ofte innenfor husets fire vegger, altså det andre ikke ser (Haarklou, 2003). Etter hvert vil likevel ofte barnets tilknytningsproblemer ”spre seg” og etter hvert bli mer synlig for omgivelsene. Dette skjer som en konsekvens av at ”masken faller” stadig oftere i det offentlige rom, og barnets adferd vil kunne komme tilsyne også for andre.

Mange av de tilknytningsskadede barna sliter blant annet med å forholde seg til autoriteter, og etter hvert ender de ofte i konflikt med medelever, lærere og forskjellige former for myndighetspersoner.

*”Et adoptivbarn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan være vanskelig å håndtere i trassalderen og tilnærmet umulig å håndtere i puberteten (Haarklou, 2008).*

I et omfattende studie (Magdid & McKelvey, 1987) ble forholdet mellom det å være adoptert og det å være biologisk, undersøkt, i forhold til adferd. I undersøkelsen deltok 154 adopterte barn og 156 biologiske barn over 12 år. Alle de adoptert, hadde fått adoptivforeldre innen et halvt år etter fødsel, noe som innebærer at det ikke i noen av tilfellene var skjedd det som karakteriseres som sen-adopsjon. Likevel indikerte resultatene at en av fire adopterte barn i studiet, var atypisk i sin adferd. Adferdsproblemene som ble tydelige i undersøkelsen, samsvarer med symptomene på RAD:

BEHAVIORS	BIRTH ADOPTED	
	(n = 156)	(n = 154)
Inability to give or receive affection	3.2	21.3
Self-destructive behavior	0.6	5.3
Cruelty to other people	0.0	7.9
Phoniness	1.9	15.1
Problems with food	2.6	11.2
Self-control problems	3.9	26.3
Lack of long-term friends	4.5	21.9
Difficulty in maintaining eye contact or eye contact that is uncomfortably intense	3.8	17.8
Thinks about fire, blood, or gore	1.3	9.3
Superficial attractiveness and friendliness with strangers	5.3	15.5
Lying	3.9	25.7
Rejection of authority	1.3	30.0
Substance abuse	1.3	5.9
Refusal to follow parental guidelines	3.2	25.8
Promiscuous sexual activity	1.9	8.8
School performance below ability	10.3	34.7
Manipulation of others	2.6	23.8
Refusal to accept responsibility for consequences of actions	6.4	32.2
Stealing	1.2	10.0

(Rhodes and Copeland, 1993)



### 3.0 Offentlige hjelpeinstansers møte med familiene

#### 3.1 Empati

For familier med barn som har diagnosen RAD er det viktig at hjelpere i de forskjellige hjelpeinstansene først og fremst lytter til hva foreldrene har av utfordringer og hva de føler de trenger hjelp til. I et slikt møte vil begge parter stiller med forventninger, både i forhold til egen person og i forhold til den andre. Forventningene vil delvis være relatert til normer i samfunnet, til posisjoner og roller som personene inntar i den spesielle situasjonen, og til hvert individs bestemte livshistorie og personlighet. Her betones det at det er hjelpsøkers rett å bli møtt med respekt og omtanke fra den/dem som representerer hjelpeinstansen. I dette ligger det også at vedkommende må interessere seg for den hjelpsøkende og vise vilje til å forstå. Foruten psykologisk kunnskap, som forsvar, ubevisste drivkrefter, og ambivalente motiver, samt bevissthet om egne følelser og behov og håndtering av disse, er empati viktig (Holm, 1989).

Ut fra en psykodynamisk forståelse hevdes det (Holm, 1989) at det i begrepet empati inngår to like viktige komponenter: den kognitive/intellektuelle og den affektive/følelsesmessige. I empatibegrepet ligger det noe mer og annet enn bare følelser, eller medfølelser. I begrepet ligger også kunnskap og innsikt om den andres følelsesmessige tilstand. Ut fra denne forståelsen er det ikke empati umiddelbart å bli dradd med i en annen persons følelsetilstand. Men det er heller ikke empati utelukkende å sette sin lit til logiske slutninger. For en empatisk forståelse trengs en balanse mellom affektive og kognitive elementer i prosessen. Siden RAD betegnes som en sjelden diagnose, er det her viktig at hjelpeinstansene søker den nødvendige kompetanse de trenger, før de veileder eller gir råd.

Ikke nødvendigvis som en motsetning til den psykodynamiske forståelse av empati, men like gjerne som et supplement, vil empati kunne beskrives som evnen til å ta den andres rolle, sette seg inn i den andres sted. En slik empatisk rolletenkning betyr at en vil kunne innse og ta hensyn til hvilke følger ens handling vil kunne ha for andre. En empatisk person er derfor i stand til å avpasse sin atferd etter de/de andres behov og krav. En uempatisk person vil ikke kunne mestre en slik tilpasning og kan derfor lett oppleve kommunikasjonsbrudd og konflikter. Foreldre med barn som har RAD er ofte sårbare og fare for kommunikasjonsbrudd kan derfor være tilstede, hvis foreldrene opplever lite forståelse for familiens livssituasjon.

#### 3.2 Tillit og likeverd

I møte med mennesker, vil der finne sted en utlevering, det være seg gjennom innholdet i det vi formidler, eller måten vi formidler det på. Denne utleveringen har

alternativene omsorg eller ødeleggelse (Løgstrup, 1975). Foreldre med barn som har RAD vil ofte, i stor grad, måtte utlevere deler av sitt privatliv, for at mottaker skal kunne forstå situasjonen de står oppi. Henvendelsene er på den måten et vågestykke. Det er dermed knyttet en viss risiko til tillit. Ved at en utlevering finner sted, investeres det i noe som er verdifullt og som fører til sårbarhet (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid, Assland, 2009).

Uten å definere eller kategorisere snakkes det ( Buber, 1967) om *tillit* som noe som er mer å forstå som en måte å leve på. Ved ikke å definere eller ha fokus på definisjon, brytes vanlig vitenskaplig fremgangsmåte. Med to grunnord; *jeg - du* og *jeg – det*, som er parord, kan man kategorisere hvordan mennesker forholder seg til tilværelsen (Buber, 1967). Et ”jeg-du”- forhold preges av å være et subjekt som møter et subjekt. I denne relasjonen er en likeverdige og oppslukt i møtet, et møte som begge parter har valgt, og et møte der en ikke bruker den andre som et middel (Buber, 1967).

Relasjonen ”jeg–det” er preget av at jeg som subjekt møter et dét som objekt. Den andre eller gjenstanden er da en ting løsrevet fra jeget, en ting som kan brukes, og som ikke har samme verdi som jeg-et (Kristiansen 2005). Denne teorien antyder at det ikke finnes noe løsrevet jeg, men at *jeg* er bare å finne i relasjoner, da enten til ”jeg- du” eller til et ”jeg- det”, men at det sanne mennesket kun blir til i møtet ”jeg- du”. Det er sentralt i denne teorien at mennesket pulserer frem og tilbake mellom ”jeg- du” og ”jeg- det”. Det er ikke galt at mennesket forholder seg til verden som dét, men at vi ikke må la dét- riket vokse og bli den hovedrelasjonen vi har til verden på (Kristiansen, 2005). *Tillit* forstås som en inngang til fellesskap og livet sammen med andre (Kristiansen, 2005). I møte med hjelpeinstanser bør foreldrene til barn med RAD møtes som likeverdige mennesker. Dette er absolutt nødvendig for at hjelpsøker skal oppleve tillit, og være i stand til å motta hjelp.

I møte med andre kommer fordringer, som ikke må forveksles med regler og prinsipper. Fordringer kommer fra den man møter og dén er andre-orientert, og den kan beskrives som *"noe annet enn det man vil kunne formulere som et krav"* (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Assland, 2009, s. 65), og videre at *"fordringen går ut på å ta vare på den andres liv"* (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Assland, 2009, 65). Fordringer knyttes dermed til selve møtet og det som skjer der.

Man har ikke full oversikt over hvordan den andre kommer til å handle (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Assland, 2009). Mennesker utleverer seg med forventning om ivaretagelse. *"Vi har aldri med et andet Menneske at gøre uden at vi holder noget af dets Liv i vor Haand"*. (Løgstrup, 1975, s. 230). Det viktigste i møte med foreldre som har barn med RAD vil ofte være å lytte og å vise at en er interessert i å være til hjelp. Hva hjelpen

ender opp med å bli, blir på dette stadige sekundært. Et godt møte har større muligheter for å muliggjøre videre samarbeid og interaksjon (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid & Assland, 2009).

### 3.3 Refleksjon

I møte med mennesker som trenger hjelp er det viktig at hjelper er seg bevisst sin posisjon og den andres sårbarhet. Det er viktig å reflektere over hva man møter den andre med, og på hvilken måte møtet skjer. Det kan blant annet benyttes om to termene: Refleksjon-i-handling og refleksjon-over-handling (Schön, 2001). Det er her snakk om hva vi tilegner oss av kunnskap og hvilke refleksjoner som da blir gjort

Med utgangspunkt i det faktum at vi alle er unike, vil utfallet av refleksjon-i-handling bli forskjellig og individuelt. Refleksjon-i-handling har i stor grad å gjøre med hvordan en opplever overraskelser. Å reflektere betyr å tenke *gjennom* situasjonen. Ved å bruke ordet "gjennom" menes det her at en, mens en er i handling, tenker og tar stilling til veivalg. Alle har med seg en viss porsjon av gjenkjennelse i handling, som ligger til grunn for utfallet. Disse erfaringene gir oss mulighet til å søke i oss selv etter løsning på nye, unike situasjoner. Forventningene vil speile handlingen, både egne og andres. Ved at en har gjenkjennelse med seg i handling, vil en kunne bruke dette også i lignende situasjoner (Schön, 2001).

Refleksjon-over-handling, går derimot ut på å vurdere i etterkant om refleksjonene man gjorde i handlingen, var med på å påvirke resultatet. Det reflekteres oftere *i* handling, enn *over* handling (Schön, 2001). I forhold til hjelpeinstansene er det viktig at man tar tid til refleksjon over det som har blitt bestemt skal gjøres, eller det som faktisk blir gjort. Ved refleksjon i handling vil personen bevisstgjøres sin kunnskap, som igjen kan resultere i at personen lettere ser sammenhengen mellom handling og utfall. Hva hjelper har med seg av egen dømmekraft eller skjønn, blir avgjørende for refleksjon-i-handling.

### 3.4 Sorg

Sorg er å betrakte som en normal reaksjon på tap, og tap av ulike slag er vanlig i livet for alle. Når det snakkes om sorg i forbindelse med tap, reserveres begrepet sorg helst for tap av mennesker og relasjoner til mennesker som en står nær og elsker (Parkes, 1976). Men begrepet benyttes også i forbindelse med annet slags tap, som for eksempel tap av helse, jobb eller trygghet (Enger, 1980). Derimot benyttes begrepet sorg sjelden eller aldri i forbindelse med tap av mer eller mindre uvesentlige ting (Parkes, 1976). Foreldre som lever med barn som har RAD, opplever ofte, på forskjellige måter, å bli avvist som foreldre. Relasjon

foreldrene har gledet seg til og som barnet er i behov av for å utvikle seg til et harmonisk menneske, synes å være borte, og foreldrene kan sitte igjen med en opplevelse av sorg.

Sorgen har mange ansikter, og den kan uttrykkes på ulike måter. Den kan være intensiv og åpenbar eller lite fremtredende og nærmest skjult. Vanlige psykiske symptomer på sorg er for eksempel nedstemthet, melankoli, reaktiv depresjon, separasjonsangst, fastlåste holdninger og irritasjon. Irritasjonen kan lett gå over i til sinne, aggresjon og fiendskap i forhold til venner og slektninger (Parkes, 1976; Sörenson, 1964). Blant symptomer av fysisk og psykosomatisk karakter er for eksempel sykdom, hodepine, magebesvær, søvnproblemer, rastløshet, spenninger i kroppen og stereotyp atferd.

Andre fremtredende kjennetegn er skyldbelegging, selvbebreidelse, skyldfølelse og isolasjon (Parkes, 1976; Enger, 1980). I sorgsituasjoner vil en kunne komme til å lete etter noen å legge skylden på: Gud, institusjoner, hjelpeinstanser eller mennesker (Parkes, 1976; Sörenson, 1964). Foreldre i sorg vil også kunne sitte med en følelse av at de ikke gjorde nok for å forhindre relasjonstapet, at de kunne ha vist barnet større oppmerksomhet (Sörenson, 1964). Fordi ingen menneskelig relasjon er fullstendig friksjonsfri, vil den skyldfølelse som knytter seg til sorgen, kunne ha sin grunn i en følelsemessig ambivalens i relasjonen. Hvordan en person vil reagere i en sorgsituasjon, vil i høy grad være avhengig av personens syn på hvordan forholdet til den som er blitt borte, burde ha vært. Dersom normsystemet og den faktiske følelsesopplevelsen kommer i konflikt, oppstår skyldfølelse (Sörenson, 1964).

Sorgen kan uttrykkes i sunne og mindre sunne former. Ikke all sorg tas frem som sorg. Relasjoner kan idealiseres og sorg kan fortrenkes, men å flykte fra sorgen lar seg ikke gjøre (Enger, 1980). Sorgen sliter både fysisk og psykisk på foreldre, og den setter sine spor. Sorgen må derfor bearbeides, og sorgarbeid kan være et tungt arbeid (Enger, 1980, Okkenhaug, 2002), som det synes å være vanskelig å gjøre noe med hvis man sørger over noe som faktisk fortsatt er tilstede, men ikke tilfredsstillende eller som forventet. I familier med barn som har RAD, lever foreldrene side om side med barnet og tapet over relasjon som uteblir. Foreldres avvising i hverdagen med det tilknytningsforstyrrede barnet vil kunne oppleves som en "krigssone" for foreldrene, hvor soldaten (foreldrene) heller ikke kan motta tilstrekkelig hjelp før han er utenfor "krigsområdet". Det gjør at man ofte må vente med å få bearbeidet sorgen, til barnet er flyttet ut av hjemmet eller har fått den hjelpen det trenger.

I forbindelse med bearbeiding av sorgen understrekes det hvor betydningsfull gråten er. Den er viktig fordi det i tårene finnes både fysisk og psykisk legedom. Samtidig hevdes det at all gråt ikke er like legende. Det finnes en påkallende gråt som forsøker å fastholde det en har mistet. Likeledes finnes en overflatisk gråt som har liten lettelse eller vedvarende lindring

i seg. Det er den dype gråten, hulkegråten, som rommer den legende kraften. Det er altså ikke gråtens hyppighet, men kvaliteten, som bestemmer om den er frigjørende eller ikke (Davidsen- Nielsen & Leick, 1990).

Ved tap er det ofte ikke helt klart hva som er tapt. Det kan også være tilfelle i situasjoner som angår tap av menneskelige relasjoner. Det vil finne sted et primærtap, som for familier med barn som har RAD som oppleves som tap av tilhørighet, relasjon og kjærlighet. Det vil også være sekundærtap, som tap av fremtidsdrømmer og også tap av for eksempel nære venner og sosialt nettverk (Parkes, 1976).

I tillegg til at sorgen alltid vil spille en rolle ved tap av menneskelig relasjoner, vil to andre forhold også kunne spille en rolle, ”*nemlig stigma og deprivasjon*” (Parkes, 1976, s 20). Med stigma menes den holdningsendring som mennesker kan oppleve kommer til uttrykk fra samfunnet og enkeltindivider når et slikt tap har funnet sted. Med deprivasjon menes i denne sammenheng en persons eller relasjons fravær. Det vil si at det som denne personen eller relasjonen har betydd eller skulle ha tilført vedkommende, nå mangler. ”*Sorgen er reaksjon på tapet, ensomheten er reaksjon på deprivasjonen*” (Parkes, 1976, s. 21). Begge er knyttet uløselig sammen, og sorg er forbundet med både deprivasjonen og ensomheten.

Sorgen vil kunne variere i styrke over tid og i ulike faser. I forbindelse med RAD vil sorgen kunne oppleves å komme litt etter litt. Det er da snakk om en antisipert sorg. Den slår ikke ned som lyn fra klar himmel, men går smått om send opp for omsorgspersonene. Likevel er den ikke mindre dyp, smertefull og vanskelig av den grunn (Enger, 1980).

## DEL 2

### 4.0 Forskningsprosessen

#### 4.1 Forskningstilnærming og metode

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ forskningstilnærming i form av semistrukturert intervju. Denne formen for intervju innebærer at jeg som forsker på forhånd formulerer temaer og spørsmål som jeg ønsker å ha fokus på i intervjuet. Samtidig er åpenhet i møte med informantene viktig, og tilleggsspørsmål kan stilles når det synes mer klargjørende.

En intervjuguide ble utarbeidet, som videre ble delt inn i hovedtema, med spørsmål og underspørsmål til hvert tema, for å holde en viss struktur i samtalene med mine informanter. Intervjuguiden skulle også hjelpe meg som forsker å holde fokus på hva som bør stilles av

spørsmål for å kunne besvare oppgaven. Spørsmålene som ble brukt var mer eller mindre åpne og satt i en kronologisk rekkefølge.

Transkriberingen av intervjuene ble gjort et par dager etter at samtalene hadde inntruffet. Ved å transkribere intervjuene fra muntlig til skriftlig form, blir forskeren bedre i stand til å foreta seg videre tolkning. Tolkning handler (Kvale, 2007) om å få frem strukturer og meningssammenhenger som ikke umiddelbart er synlige, ved å gå dypere inn i materialet enn det som er direkte uttalt,

Datafilene ble lagret isolert fra datamaskinen, på eksterne harddisk. Dette materialet skal tilintetgjøres i medio mai 2012. Dette ble informantene informert om.

Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datainstitutt ble kontaktet, og etter kort tid kom deres godkjenning av prosjektet. Dette under forutsetning av at jeg fjernet identifiserbart materiale som navn på personer, skoler, byer og lignende.

## 4.2 Utvalget

For å skaffe informanter kontaktet jeg en spesialistpsykolog, som har mange av familiene med utenlandsadopterte barn med diagnosen RAD, i behandling hos seg. Hans nettverk er derfor stort innenfor dette feltet. Etter en samtale med han ble vi enige om at han skulle velge ut noen familier som dekket utvalgskriteriene jeg hadde satt. Han sendte ut dette som et følgebrev fra meg. Jeg fikk aldri vite hvem det ble sendt til.

Jeg hadde følgende utvalgs-kriterier:

- 1) Informantene må ha utenlandskadopterte barn, som i dag er mellom 12-18 år.
- 2) Barnet må ha fått diagnosen RAD.
- 3) Familien må ha søkt hjelp hos minst en av instansene i de offentlige instansene.

Fire familier, med til sammen 5 barn med RAD, responderte i løpet av 10 dager. Alle familiene, i alt 5 foreldre, ville gjerne delta som informanter. Hver familie omtales i data som F1, F2, F3 og F4. For å anonymisere ytterligere vil alle barna i undersøkelsen refereres til med erstatningsord som *det, han, hans, eldstemann, yngstemann, barnet* osv. Deler av tekst som kan avsløre kjønn, som for eksempel beskrivelse av sminking, fletting av hår osv, kuttet ut. Dette er gjort for å anonymisere barna best mulig.

Foreldrene i undersøkelsen er alle høyere utdannet, og gjennomsnittsalderen er ca. 45 år. Bosted opplyses ikke i undersøkelsen grunnet fare for at innhold i undersøkelsen vil kunne true familienes anonymiteten. m = mor, f = far

Foreldre med i undersøkelsen	Barn i familien	Barn med RAD	Alder ved adopsjon
F 1: m	1	1	4,5 år
F 2: m + f	2	1	2,0 år
F 3: m	2	2	3 og 7 mnd.
F 4: f	2	1	2 år

F1: mor og far er skilt. Sammen har de et barn med RAD. Begge foreldrene er etablert i nye forhold, hvorav far har fått et barn til.

F2: mor og far, 2 barn, hvorav yngstemann har RAD.

F3: mor og far er skilt. Sammen har de to barn med diagnosen RAD. Mor er gift på nytt.

F4: mor og far. Har to barn sammen, hvorav yngstemann har RAD.

Denne undersøkelsen omfatter intervju av fem informanter, om *deres* opplevelse av utfordringer knyttet opp mot 5 barn med RAD. Det betyr at denne undersøkelsen kommer først og fremst til å belyse deres følelser og subjektive opplevelse av situasjoner.

I løpet av 3 uker var alle 4 familiene intervjuet. I forkant av intervjuet ble det informert om at de når som helst kunne la være å svare på det de ikke ønsket å gå inn i. Det ble også informert om at intervjuene ble tatt opp på en diktafon, og senere transkribert.

Alle intervjuene foregikk separate. Det vil si at kun en familie ble intervjuet om gangen. Ingen av familiene fikk informasjon om andre familier som også ble intervjuet. Informantene bestemte selv hvor de ville foreta intervjuene.

Familie	Samtaletid	Kommentar
F1: m	2 timer 45 minutter	Mor hadde mye å fortelle, intervjuer lot dette styre framfor å korte ned tiden.
F2: m + f	1 time 14 minutter	Her ble 2 intervjuet. Også de hadde mye å komme med.
F3: m	1 time 14 minutter	Her gjelder samme kommentar som under F 2
F4: f	1 timer 8 minutter	Her var det viktig å strukturere intervjuet, da jeg visste at informanten kun hadde en time til rådighet.

### 4.3 Dataanalyse

Utgangspunktet for analyseprosessen er intervjuene, som jeg både har auditivt og visuelt tilgjengelig ved oppstart. Jeg syns det var en fordel både å benytte meg av transkriberingene så vel som lydfilene når jeg begynte å samle data og funn.

Jeg tok utgangspunkt i Grounded Theory der dataene danner utgangspunktet for videre analysearbeid. Arbeidet med analysen handler om organisering, kategorisering, bearbeiding, sammenligning og det å prøve å finne mønstre i datamaterialet. Informantenes beskrivelser er forskerens utgangspunkt for å løfte dataene til et høyere, mer abstrakt nivå. I motsetning til når man tester ut en hypotese og benytter seg av en deduktiv metode, er det her snakk om en mer induktiv metode. Ved analyse av datamaterialet fremmes muligheten til å komme fram til ny teori (Strauss og Corbin 1996). At datainnsamling, analyse og utvikling av teori er nært knyttet sammen, gjør denne arbeidsmåten ofte krevende. Jeg beveger meg fram og tilbake i forskningsprosessens faser samtidig som jeg får tanker som kan være ønskelige å benytte i den videre analyse og teoriutviklingen (Hammersley og Atkinson 1996).

Måten å arbeide på ved kvalitativ forskning vil være annerledes enn om man arbeider med en mer kvantitativ problemstilling. Dette blant annet med at analyseprosessen allerede starter med formulering av problemstillingen. En formulering som gjerne redefineres gjentatte ganger (Strauss og Corbin, 1996).

En viktig del av analyseprosessen i Grounded Theory er de tre ulike kodingsstrategiene. De tre trinnene, åpen, aksial og selektiv koding, henger sammen og utgjør forskjellige trinn i prosessen. Ved åpen koding handler det om råkodematerialet, hvor man prøver å finne likheter og ulikheter i det informantene kommer med. Ulike fenomener som dukker opp sammenlignes og settes navn på i ulike kategorier. Her begynner mønstre å tre frem, og teoriutvikling kan vise seg. For ikke å forspille muligheter som kan dukke opp i datamaterialet, ved å legge mye vekt på noe framfor noe annet. Man bør derfor vektlegge mange begreper framfor noen få på dette stadiet.

Ved aksial koding skal forskjellige hendelsesforløp beskrives, eller underkategoriseres i forhold til en kategori. Med den type koding prøver man å symbolisere at man beveger seg rundt en kategori og forsøker å plassere funnene på en naturlig måte i forhold til fenomen som synes fremtredende i datamaterialet. Ved nærmere beskrivelse av fenomenets egenskaper og dimensjoner utdypes kategoriene. I tillegg vil underkategoriene være med på å tydeliggjøre fenomenet. På denne måten vil kategoriene stadig utvikles og være tilknyttet underkategoriene.



Som siste trinn i kodingsprosessen er selektiv koding. Gjennom integrering og forbedring av kategoriene forsøker forskeren å danne seg ulike teorier om fenomener og sammenhenger, som framkommer gjennom kodingsprosessen. Ved denne tidkrevende arbeidsmåten kreves stor nøyaktighet fra forskerens side.

Hypoteser og teorier dannes gjennom analyse av data, som igjen gir grunnlag for å gå gjennom datamaterialet flere ganger. Kvalitativ forskning særpreges av at jo flere svar man får jo flere spørsmål stilles. Prosessen er spennende fordi den er sirkulær. Fordi det stadig er nye spørsmål som kan undersøkes og vurderes kan det være vanskelig å sette en sluttstrek for analyseprosessen. Når man føler at man har nådd et punkt der man ikke lenger finner nye begreper eller fenomener setter man strek for prosessen. Man har da nådd metningspunktet og forhåpentligvis trukket fram det man så i datamaterialet som kunne belyse problemstillingen.

## **5.0 Presentasjon av data**

### 5.1. Emosjonelle utfordringer som svekker tilknytning

De emosjonelle utfordringene som presenteres i resultatene kan ikke ses adskilt, men i sammenheng.

#### 5.1.1 Angst

De fleste informantene gir i intervju uttrykk for at barnet deres på grunn av sin grunnleggende utrygghet, trenger mest mulig forutsigbarhet. F1 sier:

*(...)han takler jo ikke ting som kommer brått på, i det hele tatt. (...) Julen kommer så brått på, sier barnet mitt.(...)*

Flere gir uttrykk for at de allerede ved overtagelse mottok et utrygt barn. Det F2 husker av første møte med yngstemann, som var 2 år ved overtagelse, var opplevelsen av et meget usikkert lite barn.

*Et vettskremt lite barn, som gråt sårt når det kom inn til oss. Han hadde aldri vært utenfor barnehjemmet, og så hadde han blitt tatt med på en biltur for første gang.*

I F3 har yngstebarnet helt fra overtagelse fram til i dag slitt med å finne ro, og hatt vanskeligheter med konsentrasjonen. I tillegg har barnet vært til dels ukritisk og udiskriminerende.

*Yngstemann tror jeg ikke har funnet seg til rette engang enda.*

Uforutsigbarhet eller forandringer i dagligdagse rutiner, kan på grunn av lav frustrasjonstoleranse medføre for eksempel forvirrethet eller desperasjon, selv i enkle handlinger og i forbindelse med noe barnet egentlig gleder seg til skal skje. F1 gir eksempel på dette. Sønnen sitter ved frokostbordet og vet at han skal i dyreparken, noe han egentlig gleder seg til, samtidig setter glede også i gang prosesser i gutten som oppleves som angst, som kommer til uttrykk ved frokostbordet. F1 sier:

*Frokostblanding, nei jeg vil ha brødiskive. Så får han en brødiskive. Så skal han ha frokostblanding, (...)så må han studere den i tilfelle det er mugg på den, (...) så har vi ikke riktig pålegg. ”Mitt barn skaper kaos uansett, og jo mer han har lyst å gjøre en ting jo verre er det. Sånn er det!”.*

En annen måte uforutsigbarheten gir seg til kjenne i hjemmene, er at foreldrenes hverdag blir uforutsigbar, ved at barnets dagsform, mot til å gjøre ting, og temperament avgjør dagens agenda. F2 synes det vanskeligste i den sammenheng er:

*(...) det er at vi ikke kan planlegge noe særlig. Og vi vet aldri hvordan ting går den dagen vi skal noe. Det er sjelden vi får med han på noe.*

F3 beskriver yngstemann som følger:

*Gjør alle mulige ting for å tilfredsstille tydeligvis et eget behov.*

Det at barnet er egosentrisk gjør det vanskelig for barnet på flere områder. At barnet i tillegg er meget skeptisk til andre, gjør det ikke bedre.

*Den yngste er jo veldig skeptisk. Mistenksom til alt, til folk, til intensjonene til folk, til venner. (...) han har jo vanskelig for å forholde seg til venner.*

Denne skepsisen har også ført til stort fravær på skolen. F3 sier:

*Ja, det blir jo bare tull. Da har du[barnet] bestemt deg for at en lærer er skummel eller noe sånt, og da kan du jo like gjerne skulke skolen i den timen. Det er jo mye fravær fra skolen.*

F3 anser eldste sønnen som depressiv, tiltaksløs og handlingshemmet. Alt går langsomt.

De fleste informantene forteller at deres barn, på en eller annen måte, har hatt/har et anstrengt forhold til mat. F3 har 2 barn med RAD. Mor forteller i intervju om stor lykke ved det å bli mor, men forteller også at de ganske fort oppdaget utfordringer i forhold til det med mat. Disse har i særlig grad vært knyttet til yngstemann, som var tre måneder ved overtagelse.

*Det jeg forventet var å bli mor, og det ble jeg, jo (...) så merket vi jo at det var ting. De ville ikke ta til seg mat, særlig den yngste. Han tok ikke maten, han bare skrek.(...)Han strever med mat fremdeles.*

F3 forteller at barnet fortsatt blir kvalm og kan kaste opp når han spiser.

F1, som hentet sin sønn da han var 4 ½ år, merket også tidlig et anstrengt forhold til mat hos sønnen, men i dette tilfelle av motsatt karakter, nemlig fråtsing. Lik F3 sier også F1 at problemet har fulgt barnet fra starten av og helt fram til i dag:

*Jo mer retraumatisert han er nå, jo mer bor han i kjøleskapet. Jo mer redsel og frustrasjon, jo mer mat.*

F3 fikk barna da de var henholdsvis 3 og 7 måneder, altså som spedbarn. Likevel takler barna tilknytningen til adoptivforeldrene helt forskjellig. F3 syns det gikk nokså greit med eldstemann, men om yngstemann sier F3:

*Han er veldig knyttet[tilknyttet], men samtidig så er det noe som ligger i bunnen, en utrygghet, noe redsel.*

I F2 var det også en utfordring at barnet ikke var vant til å omgås menn. Far sier:

*Han hadde ikke hatt noen nærkontakt med menn fra fødelandet. Meg [pappa] og han var noe vi nesten ikke kunne gjøre. Da bare gråt han. Det var en veldig påkjenning for han.*

F1 registrerte tidlig at barnet deres var krevende i møte med andre:

*Han har et enormt oppmerksomhetsbehov.(...) Han blir helt stuevill. Merket stor forskjell på han og de andre!*

Det samme sier F2:

*Han sluker folk veldig!*

F1 tolker her sønnens villskap som en måte å få oppmerksomhet på. Både barnet i F1 og barnet i F2 ser ut til å ha problemer med å sette egne grenser i sosiale sammenhenger.

Hos F4 er sønnens rastløshet og enorme energi en utfordring. Sønnens uro og manglende konsentrasjon har gjort at familien har fått testet han for mulige diagnoser. Barnet har helt fra før skolealder vært i terapi hos spesialistpsykolog, og fikk diagnosen rundt skolestart. Han er utredet for ADHD, men har ikke det. F4 forteller:

*Du kan gå en skitur med han på 14 km., med bakglatte ski, alle er slitne, kommer inn i bilen og har kjørt i et minutt: "Hva skal vi gjøre når vi kommer hjem?"*

F 4 mener oppstyret, uroen og støyet barnet ofte skaper, som for omgivelsene oppleves som søken etter oppmerksomhet, har en annen årsak:

*Nei, jeg føler det er for å skape den avvisningen han kjenner som sin trygge følelse.*

*Jeg tror vi var omsorgsperson nummer 7 for han. Så han har byttet 7 ganger.*

Hos F2 var det barnehagen som først reagerte på barnets vansker. Foreldrene derimot hadde ikke sett det i noen særlig grad til da. De så et tilsynelatende uredd barn som var høyt og lavt:

*Vi var vant til eldstemanns sprell, så det at nummer to var full av spillopper så ikke vi på som noe annerledes.*

Selv om han ikke har ADHD, har han en kroppslig uro, som igjen har vært en hovedutfordring. Han virker også forutinntatt i forhold til hvem han tror han trives med og hvem han ikke liker. Skeptisk til de fleste.

Hos F2 opplevde skolen så store utfordringer med barnet at skolen valgte følgende løsning:

*Første året på skolen fikk han lov å være ute å leke, for han var veldig urolig. Kunne ikke sitte stille og var liksom litt ukonsentrert. Han var for urolig til å ha inni klasserommet. Jeg vet ikke om han var ute med en assistent, han var i hvert fall ikke inne i klasserommet.*

Barnet i F1 har liten kontakt med sin far. Dette har vært tungt for barnet. Da han begynte på ungdomsskolen hvor far jobber, ble han stresset fordi medelever ofte kommenterte følgende:

*”Der er pappaen din, skal du ikke si hei?” For mitt barn blir det hele tiden: ”Du er annerledes! (...) Det er det han hører.*

Dette resulterte etter hvert i at barnet ikke lenger ønsket å være i interaksjon med medelever, og holdt seg derfor hjemme. Familien føler de trenger bedre oppfølging av sitt barn for at han skal kunne være på skolen, og familien har også behov for avlastning fra en del oppgaver. F1 oppsummerer:

*Så akkurat nå er mitt barn sykemeldt (...) Det hele er så sårbart (...).*

Informantene opplyser at flere av barna, som i perioder har blitt undervist hjemme av foreldre og steforeldre, også har regrediert. F3 forteller om da sønnen gikk i 5. klasse:

*En periode i barneskolen så var han sykemeldt. Måtte ha hjelp til å kle seg, dusje. (...)Da var stefar hjemme med barnet i 1 ½ år, fordi barnet klarte jo ikke å stå opp om morgenen og gikk helt tilbake til barndommen. Gikk i fosterstilling (...)Da var vi tilbake igjen til babystadiet.*

Det å gå tilbake til babystadiet er noe F2 også har erfaring med. Deres barn gikk den gang i 7. klasse. Det kom som en konsekvens av at barnet gjennomgikk behandlingsmetoden Tomatis F2:

*Han gikk på skolen og etterpå var det babygrøt og tåteflaske. Det eneste vi slapp var bleieskift.*

I åttende klasse fikk familien også andre utfordringer:

*(...) så begynte skolevegring og å ligge i fosterstilling*

### 5.1.2 Aggresjon

Alle informantene forteller om mye turbulens, som raseri, ødeleggelse, psykisk utmattelse og ulykkelighet i hjemmene. I tillegg sier alle informantene at de ved en eller flere anledninger har vært utsatt for fysisk vold. Likevel er det bare en av informantene som karakteriserer sitt barn som til tider voldelig. F1 forteller om aggressiv oppførsel som kan foregå over dager, uker og måneder fra morgen til kveld, rettet mot foreldrene. Noen perioder med kun søvn som pause:

*Konfrontasjonene hjemme er jo eksplosive, og de er ganske anstrengende å stå i. Med ødeleggelse og raseri. Det er jo ikke en time om dagen. Vi har hatt det fra han åpner øynene til han sovner om kvelden.*

F1 forteller om en episode fra SFO, som skjedde da gutten var 6 år:

*Da hadde barnet mitt vært i et eller annet klamreri på SFO og blitt tatt inn og satt i en sofa. Mens han satt hadde den voksne stått over mitt barn, og det hadde ført til at mitt barn sprang bort til skuffen og hentet kniv, som han stakk den voksne med i armen.*

F1 vurderes sønnens adferdsmønster på følgende måte:

*(...) det som er med mitt barn er at alle følelsene kommer ut som sinne. (...) Og der ligger det både anger, angst, lei seg, sorg og det kan være mange følelser der, og empati for andre.*

Alle familiene i undersøkelsen har til tider store utfordringer i hjemmet knyttet til barnets aggresjon. F1 så utfordringer i forhold til aggresjon allerede ved overtagelse, men har aldri forstått, langt mindre klart å temme det. Med unntak av en periode på ett år, da mor og barn var hjemme og holdt på med holdingsterapi, har temperament vært tydelig til stede de 9 årene han har bodd i Norge.

*Det var jo fra morgen til kveld fra før[ang. raseri]. Grusomt! (...) du sitter og tenker dette kan ikke bli verre. Men det ble det!*

Sønnenes aggresjon beskriver hun slik:

*(...) som smakk; lyn fra klar himmel, eller det kan bygge seg opp. Du ser at det blir verre og verre(...) men å kunne stagge det (...) er ikke lett.*

*Han[barnet] sprenger og sprenger og sprenger for å se hvor langt denne strikken kan strekkes.*

F1 fortsetter med å fortelle om en episode som endte med at sønnen forårsaket at F1 brakk fingeren:

*Jeg lukket opp skapdøra, så sto mitt barn rett der. Så tenkte jeg, når jeg stappet inn den ene hånden: " Dette er ikke lurt"! Men før jeg fikk dratt ut hele hånden så kom jo døra, med et spark. Så da fikk jeg ikke ut fingeren. Den fikk seg en skikkelig trøkk der da.*

Mor i F2 er blitt den, som i størst grad, barnet fysisk får ut sin frustrasjon på.

*(...) det siste halve året har barnet ikke slått, men før det igjen, kunne han bli så sint at han slo, eller fortvilet kan jeg si. Men så slo han meg i går. Det var fordi at jeg hadde oppdaget at han hadde røykt hasj. Da ble hun fortvilet.*

I tillegg sier flere av informantene at det har vært en del rasering i huset, knusing av vindusruter og annen ødeleggelse. F3 beskriver yngstemanns adferd som følger:

*(...)kaos, rot, mye dører, mye lyd, mye kropp; armer og bein, mye frem og tilbake, mye ting som knuses, går i stykker; Tv`n detter i gulvet. Hundene skriker av å bli tråkket på, får en dør i hodet. Ingen ting som ligger der det har ligget, for noen andre har tatt det.*

De fleste informantene konkluderer sin egen hverdag som anstrengende i forhold til det at det ikke går an å vite hva de har i vente fra dag til dag. F2 sier:

*Du går jo på tå hev!*

Lav frustrasjonstoleranse og oppblåsing av små ting er noe mange av familiene forteller om som en daglig utfordring. F2, som har 2 barn med RAD, har erfart store forskjeller i søsknenes symptomer på RAD. Om eldstemann sier mor:

*Det var masse sånne småting. Han havnet opp i konflikter med kompiser, og slagsmål.*

F4 har også utfordringer grunnet barnets motvilje/aggresjon mot å gjøre lekser. Barnet har derfor hatt leksehjelp på skolen, for å unngå daglige konflikter hjemme.

*Han har jo hatt leksehjelp. For lekser hjemme var jo en kamp på to-tre timer fra helt i begynnelsen, for å få han til å gjøre lekser.*

Sønnen i F1 utøver vold i form av blant annet slag, mental terrorisering, avvisning og trusler, og raseri. Han virker også, i følge mor, lite i stand til å innse sin rolle i mishandlingen. F1 sier:

*Det er ikke begrensninger for hva vi kan utsettes for, og som vi skal stå i og tåle. Ingen andre får tyn fra han.*

### 5.1.3 Avvisning

Hos alle informantene går det klart fram at barna sliter på hver sine måter med sunn tilknytning. F1 sier dette om første møte med sønnen i giverlandet:

*(...) vi [fikk]beskjed om at det var litt opp til vårt barn å si om han ville bli med oss første dagen. Jo, han satt og tegnet litt, og så rasket han sammen sakene sine i en sekk og var klar til å bli med, for nå hadde han fått mamma og pappa. (...)og så seg ikke tilbake.*

F1 vurdering av denne reaksjonen er:

*Det er jo litt rart, men det tyder jo på at han ikke hadde noen bånd.*

F4 la merke til følgende da de hentet sin sønn som var to år ved overtagelse.

*Det var at han egentlig var veldig egoistisk. Til tross for at han var helt fremmed for oss så forlangte han nye sko, første gang vi møtte han. (...) han var egentlig veldig "sånn skulle han ha det".*

F4 forteller at dette er adferd som gutten fremdeles har. Han kan kjempe for å få en ting, men når han har oppnådd å få det, så har det ikke lenger noen verdi for han.

F1 oppdaget ved første kontakt at barnet var udiskriminerende, og beskriver dette på følgende måte:

*(...) Ja, han forsvant hvis du ikke sugde tak i han. Han tok gjerne hånden til en fremmed på gata.*

F4 konkluderer sønnens tilknytningsproblem på følgende måte:

*Han kan ikke være hjemme.(...)Han må ut. Det er vel fordi at han ikke vil være hos oss. Han har aldri "tid" til å være hjemme, han må ut, ut, ut. (...)Kan godt hende han drar ut for å slippe konflikten han vet han ikke kan la vær å sette i gang.*

Både F2 og F4 opplevde ganske tidlig at det ikke var så lett å knytte barnet til seg, fordi barnet ikke viste interesse for å knytte seg spesifikk opp mot dem, ei heller noen andre.

Gjennom undersøkelsen kommer barnets forhold til venner stadig opp i samtalene. Forhold som informantene opplever som vanskeligere for deres barn med RAD, både i forhold til det å knytte vennskapsbånd og i forhold til å holde på dem. I undersøkelsen sliter alle barna i forhold til venner.

F1 sier:

*Han fungerer jo ikke med venner, klarer ikke være med på noen ting, alt blir bare kaos, bare surr rundt han – fullstendig. Venner orker ikke å være sammen med han lenger. Han er jo så intens. (...) Han får aldri nok, noen gang. Han har aldri kommet hjem på eget initiativ.*

F2 beskriver sin opplevelse av denne tiden slik:

*Han var ikke redd for noen ting eller noen. Han gikk med hvem som helst, satt tre sekunder på hvert fag, for det var det han hadde tid til. Udiskriminerende!*

I F4 synes det vanskelig for familien å spore noe særlig empati hos barnet. Far sier:

*Null (...) Litt kanskje. Så hadde jeg skadet meg, så tror jeg ikke han hadde brydd seg. Nå har farmora fått kreft. En gang kanskje han spør hvordan det går med henne. Han har ikke noe sånn omtanke for andre.*

F4 legger til at det kan hende sønnen ville hatt litt følelser når det kom til hans egen katt, som han er veldig glad i. Ellers er det lite empati å spore:

*Men han ordner ting hele tiden til fordel for seg selv. Han lever i sin egen verden. Hans egen verden skal være ok, så driter han for så vidt i alt det andre. Det er brutalt sagt, men det er vel sånn det er.*

F3 ser også på et av barna som meget lite opptatt av andre.

*(...) yngstemann er nok mer opptatt av å mele sin egen kake først.*

Det kommer fram i intervjuet at F4 opplever barnet som så tilknytningsskadet at selv om han har hatt et godt og trygt hjem i 12 år nå, så knytter han seg ikke til familien slik man ønsker.

F4 eksemplifiserer sønnens manglende tilknytning med å beskrive en feriestuasjon:

*(...) bruker masse tusen på å være i Roma i 7 dager, og har det egentlig ikke så veldig greit. Når du ser bilder fra stranda fra ferien, så ligger det tre badehåndklær sånn, og*



*så ligger det et badehåndkle tre meter lenger vekk. Der ligger minstemann. Så det er jo en trist situasjon (...)*

Barnet har opplevd 6 forskjellige omsorgspersoner før han kom til dem. F4 sier de mener sønnen er grunnleggende redd for å bli avvist. For ikke å oppleve dette, kommer sønnen alle i forkjøp ved å avvise dem, før de avviser han. Han er derfor tilsynelatende udiskriminerende til andre:

*Hvis du kommer hjem til oss og sier til minstemann at: "Jeg har et rom hjemme på 40 kvm! Vil du flytte til meg?". Jeg tror han hadde dratt på sekundet!*

Samtidig mener F4 ikke svaret er å flytte barnet til andre, og tilføyer:

*(...) etter en stund [hos andre], hvis han begynte å få regler der og, så ville han kanskje tenke at ok kanskje det ikke var det store likevel.*

Det å være avvisende kan komme til uttrykk som det å "være imot". Dette er noe F1 også kjenner seg igjen i.

*Da har vi dette med at mitt barn er verbalt imot alt uansett, fra morgen til kveld. Det er bare negativt.*

F4 opplever også at barnets behov for å "være imot" ofte gjør at de må tenke annerledes enn med andre barn.

*Hvis vi skal ha han til å gjøre noe, må du be han om å ikke gjøre noe, så kan du håpe at han kanskje gjør det.*

F4 sier sønnens måte å være på gjør at han ikke har noe særlig sosialt nettverk:

*Han har jo ikke noe veldig med venner, for han er veldig krevende. De blir vel nesten mett på et tidspunkt. Hvis han har noen han går sammen med så er det egentlig ned et par år i alder.*

## 5.2 Møtet med offentlige hjelpeinstanser

### 5.2.1 Barnevernet

F1 forteller at det etter hvert begynte å toppe seg såpass med frustrasjon hos sønnen, da han var 13 år, at familien søkte hjelp hos barnevernet. Etter diverse eksplosive utageringer og generell truende adferd, følte F1 tiden var inne for konkret hjelp til mestring.

*Jeg aner jo ikke hvor jeg skal be om hjelp, så jeg ringer til barnevernet, og ber da om hjelp. Får en telefon en tre-fire uker senere, der vi får beskjed om at vi er kjempegode flinke foreldre, og de tar ikke slike saker. De må prioritere andre ting.*

F1 dro da videre til politiet og fortalte dem at barnet var fysisk utagerende og at han var kommet med mange drapstrusler. Mor og stefar slet også i denne perioden med søvn på grunn av truslene. Politiet sa at i saker hvor barnet er under 18 år, hører saken hjemme hos barnevernet.

Etter nye lange runder i systemet og etter å ha fått kalt sammen både barnevern, habiliteringstjenesten, PPT, ABUP, skole, sektorsjef innen skole NAV, ble det full enighet om at hjemmesituasjonen var meget kritisk. Det var full enighet om at det skulle søkes om 100 % pleiepenger for både mor og stefar, altså 200 % pleiepenger.. En søknad de senere fikk avlag på. Dette avslaget var ikke en konsekvens av at hjemmesituasjonen var forbedret, heller tvert i mot.

*Fra det møtet i desember 2010 fram til sommeren 2011, så har jo situasjonen eskalert enda mer.*

Da sommeren kom var det, i følge mor, helt uutholdelig hjemme. En gang i denne perioden hadde stefar måtte ta tak i gutten for å roe han ned. Dette er noe barnet litt senere fortalte til barnevernet i et dybdeintervju etter sommerferien. På bakgrunn av dette konkluderer barnevernet med at barnet skulle ut av hjemmet, og de sa videre at mor ikke skal fortelle barnet noe om det som skal skje.

*De hadde erfaring med at dette skulle være et overraskelsesmoment, dette fungerte best når det kom bardust på et barn.*

Mor poengterer igjen for barnevernet at et tilknytningsskadet barn må ha adskillig mer forutsigbarhet. Mor blir derfor sjokkert over barnevernets ”erfaring”, og sier:

*(...) tilknytningsforstyrrelse og bardust på? Julen kommer brått på her!*

F1 tok saken i egne hender, og møtte opp på barnevernet og forklarte at å flytte barnet ville ødelegge hans muligheter til stabilitet, og at det derfor ikke var en løsning de kunne være med på.

*Det er på en måte ikke noen vits i å lage en plan for tilbakeføring av barnet, for vi får tilbake et ødelagt barn som ikke er noe å reparere på.*

Mor fikk etter hvert barnevernet med på at barnet ikke kunne komme til ukjente, men barnevernet fastholdt likevel at barnet skulle flyttes. Dermed ble det bestemt at familien skulle tenke igjennom om de hadde et vennepar han kunne bo midlertidig hos. Barnevernet bestemte seg fort, på en time, for å godkjenne et av venneparene. F1 ble overrasket over barnevernets valg av midlertidig hjem: et vennepar som nettopp har flyttet inn i et gammelt oppussingsprosjekt, hvor malingsspann og kartonger fylte huset. F1 sier:

*De som hadde bodd der før dem hadde ikke vasket etter seg. Det så ikke ut!  
De[barnevernet] får til og med vite at de [det midlertidige fosterhjemmet] har 2 barn  
med samme diagnose: reaktiv tilknytningsforstyrrelse, 3 bikkjer som fyker rundt.*

Mor mener klart at barnevernet vurderte barnets eget hjem som voldelig, altså at de som foreldre var voldelige, og at det var grunnen til flyttingen. Da barnevernet intervjuet barnet dobbelsjekkete de ikke historien hans. Hun sier:

*De kunne ha spurt spesialistpsykologen. (...) Ingen kontrollspørsmål. Bare kjørte flatt!  
Det er ikke kommet en beklagelse, ikke en unnskyldning. (...) Men de har kun en  
medisin: One size fits all". Det er flytting av unger.*

F2 har også opplevd at barnevernet har gransket dem. De opplevde det truende å få beskjed om at de sto i fare for å miste omsorgen for barnet, da deres barn valgte å blande tabletter, alkohol og hasj. Selv om barnet ikke ble tatt fra dem, var opplevelsen av barnevernet tung for foreldrene.

*Erfaringene derfra var at jeg i hvert fall ble veldig fortvilet. De skisserte at enten så  
ble hun tatt fra oss eller så ble det forsterkninger i hjemmet eller så ble saken henlagt.*

For flere av familiene har det også vært vanskelig å forholde seg til barnevernet fordi de blant annet har følt at barnevernet har gitt indikasjoner/ trusler om at barnet kan bli tatt fra dem. I tillegg har barnevernet ikke innrømmet åpenlyse feil. Mor i F1 sier:

*Også har vi jo i denne prosessen her fått litt sånn skumle: Pass dere nå for  
barnevernet. Hvis de får motstand så klemmer de bare til!*

F1 opplever også at det, om ikke annet, hadde gjort godt å få en beklagelse for behandlingen de ble møtt med. Mor sier:

*Det er ikke kommet en beklagelse, ikke en unnskyldning.*

### 5.2.2 PPT

F3 har også lang erfaring med forskjellige hjelpeinstanser i det offentlige. Familien har 2 barn med RAD som har trengt forskjellig type hjelp. Eldstemann møtte i oppstartsfasen av 1. klasse, mobberelaterte utfordringer, som de ikke oppdaget med det første:

*Han skulle ikke ha mat, begynte å kaste ting, rive ned alle klærne sine og var  
tydeligvis veldig sint da. (...) Nesten som å få et lite monster i hus. (...) Da fortalte han  
at det var et større barn på skolen som hadde banket han hver morgen. Og det har  
tydeligvis utløst noen ting da. Noe redsel, eller et eller annet. Det tok bare mer og mer  
av, og vi havnet hos PPT og skolepsykolog.*

Ut over dette har eldste barnet stort sett klart seg greit på skolen, har venner og relativt god empati.

F1's første møte med PPT var da gutten som 6-åring knivstakk en av de voksne på SFO. Mor har hele tiden følt at PPT har skjønt hvordan de skulle forholde seg til diagnosen, og har hatt et godt samarbeid med dem opp igjennom årene.

F4 opplever PPT som den instansen som har vært mest kunnskapsrike og imøtekommende.

Far sier:

*(...) PPT ved skolen har vært veldig fin da. (...) Hun er den eneste av alle som har spurt oss hvordan vi foreldrene har det.*

### 5.2.3 Spesialistpsykolog

Alle familiene i undersøkelsen har jevnlig vært i kontakt med en spesialistpsykolog som alle informantenes barn har vært/er i behandling hos. Der forteller de at spesialistpsykologen har lært dem om barnas røde og grønne valg av blant annet venner. Med rødt tenker han på venner som ikke er til ens beste, altså negative. Med grønne menes de sunne gode vennene en bør ha for selv å vokse og utvikle seg. F2 sier:

*Etter at han [sønnen] først mistet alle vennene sine har han funnet ymse venner, for å si det sånn. Rødere venner, litt halvkriminelle venner, innvandrer venner, ja... han er jo litt rotløs.(...) Disse røde vennene hans, alle er jo så forståelsesfulle, og de er jo liksom i samme situasjon. De kan jo møtes når som helst på dagen, ingen krav, ingen gjør noen ting.*

F4 forholder seg til spesialistpsykologens anbefalinger, og de opplever god støtte, men innrømmer også at de ikke alltid har vært helt enige med spesialistpsykologen, og av og til gjort ting annerledes enn etter hans anbefaling. Far forteller:

*Spesialistpsykologen sier han bare kan kutte på lekser, men vi har vært litt uenig for hvis minstemann får inntrykk av at hvis jeg bare er nok imot så slipper jeg, så kommer han til å gjøre det resten av livet. Han hater plikter og regler, men det må han ha. Slik er samfunnet.*

I F3 fikk eldstemann diagnosen RAD først i 8. klasse, og mor er litt usikker, men mener yngstemann fikk diagnosen i 5.-6. klasse. I F4 har familien gått til spesialistpsykolog siden

gutten var under skolealder, og diagnosen kom rask. I F1 ble diagnosen RAD satt ved skolestart i 5. klasse.

*Diagnosen var satt i løpet av en halv time. (...) Og i løpet av det skoleåret fikk han også diagnosen ADHD.*

F1 har gjennom hele oppveksten hatt behov for mye hjelp av forskjellige hjelpeinstanser. En periode i 4.klasse var gutten så dårlig at spesialistpsykologen anbefalte holdingsterapi. Dette innebar at mor og sønn skulle bare være hjemme sammen i en måned. I denne perioden skulle de holde seg så mye som mulig sammen. Alt som ble gjort ble gjort sammen, inkludert å sove i samme seng. Når måneden var over, var det store bedringer i sønnens psykiske helse, og spesialistpsykologen anbefalte dem å fortsette. Det endte med at mor og sønn fortsatte med holdingsterapi i over ett år. Det var en krevende periode, også for stefar, som knapt nok fikk noe tid med sin kone i denne perioden.

*Det krever ganske mye å ha en baby på 9 år.*

Noen av informantene har fått spesialistpsykologens vurdering av hvor hardt emosjonelt skadet deres barn er. F3 sier:

*Når vi testet de sist, kom han eldstemann ut ” kan være tilknytningsskadet, men behøver nødvendigvis ikke. Men yngstemann kom ut på ”medium”.*

F1 har også fått spesialistpsykologisk vurdering av omfanget av sønnens forstyrrelse.

*Han er alvorlig, alvorlig tilknytningsforstyrret. Det er ingen ”light” variant, og det er ikke en medium variant. Vi har sett unger med light, vi har sett unger med medium, det er ikke i nærheten av der mitt barn er.*

#### 5.2.4 Kompetanse

Alle familiene har søkt hjelp hos minst 3-4 av de offentlige hjelpeinstansene. Informantene i undersøkelsen har alle gitt uttrykk for at det har vært krevende å være i møte med offentlige hjelpeinstanser. F3 oppsummerer disse møtene på følgende måte:

*Lite kompetanse, lite flink til å lytte.*

En utfordring, som alle foreldrene opplever frustrerende, er at de i tillegg til å ha en ekstrem hjemmesituasjon, heller ikke får forståelse for dette utenfor hjemmet. Kaos og intriger skjules tilsynelatende godt innenfor husets fire vegger. Alle familiene uttrykker en ambivalens over at barnet stort sett klarer å holde problemene sine skjult for omgivelsene. Foreldrene er

selvfølgelig glade for arenaer barnet takler, på den annen side er det nettopp på disse arenaene foreldrene ikke blir møtt med forståelse fra utenforstående.

F4 har opp igjennom årenes løp hatt mange møter med skolen. I et slikt møte uttrykte F4 behov for leksehjelp for å bedre hjemmesituasjon de mange ganger tidligere har forklart skolens ledelse. Rektor responderer følgende:

*”men han smiler til meg”.*

F4 er oppgitt etter mange forsøk på å få skolen til å forstå.

*Da skjønner du ingenting! Ja, minstemann smiler til alle han, som ikke setter grenser for han.(...)Ingen ser hvordan minstemann er. Han er to forskjellige personer.*

Erfaringer i forbindelse skolen har for de fleste av informantene bydd på store utfordringer av varierende karakter. Mange av familiene føler de ikke blir hørt eller forstått av de ansatte i skolen. I tillegg har en av informantene fortalt at det ble satt inn sløydlærer til å hjelpe barnet istedenfor spesialpedagog. Dette fungerte dårlig, og barnet endte opp med å ikke ville gå på skolen.

Likevel er det barnevernet som informantene gir de kraftigste tilbakemeldingene. Flere av familiene er både misfornøyd med barnevernets kunnskapsnivået og inngripen i saker. De mener at barnevernet har gjort dem som foreldre enda mer fortvilet, og at de har blitt overkjørt i sin sak. Når det gjelder barnevernets kompetanse sier F2:

*Den var veldig liten!*

PPT kommer hos nesten alle informantene i undersøkelsen godt ut av det. F1 sier:

*PPT har jeg opplevd hele tiden har tatt poenget med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og at det er annerledes enn andre diagnoser.*

I alle intervjuene går det fram at informantene er meget godt fornøyd med spesialistpsykologen. De forteller alle om flere situasjoner hvor han har strekt seg mye lenger enn de i utgangspunktet har forventet. En informant sier at spesialistpsykologen har vært *klippen* for familien. Han har blant annet møtt opp og skolert forskjellige hjelpeinstanser om diagnosen, for å kunne være til hjelp for den enkelte familie.

## 5.3 Foreldres erfaringer og tanker om fremtiden

### 5.3.1 Sorg

To av informantene gir også uttrykk for sorg i forhold til at fedrene ikke er deltagende i den grad barna trenger det. I begge familiene bor barnets foreldre hver for seg, og er ikke samstemte. Far i F1 ønsker ikke, i følge mor, å involvere seg noe særlig i guttens liv, og det går ut over familiedynamikken hjemme hos mor og barn. Hun sier:

*Så når han nå har både mor [biologisk] og far[adoptivfar] som har sviktet, så får vi [mor og stefar]altså så mye tyn, det er liksom ut av en annen verden.*

I samtalene kommer det flere ganger fram at mange års slit har ført til nedstemthet. F3 beskriver det slik:

*Jeg har jo en sorg. For det første så har jeg jo en stor sorg inni meg selv. En sorg ovenfor at ungene mine skal slite sånn, og en kjempesorg over at jeg ikke har fått lov til å være 100 % mamma. Jeg ville og være mamma og ikke tarmskyllt, slagobjekt, overhøvlet, bedriten, noe som de skal skamme seg over, noe som de er sint på, alt det ekle som finnes inni hodet deres når de "kjenner at det kommer".  
På mange måter så er det sorgen over noe som ikke ble.*

F 4 uttrykker det kort og godt med følgende:

*Du kan si det sånn at vi er en trist familie.*

I F3 har far ikke ønsket at barna skulle motta hjelp av spesialistpsykologen. Siden mor var uenig endte det i forlik, hvor det ble bestemt at barna kun skal motta hjelp hvis far er enige. Dette står fram til de i 16 år, men selv da skulle det vise seg å være vanskelig. Men mor sier:

*Men spesialistpsykologen måtte jo avslutte for far har jo truet med å melde til fylkeslegen og alt mulig. Og det er jo veldig vanskelig for spesialistpsykologen å behandle et barn som på en måte står så trøkt mellom barken og veden. Lojalitet!*

F4 syns også det er vanskelig å få hjelp utenfra, da det er hjemme kaos og turbulens som oftest kommer til syne. F4 er også skeptisk til om sønnen i det hele tatt kan hjelpes.

*Vi har vært rundt omkring. Men du får ikke noe hjelp for det er ikke så mye de kan gjøre. Han har den skaden sin, og den kan jo ikke repareres. Den må du nok bare leve med.*

Alle foreldrene i undersøkelsen syns det er vanskelig å bli trodd av andre. F3 forteller det de andre også uttrykker, nemlig at barnet er en helt annen ute.

*Folk ser to pene, veloppdragene, høflige barn. Har jo fått telefon av nabodama som har hatt besøk av mine barn, som har ringt bare for å si hvor koselig, med så høflige barn.(...)Flink på skolen (...)Og det er jo "ikke noe problem!". Problemet er jo at jeg[informant] er oppkloret fra leggene og opp. Og hårtustene er lugget ut av meg.*

Det kommer tydelig fram i undersøkelsen at når ett medlem i familien lider, lider ofte hele familien. Alle informantene gir uttrykk for at diagnosen gir utfordringer for hele familien. For at ikke søsken skal utsettes for mer enn nødvendig, opplever de informantene som har fleres barn, et behov for å skjerme søsken litt. F4 forklarer hvordan de prøver å isolerer problemet av og til, for å skape litt fred, kos og ro for eldste sønnen:

*Eldstemann og jeg har dratt ut veldig mye hjemmefra. Gått på bowling, øvelseskjørt og hva som helst da.(...) På en måte flyktet fra huset for å unngå det verste bråket da (...)Men så sitter jo kona igjen med alt hjemme, og full pakke og vel så det.*

F4 tilføyer, når det gjelder eldstemanns konsekvenser av daglig turbulens i hjemmet:

*Han er heller ikke noen glad gutt.*

### 5.3.2 Isolasjon

Foreldrene i undersøkelsen bærer preg av isolasjon, og sier også at de ofte ikke har overskudd til eller orker sosiale arenaer. Dette av forskjellige grunner. F1 forteller:

*Det er faktisk et spørsmål om å orke å være sosial. Det er jo så begrenset. Når du først har et smutthull så er ikke det første du gjør. De sosiale arenaene har blitt verre og verre der en blir invitert på fest. (...)*

Informantene opplever det vanskelig å dele noe i vennelag, når alt er så trist. F1 fortsetter:

*Ikke går jeg på jobb. Han sluker jo hele hverdagen min opp. Det er liksom ikke det du begynner å brette ut i en sosial sammenheng. Det blir så feil, det blir en belastning.(...) Jeg har bare ikke overskudd.*

Å leve under veldig turbulente hjemmeforhold, går ikke bare ut over barna i familien. Også de voksne har merket at det har fått konsekvenser for dem. Informasjon fra alle informantene indikerer at familiene daglig står overfor meget store utfordringer, som ofte og i hvert fall lenge, er skjult for omgivelsene. Dette kan innebære at også venner av foreldrene ikke tror eller forstår det som skjer.

F3 sier:

*Og du blir skuffet over omgivelsene som ikke en gang vil prøve å forstå. Jeg har venner som har sagt "sett hundene dine på gulvet og se ungene dine i øynene, så går*



*nok dette over". Eller "prøv med hypnose!"(...) Åh, ja. Å leve med skadede barn gjør deg så isolert som bare fy!*

Andre, det kan være seg øvrig familie og venner har vanskelig for å forstå adoptivforeldrenes bekymring og oppgitthet. F2 har denne erfaringen:

*Med ens egne venner så får en ikke denne støtten, fordi de mener bare at man skal si nei, også skal man oppdra, så skal man ikke være svak, osv. Også har de mange løsninger på hvordan man kan gjøre ting. Ja, vi er mislykkede i andres øyne ja, og i oppdragelsen av vårt barn.(...)*

Konsekvensene sier F2 er:

*(...) at folk blir borte rundt oss. Venner har kvittet seg med oss, fordi det er vanskelig å få oss på besøk. For det må passe med hjemmet, og det er det ikke alltid at folk forstår – at vi ikke kan gi svar før samme dag, for det har med dagsformen å gjøre.*

### 5.3.3 Bekymringer for framtiden

Alle barna i undersøkelsen har i følge informantene utfordringer fram i tid som er større enn det som er vanlig blant ungdom generelt. Dette betyr større bekymringer for foreldrene også.

I F1 ligger det en bekymring for hvordan barnet vil oppføre seg og fungere sammen med en kjæreste. F1 sier:

*Så jeg er redd at hvis ikke det skjer noe ganske betraktelig forandring i løpet av kort tid, hvordan han er overfor meg, så vil jeg si at det er måten han behandler sin fremtidige ektefelle på. Ikke noe greit!*

Barnet er nå 14 år, og F1 mener tiden er i ferd med å renne ut i forhold til å lære seg hvordan behandle en fremtidig kjæreste. I tillegg er F1 opptatt av at barnet må ha hjelp med basale ting, og sier:

*Men ut i fra så dårlig fungerende han er nå, så har han behov for at folk forteller han at han skal vaske seg, holde seg ren. Han har behov for at noen regulerer hva han stapper i seg. Han har behov for veiledning i forhold til hva som passer seg i forhold til andre mennesker.*

I tillegg er F1 redd for at sønnen ikke i det hele tatt selv vil oppsøke hjelp etter fylte 18 år.

Hun ser for seg at det mest realistiske ikke er at han klarer å følge opp en jobb og kanskje ikke klarer å lære seg å følge grunnleggende uskrevne samfunnsregler. F1 legger til:

*Hvis vi er heldig så blir han kanskje "guffen" som bor uti skogen med bestemor. Men jeg vet ikke om jeg vil være bestemora!*

I F2 er den mest fremtredende bekymringen nå barnets skolegang, eller mangel på skolegang.

F2 sier:

*Ja, det realistiske her er at han går noen år ekstra på videregående for å kunne greie å få til så mye som mulig. Da snakker vi ikke om fullt løp en gang.*

F2 ser for seg at sønnen kan klare å leve sammen med en annen, hvis den andre er tålmodig og tåler barnets utspill. De har også klare tanker om hvordan det ville være for barnet og selv en gang få egne barn:

*Jeg ser vel vanskelig for meg at de bør få barn. Da tror jeg de må ha mye hjelp hos besteforeldre.*

I F3 er det snakk om to barns framtid. Når det gjelder eldstemann som mor karakteriserer som til dels deprimert og tiltaksløs, sier mor:

*Nå er eldstemann kommet til 2. gym. Det har vi jo klart. Faktisk tålig greit. Drømmen er jo politiet da. Han har innrullert seg til sesjon. Nei, jeg vet ikke jeg. Han aner jo konturen av en framtid selv.*

Selv om hun mener yngstemann er mer skadet i sin emosjonelle utvikling, sier hun:

*Yngstemann er nok mer skadet, men jeg tror allikevel det blir lettere, fordi yngstemann er så selvsentrert og målbevisst på mange måter. Det er mer energi og futt bak.*

Likevel mener mor at yngstemann vil slite mest i et forhold til en kjæreste.

I forbindelse med framtidsutsiktene til barnet i F4 er far mest bekymret for at sønnen er "imot" alt familien er for, og motsatt.

F4 sier:

*Men han har egentlig vært sånn veldig krevende hjemme og forlangt og egentlig laget bråk av ting du ikke skjønner det er noe å lage bråk av. Han er generelt imot.*

Dette er han redd vil resultere i at han tar mange ukloke valg. F4 sier:

*Det mest aktuelle er vel at han skal prøve narkotika fordi jeg jobber med narkotika. Bare for å provosere! Det kan fort gå den veien.*

I tillegg er sønnens avvisende måte å være på og hans mangel på empati noe foreldrene frykter. F4 sier:

*(...) vi er noen som kan bli funnet skutt en dag hjemme av minstemann!*

## DEL 3

### 6.0 Drøfting

#### 6.1 Emosjonelle utfordringer som svekker tilknytning

Alle barna i undersøkelsen har diagnosen RAD, noe som innebærer at barna har vært utsatt for forstyrrelser i sin tilknytningsprosess i spedbarnsperioden. Dette innebærer blant annet at barnet ikke har mottatt det det har trengt av hjelp og omsorg. Erikson sier at den ”enkleste og tidligste modaliteten er å få, i betydningen av å ta imot og akseptere det som gis” (Erikson, 1988, s. 86). Og det er gjennom å motta at barnet lærer seg å gi (Erikson, 1988).

Nettopp ved at barnet i spedbarnsalder har opplevd ”hull” i sin emosjonelle tilknytningsutvikling, har dette medført at barnets balanse mellom blant annet å gi og ta kan være svekket. Dette innebærer at barnet ofte kan ha problemer/utfordringer i samspill med andre. I småbarnsperioden dannes et såkalt motta-gi forhold, som senere utvikler seg til et holde på - skyve bort-mønster (Erikson, 1988), eller trygg base - eksplorering (Bowlby, 1969). Balanse mellom det begrepsmessige innhold er her viktig å opprettholde.

Hvis barnets behov for å motta ikke blir tilfredsstilt, vil barnet ha vanskelig for å gi og vil også oppleve at de har vanskelighet med å få nok. Barnet kan synes emosjonelt bunnløs, og bli en ”hamstrer” som ikke ser ut til noen gang å kunne fylles opp, eller et sultent barn som aldri/vanskelig synes å kunne mettes. En person som ikke har balanse i ”holde på – skyve fra seg”-mønsteret, kan utvikle en personlighet som enten preges av påholdenhet/gjerrighet eller grenseløs ødsling/løssluppenhet (Erikson, 1988). Dette gjelder flere sider av livet og personligheten, som for eksempel mat og klær, kjøp og salg, spising og drikking, relasjoner og parforhold, ros og ris, selvstendighet og avhengighet. En person med RAD vil følgelig ha store hverdagslige utfordring, noe også familien rundt personen med RAD vil ha.

Barn i undersøkelsen har indre ubehandlede sider som, uansett tilrettelegging, vil være av avgjørende karakter. Deres frykt og skepsis til mennesker og til hverdagslige utfordringer, vil derfor ofte hemme dem i utfoldelse med andre og vil gå ut over barnets kvalitet i hverdagen. Dette kan peke i retning av vesentlige tap i den tidligste barndom, og barnet mangler den grunnleggende tillit (Erikson 1981). Mistilliten manifesterer seg blant annet som isolasjon, konsentrasjonsproblemer, rastløshet og generell uro (Smith, 2002), noe undersøkelsen viser er framtrepende hos mange av barna.

Undersøkelsen viser at mange av adoptivbarna også ofte er engstelige. Det fortelles at selv der som tilknytning finnes, finnes der i bunnen likevel en utrygghet og en redsel. At barnet er engstelige i gitte situasjoner, er ikke grunn god nok til bekymring eller til å gi barna

en diagnose, tatt i betraktning at det å engste seg er en del av det å være menneske. Men engstelsen kan ha varierende årsaker, styrke, karakter og uttrykksformer. Noen ganger har engstelsen en klar kilde, andre ganger ikke. Engstelsen kan også være så sterk at den legger beslag på hele personligheten, eller vedkommende kan bare føle et visst ubehag. Engstelsen kan være nevrotisk eller sunn. Den kan vise seg i handlingslammelse, isolasjon eller aggresjon.

Ganske alminnelig har det vært å skille mellom *frykt* og *angst* (Marks, 1994). Når årsaken til engstelse skyldes en normal reaksjon på en realistisk fare eller trussel, betegnes den gjerne som frykt. Derimot er betegnelsen angst ofte benyttet hvis engstelsen er knyttet til en overhengende fare som ikke er åpenbar for en utenforstående betrakter (Marks, 1994).

Å skille mellom frykt og angst er ikke alltid lett. En informant forteller at sønnen, som har lite kontakt med sin far, har vært mye borte fra skolen enda han har noen å være sammen med. Skolevegringen forklares med at guttens far, som moren nå er skilt fra, arbeider ved skolen. Når guttens kamerater kommer med spørsmål om hvorfor ikke gutten tar kontakt med faren, så opplever han dette som en form for mobbing selv om han vet at kameratene ikke mener det slik. Gutten opplever det som et nederlag hver gang han blir minnet om at forholdet mellom han og faren ikke er slik det burde være, og som han ønsker. For å unngå slike ”mobbe-situasjoner”, velger han å være borte fra skolen.

Kilden til guttens engstelse synes i dette tilfelle å være åpenbar: han unngår situasjoner som konfronterer han med nederlaget i hans forhold til faren. Men saken kan også sees fra en annen synsvinkel. Nettopp det ”å bli sett” av faren, og få en større nærhet til ham, er det gutten ønsker. Når han da isteden opplever faren som uinteressert og fraværende, blir han både skuffet og såret, og det oppstår en aggresjon i ham. Aggresjon er en følelse han ikke tillater seg å ha ute blant andre, langt mindre å vise overfor faren. Ute ville andre fordømme ham, og faren ville kanskje helt vende ham ryggen. Utenfor hjemmet undertrykkes derfor aggresjonen, men et utløp må den få, og i det ubevisste sjikt konverterer derfor aggresjon til angst. Angsten er ofte en mer sosial akseptabel følelse enn hva aggresjon er (Erikson, 1988). Ut fra en slik psykodynamisk forståelse vil årsaken til skolevegringen være langt mer diffus.

Informanter forteller at noen av barna er engstelige for å gå ut. Dette kan forklares psykodynamisk, for eksempel ved at vedkommende holder bestemte drifter i sjakk ved å isolere seg. Dette kan også forklares ved at barnet ikke har den nødvendige grunnleggende tillit, verken til seg selv eller til omverdenen. I slike perioder har flere av barna, både tidlig og senere adopterte, vist en regressiv adferd. Funn i undersøkelsen viser at barn, selv i prepuberteten, til tider ikke orker å dusje eller kle seg selv, de ligger i fosterstilling, drikker

fra tåteflaske og spiser babygrøt. Barn i undersøkelsen kan starte dagen på skolen og fungere adekvat der, men går tilbake til spedbarnsstadiet, regredierer, når de kommer hjem. Den egentlige årsaken til en regresjon kan være tapet av morskjærligheten i tidlige barneår uten fullgod erstatning. Et slikt tap vil kunne medføre ”*en akutt infantil depresjon eller til en mild, men kronisk tilstand av sorg, som kan gi en undertone av vedmod*” (Erikson 1988, s 87), som kan vare hele livet. Hvis dette blir en persons generelle atferdsmønster når vedkommende møter nye utfordringer, vil det kunne indikere alvorlig psykiske problemer (Kringlen, 1990)

Men regresjonen kan også ha en sunn tilpasningsfunksjon. Mens Freud (1977) først og fremst betraktet en hver regresjon som noe negativt, noe som ledet til infantilisering, mener Erikson at det finnes en regresjon som må vurderes som positivt, og som i noen tilfeller kan være viktig i en persons sunne psykiske utvikling. Det er da snakk om ”*regresjon i egos tjeneste*” (Erikson 1988, s 183). Han hevder at skader fra tidlig barndom senere vil kunne leges uten terapeutisk hjelp, men understreker samtidig hvor vanskelig et slikt arbeid kan være (Erikson, 1970). I tråd med dette blir det hevdet at regresjon både kan være ønskelig og nødvendig som en hjelp for barn med tilknytningsforstyrrelser, for bearbeiding av traumer og mangler i tidligere livsfaser (Rygård, 2006).

Et flertall av barna i undersøkelsen har relativt lange perioder med hjemmeundervisning, noen over flere år. Det kan skyldes sosial angst, noe et av barna i undersøkelsen også tar medisin for å dempe. En av informantene forteller om barnets angst for avvisning fra medelever og/eller lærere. En annen form er frykten for å ”røpe seg” i møte med andre. En løsning på slike utfordringer kan være å isolere seg, hvilket undersøkelsen viser at flere av barna benytter seg av. Dette er et problem for barnet, familien og barnets skolesituasjon.

Noen av skolene har prøvd mye for å få barna til å møte på skolen. Andre skoler har gjort lite eller ingenting, i følge informantene. Uansett hva som er gjort fra skolens side, synes det i liten grad å ha hjulpet på barnas tilstedeværelse. Omgivelsenes tilrettelegging alene synes altså ikke å være nok. Mye kan tyde på at årsaken til fravær er mer kompleks, og at sakens kjerne første og fremst ikke er skolerelatert. Riktig nok vil det være viktig at skolen er behjelpelig med eventuelle hinder for fremmøte. Men funn i undersøkelsen viser at selv der skolen anstrenger seg for å tilrettelegge forholdene, har barnet vanskelig for å møte på skolen. Og selv der hvor foreldrene mener de gjør alt for å få barna på skolen, indikerer undersøkelsen at det ikke er nok for barnets tilstedeværelse. Foreldrene er selv oppmerksom på dette. De mener derfor barna trenger spesialpedagogisk hjelp i skolen, og at det ville hjelpe på fraværet og være med å fylle faglige hull.

Behovet for spesialpedagog kan vise seg å være riktig, fordi barna har stort fravær og derfor sannsynligvis også store faglige ”hull” i sin innlæring. Men hadde hjelpen vært satt inn tidligere, ville kanskje behovet for hjelp vært et annet, for undersøkelsen indikerer ikke at det er noe galt ved barnas intellektuelle side. Hvis hjelpen derfor hadde vært der fra første skoledag, kunne flere av barna kanskje klart seg med en assistent. Barna trenger først og fremst å bli forstått slik at det kan gjennomføre sitt dagsprogram. Det avgjørende synes å være hvordan barna har det på det emosjonelle plan, og hva barnet har eller opparbeider seg av indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1969). Greier barna å gjennomføre skoledagen som de andre i klassen, vil vedkommende stille likt med de andre. Og faglige hull vil ikke være noen ekstra hinder for å møte på skolen.

Foreldrene, som synes å ha en daglig kamp med å få barnet på skolen, mener også assistent kan være en viktig og skolefremmende faktor. Flere av informantene har konkrete forslag om en assistent som starter sin arbeidsdag hjemme hos barnet, og som er sammen med barnet gjennom skoledagen. Informanter har tro på at barnet lettere kommer seg på skolen hvis det er en assistent som hjelper dem med denne oppgaven. Forståelsen og aksept er helt avgjørende, slik en informant sier: ”Kjemi er alt”! Med en slik assistenthjelp ville barnets faglige og sosiale hull i skolen, forhåpentligvis ikke bli så store.

Funn i undersøkelsen viser at flere av barna har et anstrengt forhold til mat, og flere av informantene observerte dette allerede ved overtagelsen. Selv om informantene ikke eksplisitt uttrykker det, synes dette likevel å være en utfordring de bare må leve med. Et av barna var i giverlandet så overvektig, allerede ved 1 års alderen, at det via sykehuset ble satt på diett. I dag, 14 år etter, ”bor” han til tider i kjøleskapet, alt ettersom hvor retraumatisert han er. En annen informant forteller om barn som tilsynelatende ikke liker noe mat. Barnet har også til tider kraftige reaksjoner, rent fysisk, på det å ha mat i munnen, noe som kan resultere i brekninger og oppkast.

Barns forhold til mat kan forstås på ulike måter. Når barnet avviser den maten foreldrene lager, kan foreldrene oppleve dette som en avvisning av dem. Det kan det være, men det behøver heller ikke å være det. Det kan for eksempel være andre fysiologiske eller psykiske mekanismer som slår inn. Overspising kan forstås slik moren gjør når hun knytter det opp mot traumatisering. Men det kan også skyldes andre psykologiske forhold, for eksempel indre tomhet og/eller behov som ikke er tilfredsstillende imøtekommet, men som forsøkes dekket med mat (Erikson, 1981). Det kan også forstås som en tidlig skade i motta- gi forholdet, mellom barnet og moren/omgivelsene. Her kan man ikke generelt si at en forståelse

er mer riktig enn en annen, det er ikke ett svar som er riktig, eller én fasit, men her må man se hvert tilfelle som enestående og vurderes på individuelt grunnlag.

Nesten alle informantene poengterer at barnas angst oppleves som en stor utfordring i hverdagen. Angsten synes å være der hele tiden, men styrken kan variere. En informant forteller om at de allerede ved overtakelsen opplevde at barnet var ”vettskremt”. Når et barn blir tatt ut av en kjent/trygg situasjon, kan det medføre angst/redsel. Det finner under slike omstendigheter sted en deaktivering av tilknytningssystemet (Wennerberg, 2011). Samtidig aktiveres barnets redselssystemet. At barnet føler seg utrygt og engstelig i den nye og ukjente situasjonen, kan oppfattes som en normal og sunn reaksjon. Hvis barnet tidligere har vært tilknyttet en annen omsorgsperson, vil barnets møte med det nye oppleves uforutsigbart og forvirrende. Dette indikerer at barnet har utviklet en viss evne både til diskriminering og tilknytning.

Barnets angst kan også forstås som en reaksjon på barnets tidligere relasjonelle spedbarnserfaringer. En slik adferd hos barnet kan ses som et uttrykk for en grunnleggende utrygghet eller sårbarhet hos barnet. Hvis foreldrene ser barnets angst/redsel som en reaksjon på barnets tidligere traumatiske erfaringer, vil dette kunne fremkalle en angst også hos foreldrene. En slik overførsel av angst vil være uheldig fordi barn trenger trygge foreldre. At foreldrene tolker situasjonen slik, mer eller mindre intuitiv eller reflektert, er ikke ubegrunnet. Omsorgspersonens nærvær, regelmessige opptreden og adekvate svar på barnets behov er avgjørende for at barnet skal kunne oppleve trygghet. Brudd på denne regelmessigheten, kan føre til at barn føler seg utrygge (Bowlby, 1969). Dette skaper en indre uro hos barnet, og det vil kunne få store problemer med plutselig å skulle forholde seg til nye personer og rutiner (Smith, 2002).

Informantene i undersøkelsen uttrykker at barna kan være aggressive og at dette ofte gir seg tilkjenne i utagerende adferd. Uten å bruke desorientert tilknytning som et diagnostisk redskap, er det ”aggresjon eller såkalte eksternaliseringsvansker som utgjør de typiske følgetilstander” (Smith, 2002, s. 173). Når barnets grunnbehov ikke dekkes, opplever barnet det frustrerende i sine relasjoner og dette kan gi seg tilkjenne som sinne/aggresjon (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973). I tillegg til at aggresjonen barnet viser ofte ender i ødeleggelse av gjenstander, sier alle informantene at de har vært utsatt for fysisk vold, i større eller mindre grad, noen oftere og mer enn andre. Funn i undersøkelsen viser at den fysiske utageringen blant annet gir seg til kjenne ved slag, spark, spytting, kloring og lugging. I undersøkelsen har et av barnas aggresjon ført til at han både har brekt fingeren til moren og endte opp med at barnet knivstakk en voksen. En av informantene sier at ektefellen også har sagt at sønnens

agresjon eller uforutsigbare handlingsmønstre i hjemmet kan representere en fare for foreldrenes liv.

Når foreldre som har barn som gjør alvorlige voldelige handlinger, likevel ikke vil karakterisere barnet som voldelige, så kan dette forklares på ulike måter. Foreldrene kan se barnet som sykt, og fordi det er sykt, utagerer det voldelig. Men foreldrene kan også ha en fornemmelse av at omverdenen ser på deres barn som voldelig, og at de kanskje ikke ser de andre sidene med barnet. Foreldrene vil derfor føle behov for å forsvare barnet sitt og gjerne bagatellisere barnets adferd ved å si at barnet ikke er voldelig, men utfører voldelige handlinger. En tredje måte å forstå dette på er at foreldrene ubevisst bruker rasjonalisering og benektelse som forsvarsmekanismer. Ved rasjonalisering menes at man bortforklarer det ubehagelige som har skjedd, ved å gi handlingen en fornuftig årsak. Benektelse går på ytre forhold, og skjer når man lukker øynene for ubehagelige aspekter av den ytre virkelighet (Kringlen, 1990). Blant foreldrene ser det ut for at flere mekanismer er i bruk.

Selv om den fysiske volden er påtagelig og alvorlig, synes det som om foreldrene opplever den emosjonelle volden som vanskeligere. Informantene opplever blant annet trusler, kverulering, negativ karakterisering av familiemedlemmer og bråk som skriking, banning og kjefting. Dette kan foregå fra morgen til kveld. Foreldre opplever at de aldri får tatt seg inn igjen. Selv om de vet at det ikke er deres feil, så opplever de det likevel som tungt og destruktivt.

Agresjonen kan komme på forskjellige måter. Informantene forteller om agresjon som bygger seg opp mot et klimaks. De kan se utbruddene komme, men synes ikke å kunne avverge dem. Det informantene beskriver kan ses på som terroriserende. Men utbruddene kan også komme uten forvarsel, som lyn fra klar himmel. Dette skaper en usikkerhet og uforutsigbar i familiene. De fleste beskriver situasjoner som så vanskelig at de, som foreldre, føler de må gå på tå hev for at det ikke skal bryte ut fullstendig kaos i hjemmet. Det kan, i følge informantene, se ut som at denne frustrasjonen er uforutsigbar og vedvarende i møte sine omsorgspersoner. Det kan se ut som om barna handler uten å være seg bevisst eller uten impuls kontroll. Dette samstemmer med forskning (Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling & Hessel, 1998), som indikerer at barn med tilknytningsproblematikk ikke klarer å stagge sine egne aggressive følelser og impulser.

Et annet funn i undersøkelsen er at den utagerende agresjonen er svært vekslende i forhold til hvem de er sammen med. Når det er andre enn omsorgspersonene til stede, fungerer de som regel i overensstemmelse med gjeldende normer og regler. Når de derimot blir alene med omsorgspersonene sine, handler de ofte ut i fra sin primærpersonlighet og blir



destruktive. Informanter beskriver hjemmesituasjonen som eksplosiv. Barna veksler mellom tilsynelatende vanntette handlingsmønstre, og de kan etter alt å dømme, tross en svekket impuls kontroll, foreta en viss seleksjon. Foreldrene mener barna ute blant andre ofte klarer å undertrykke sin aggresjon, og heller benytter seg av tilegnede ferdigheter de har lært av sekundær omsorgspersonene, adoptivforeldrene (Haarklou, 1998). Ytre og/eller fremmede omgivelser er med på å forsterke impuls kontrollen. Dette kan også forstås som at barnet har et bilde av seg selv som de vil at andre skal ha, og derfor prøver å beholde. I det ligger det en forstrekning av impuls kontrollen. Opplevelsen av om dette kommer bevisst eller ubevisst, kommer ikke fram i intervjuene. Barna har da ute klart å holde tilbake destruktive impulser, som, de når de kommer til omsorgspersonen, gir etter for. Da vil barnets frustrasjon belastes foreldrene, og reaksjonen blir som når lokket tas av trykkokeren.

Det at de klarer å fungere relevant og som forventet blant andre, er noe foreldre verdsetter. Samtidig er dette et tveegget sverd. Alle informantene opplever det vanskelig å utenforstående ofte verken ser, forstår eller tror på problemene familien har. Foreldrene i undersøkelsen får derimot ofte høre at barna deres er høflige i møte med andre. Utenforstående har derfor vanskelig med å forstå hvorfor adoptivforeldrene tilsynelatende beklager seg over barnets måte å være på. De forstår ikke hvorfor foreldrene setter så strenge rammer og grenser rundt ”*det velfungerende*” (Haarklou, 1998). RAD er derfor i stor grad en diagnose hvor symptomene ofte ikke er synlige for omgivelsene.

Informantene forteller at barnets aggresjon påvirker hele familielivet. Hjemmesituasjon beskrives som uforutsigbar, noe som fører til at de ofte ikke kan takke ja til sosial omgang med venner, mister venner og føler seg stadig mer isolerte. Barnas truende adferd og aggresjon gjør også noen av informantene søvnløse i perioder. De er slitne og mangler overskudd. Likevel driver hengivenheten til barna dem til uavlatelig å jobbe videre til barnets beste. Informantene forteller at de som foreldre ikke føler det er deres skyld at barnet deres sliter i hverdagen. Likevel er det et stressmoment å leve med en hjemmesituasjonen som er preget av aggresjon. En informant karakteriserer dette som trist, en annen snakker om sorg, og en vedvarende smerte over alt som ikke ble.

Avvisningsadferd er representert hos alle barna i undersøkelsen, som var mellom 3 måneder og 4,5 år ved adopsjonen. En slik adferd ligger i selve diagnosen, som uvalget i undersøkelsen angår. På den ene siden er dette ikke overraskende, da forskning indikerer at tilknytning allerede starter i svangerskapet (Henriksen, 2010; Rygård, 2006). Barnet har siden det var foster og var fysisk knyttet til mor, blitt påvirket av morens valg, det være seg rus, næring og psykisk helse. Forskning mener det er klar sammenheng mellom kvaliteten på

fosterlivet og kvaliteten på barnet liv gjennom hele livet (Henriksen, 2010). På den andre siden er det overraskende at et barn som adopteres allerede ved 3 måneders alderen, er så traumatisert og har så store tilknytningsproblemer at de har fått den alvorlige diagnosen RAD.

Det er grunn til å anta at barn som er 4-5 år ved adopsjon, vil ha langt mer i ”bagasjen” enn barn som ble adoptert som spedbarn. Det er sannsynlig at et så stort barn, kan ha hatt flere viktige brudd i tilknytningen før adopsjon enn et spedbarn. De har følgelig opplevd flere tilknytningsbrudd, som kan oppleves som avvisning (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973).

Selv om forskning (Reid, Kagan, Kaminsky & Heloman, 1987), viser en klar link mellom alder ved adopsjon og problematisk adferd, kan ikke funn i denne undersøkelsen støtte dette, da selv de barna som kom som spedbarn, sliter mye i forhold til tilknytning til sine omsorgspersoner.

Forskning (Bowlby, 1969) indikerer at tilknytning etableres i de tidlige barneår, noe som øker adoptivbarns sjanse for dårlige relasjonserfaringer før de ankommer sine adoptivforeldre. Før adopsjon har barnet allerede dannet tilknytningsmønstre som skal forstås og forenes med adoptivforeldrenes tilknytningsmønstre.

Hos alle informantene går det fram at barna deres på ulike måter ikke klarer å være nær sine omsorgspersoner i den grad det er ønskelig og tjenelig for barnets tilknytningsprosess. Dette vil også påvirke barnets evne til å danne solide tilknytningsbånd.

Undersøkelsen viser at flere av barna ikke mestrer det å være sammen med familien hjemme, i hvert fall ikke over tid. En informant snakker om barnet som helst bare vil være ute når resten av familien er inne og koser seg sammen, dette på tross av at han ikke har noe særlig med venner ute. Informanten tror at dette er fordi barnet selv ved sin tilstedeværelse, ikke klarer å la være å lage bråk. En tilsvarende avvisning finner sted når barnet på ferie legger seg alene 3 meter bortenfor resten av familien når de er på stranda. I tillegg til fysisk avvisning, opplever noen informanter særlig mental avvisning. De har barn som i perioder ikke tør å gå ut, men likevel ikke klarer å forholde seg til sine omsorgspersoner hjemme.

I de to første eksemplene foregår en fysisk avvisning. Barnet, som ikke klarer å være nær, velger avstand. ”*For et spedbarn handler tilknytning først og fremst om regulering av fysisk avstand i forhold til en primær omsorgsperson*” (Smith, 2002, s. 21). Ved fysisk avvisning finnes også mental avvisning, og mulighet for interaksjon er utenfor rekkevidde. Og det er et slikt mønster som foregår her. Hvis man som spedbarnet har opplevd en mor som ofte trekker seg unna, vil barnet senere selv kunne adoptere dette handlingsmønsteret, og bli en som løper fra (Bowlby, 1973; Bowlby, 1980). I eksempelet hvor gutten heller er ute enn hjemme med familien, kan informanten har rett når han sier at barnet velger avvisning fordi

han har selvinnsikt nok til å forstå at det ikke er tjenelig for han å være hjemme. Informanten mener sønnen vet at hans tilstedeværelse vil skape bråk. En annen grunn til hans fravær kan være at hans grunnfølelse tilsier at avstand er det eneste han evner å benytte seg av, og at handlingen skjer ureflektert. Barnet har ikke ervervet seg en balanse mellom trygg tilknytning og eksplorering.

Hvis ikke barnet opplever denne balansen, og for eksempel bare eksplorerer, uten å søke trygg base, vil konsekvensen av dette være at barnet vil kunne utvikle en trang til bare å velge eksplorering i det ukjente framfor trygg base (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Ainsworth, 1972), hvilket synes å foregå her. I den andre situasjonen er barnet mye hjemme, altså barnet er fysisk tilstede. Likevel kan avvisning finne sted. Informanter opplever hjemmesituasjonen som til tider svært avvisende, blant annet ved at barnets fysiske tilstedeværelse enten oppleves negativ og truende, og ofte ender med kaos og bråk, eller at barnet avviser med kun å holde seg for seg selv. I en slik situasjon vil foreldrene gjentatte ganger se mulighet til interaksjon, ved at barnet fysisk er i huset, men samtidig oppleve at barna likevel velger dem bort og avviser fellesskapet de tilbys og som de trenger.

Den ene avvisningsformen synes ikke å si mer enn den andre om hvor dyp barnets emosjonelle skade er. Begge formene vil hemme muligheten til å etablere tilknytningsbånd. Fysisk fravær vil gi omsorgspersonen opplevelse av å mangle innsikt og viktig kontroll i hverdagen, samtidig som barnets tilstedeværelse, sett ut i fra livssituasjonen i eksemplene, medfører en utfordrende og tung hverdag for foreldrene.

Flere av informantenes beskrivelser at barna også er avvisende i forhold til sosiale arenaer. Skolen, som er en viktig og sentral sosial arena for et barn, viser seg å være utfordrende. Mange av elevene har lange perioder med fravær, og det å få barnet på skolen kan være en kamp, både for barnet og for omsorgspersonen. Flere av informantene sier at kjemi med lærer er en avgjørende faktor for om barnet kommer seg på skolen, eller ikke. Andre snakker om at barnet har en overdrevet skepsis i møte med fremmede. Allerede ved første kontakt "liker ikke" barnet den fremmede, noe som kan resulterer i at barnet avviser, for eksempel lærere, uten gode grunner. Ved å avvise lærere, avvises også skolen, og barnet ender opp med å vegre seg for å gå på skolen. Årsak til skolevegning kan være mange. Det kan virke som om de avviser i redsel for selv å bli avvist. Selv med en "ideell" lærer til stede, ser ikke dét alene ut til å være nok til å klare å holde dem på skolen.

Venner er for dem som for de fleste, avgjørende for trivsel og trygghet. Undersøkelsen viser at disse barna har vanskelig for å etablere vennskap og holde på dem. De er følelsesmessig umodne, og egosentriske. En viktig konsekvens ved avvisning er at barnet ikke

klarer å knytte varige, dype og intime forhold (Rygård, 2006), og unngår slike arenaer. Barna i undersøkelsen viser mange tegn på at de ikke har utviklet en god grunnfølelse tidlig i livet. De søker ofte utviklingshemmende løsninger framfor utviklingsfremmende. Når de forsøker å etablere nye vennskap, så er det gjerne venner uten fordringer, ambisjoner, uforpliktende og kravløse, eller venner i en subkultur, som gir en form for negativ identifikasjon (Erikson, 1988). Barna kan avvise foreldrenes verdigrunnlag, eksperimentere med narkotika eller ruse seg på annen måte, ha dårlig språkbruk i form av banning, stjele og utøve vold og trusler av ulik art.

De fleste barn går igjennom en eller flere faser, tilsynelatende preget av egoisme og trass. Eksempler på dette er autonomifasen og puberteten (Erikson, 1981). Når man befinner seg i disse fasene er det ofte ensbetydende med å være avvisende. Funn i undersøkelsen viser at barnas avvisning ikke er begrenset til slike faser. De er prinsipielt ”imot”, uavhengig av faser. Denne intense avvisningen resulterer i at barnet ofte ikke er i stand til å kjenne etter hva som er godt for dem (Rygård, 2006). Handlingene deres skjer ut i fra lystprinsippet, og barnet vil ikke innordne seg etter regler. Det er altså her ikke snakk om å være styrt av en form for innsikt eller hva som er rett. Det er derimot styrt av lyst og spontanitet. Dette vil for omgivelsene til tider synes som ekstremt egoisme og med lite eller tilsynelatende totalt fravær av empati. De handler altså ut i fra impulser. I stedet for å legge konvensjoner, moral og samvittighet til grunn for sine handlinger, lar de impulsiviteten være styrende. Graden av avvisning og mangler i empatien vil variere fra barn til barn (Rygård, 2006)

Funn i undersøkelsen indikerer at barn med RAD har liten kapasitet til å se perspektiver. Nesten alle barna i undersøkelsen har adferd som viser mangelfull empati. Det virker som om barna ofte har mer enn nok med seg selv. En av informantene forteller om et barn som bare er opptatt av å ”mele sin egen kake”. En annen forteller om et barn som er ekstremt opptatt av å skaffe seg ting, for så egentlig ikke å bry seg om det når han har fått det. Fokus synes å være egne behov. Både hjemme og også ute blant andre ser det ut til at de ikke ser totalbilde. Denne form for avvisning er utfordrende for familiene og vanskelig å akseptere i et fellesskap som krever hverandres omtanke for at utfalle skal bli bra for alle. Det er likevel viktig å huske på at barnet ikke gjør dette for å bevisst være ”slem” (Haarklou, 2008). Ved redsel eller fare, vender alle mennesker naturlig tilbake til sin grunnfølelse, for å skape trygghet. For noen vil denne grunnfølelsen være av dårlig kvalitet, og for et barn med diagnosen RAD, vil den mest sannsynlig være relatert til avvisning. Dette medfører at barnet selv avviser for å føle seg trygg.

Det går fram av undersøkelsen at mange av barna har vært og/eller er ukritisk i sine relasjoner. Forskning indikerer at emosjonelt skadede barn ikke har lært å knytte seg til en eller få spesifikke omsorgspersoner, men er tilsynelatende likegyldig til hvem det tilbringer tid med (Bowlby, 1969; Rygård, 2006; Smith, 2002). En av informantene forteller om sitt barn, som allerede første dagen de møter han på barnehjemmet, pakker sakene sine, drar med dem og viser ingen tegn til redsel eller savn. Dette kan tolkes på ulike måter.

En positiv forståelse vil være at barnet ved sin adferd uttrykker en grunnleggende trygghet. Mange adoptivbarn kan ha hatt en nokså god start på livet, tross brudd. Noen har tidligere opplevd tilfredsstillende tilknytning av en, for barnet, viktig omsorgsperson. De har dermed fått med seg gode relasjonserfaringer, som hjelper dem videre i å knytte nye bånd (Bowlby, 1969). De har lært å være diskriminerende.

En mer nøytral tolkning vil være å forstå barnet ut i fra barnets lengsel etter å få en familie. Det opplever barnet som så lystbetont at det overskygger en eventuell angst. Det har derfor ikke noen tilsynelatende motforestillinger mot det å bli med sin nye foreldre.

Det fins også en negativ måte å tyde situasjonen på: barnet er ”bunnløs” i sin tilknytning og dermed ikke kan forankres. Barnet er udiskriminerende og utemmet, og vil kunne søke trøst og trygghet hos hvem som helst. Dette er også en form for avvisning, ved at barnet ikke prioriterer omsorgspersonene framfor andre.

Fordi barnets evne til tilknytning ikke umiddelbart kan sees, er det ikke gitt at den ene tolkningen kan foretrekkes fremfor den andre. Rygård (2006) mener at adoptivforeldre vil ha vanskelig med å kunne vite om barnet har tilknytningsproblemer før de har hatt det i sin omsorg like lenge som det barnets alder var ved adopsjon. Hvis det er riktig, vet de derfor ikke om den engstelse som barnet viste ved ankomst, skyldes grunnleggende mistillit eller en viss utviklet tilknytnings- og diskrimineringssevne.

## 6.2 Møtet med offentlige hjelpeinstanser

RAD er en alvorlig og dyptgripende emosjonell forstyrrelse, som får konsekvenser for både barnet og barnets familie. Resultater i undersøkelsen indikerer at foreldrene opplever det vanskelig å vite hva de skal søke hjelp om, og hvor hjelpen skal komme fra. Konsekvensen av dette er at foreldrene opplever mange møter med flere hjelpeinstanser i håp om å bedre barnets livssituasjon. Samtidig opplever foreldre at flere steder hvor de søker hjelp er det lite forståelse og hjelp å få. Det betyr at det kan oppstå friksjon mellom noen av hjelpeinstansene og foreldrene. Dette har blant annet den implikasjonen at foreldre kan komme til å se på enkelte som motspillere i stedet for medspillere. De opplever å ha blitt fratatt deltakerrollen,

og føler offentlige hjelpeinstanser har tildelt dem en tilskuerrolle vedrørende hjelpetiltak for barnet.

Informantene har søkt hjelp hos instanser som PPT, ABUP, skole, barnevernet, HABU og spesialistpsykolog. I tillegg kommer forskjellige alternative behandlingsformer. De fleste av barna har kortere eller lengre perioder hvor de også har vært ute av skolen og blitt undervist hjemme av foreldre. For to av barna har dette strekt seg over år. Å være til hjelp i en slik situasjon kan synes vanskelig for utenforstående. For det første er problemene sammensatte, og for å være til hjelp trengs det iverksetting av flere tiltak. For det andre så vil problemene ofte være relativt usynlig for omgivelsen, og heller rettet direkte mot omsorgspersonene. Noen av problemene er også av en slik art at det kun er omsorgspersonen som kan imøtekomme dem. Barnet trenger tilknytning, ikke til andre eller nye personer, men til sine omsorgspersoner.

Når informantene skal beskrive møte med offentlige hjelpeinstanser, har mange av informantene opplevd møte med barnevernet som spesielt dårlig og ubehagelig. Flere mener de blir møtt av et barnevern som gir og tar med samme hånd. De gir for eksempel ros til foreldrene, men fraskiver seg samtidig ansvar med å si at de "ikke tar slike saker". Foreldrene som strever hver eneste dag, og ikke makter dette på egenhånd, har vanskelig med å forstå at dette ikke er en sak for barnevernet, og de blir frustrerte for de vet ikke hvor de da skal henvende seg.

Når da barnevernet i andre saker tar ansvar, så opplever foreldrene et "truende barnevern". Foreldre som for eksempel har opplevd sitt livs store mareritt: Barnet har testet ut narkotika, og i tillegg har blandet dette med medisiner og alkohol som gjør at det blir psykotisk. I stedet for å møte et barnevern som forstår, så møter foreldrene et barnevern som vil frata dem barnet. Fordi det alltid er barnets beste som skal ha prioritet, ville dette vært en riktig avgjørelse hvis det viste seg at foreldrene var uegnet som omsorgspersoner.

Ingenting i undersøkelsen tilsier dette, snarere tvert om. Barnevernet synes heller ikke å ha foretatt nødvendige undersøkelser av foreldre og hjemmesituasjonen, for eksempel ved å innhente opplysninger fra spesialistpsykolog, familie og venner, eller relevante institusjoner som skole og arbeidsplass. I denne situasjonen som ikke foreldrene har vært deltagende i, vil barnevernets møte med dem kunne oppleves som respektløst og lite empatisk. Foreldrene, som er i sjokk og sorg over at barnet deres har tråkket over nye grenser, med narkotika og alkohol, hadde om ikke annet trengt barnevernets støtte. I stedet for er det foreldrene som blir gjort ansvarlig for barnets handlinger, og blir dermed sett på som udugelige foreldre.

Også i situasjoner hvor barnevernet har hatt et dybdeintervju med et av barna, utelater barnevernet å dobbelsjekke barnets informasjon om vold fra foreldrene. Det blir i stedet raskt besluttet at barnet *må* flyttes. Dette etter at flere hjelpeinstanser har vært inni bilde med denne familien over mange år, og at foreldrene ved flere tilfeller har meldt i fra om at sønnen til tider er voldelig. I tillegg har det vært kjent i flere instanser at sønnen allerede som 6-åring stakk en voksen med kniv, og sønnen har siden den gang vært i kontakt med flere offentlige hjelpeinstanser gjennom årene. Dette innebærer at guttens skader burde være rimelig kjent. Istedenfor å bli hjulpet, opplever foreldrene å bli straffet for barnets emosjonelle forstyrrelse.

Konsekvensene blir at foreldrene står i fare for å miste barnet. I tillegg sitter foreldrene igjen med en følelse av at de blir vurdert som så dårlige foreldre at barnet ikke kan bo sammen med dem. Det blir bestemt at det er i barnets beste interesse at barnet skal flyttes. Dette skjer uten samråding med foreldre eller for eksempel spesialistpsykolog. Det hele virker lite gjennomtenkt når en vet hvor lenge barnet har hatt med de forskjellige hjelpeinstanser å gjøre, og hans utagering, gjennom årenes løp er vel kjente hos de forskjellige instansene.

Barn med RAD diagnosen bør kun, som ytterste konsekvens, flyttes etter at alt annet er prøvd. Dette gjøres også best i samråding med foreldrene som er dem som kjenner barnet best. Barn med RAD vil ofte søke avvisning, og kan blant annet si at de har det fælt, blir utsatt for vold, eller si at de ikke vil bo hjemme, for nettopp å avvise. I slike situasjoner skal barnet selvfølgelig bli hørt, men nettopp på grunn av skadens symptomer, bør foreldrene i utgangspunktet være dem som blir tillagt særlig troverdighet.

For mange av informantene hadde det riktignok vært behov for en "pause" fra det som kan ses på som en kaotisk hverdag. Hvis det her ikke gjaldt tilknytningsproblematikk, kunne dette ha vært en løsning, for alle informantene i undersøkelsen bærer preg av slitasje. Likevel er det for dem den absolutt siste utvei, da de alle er enige i at det kunne komme til å skade barnet ytterligere, nettopp fordi det her er snakk om relasjonsskade. De lar derfor barnets behov, og ikke barnets verbale "ønsker" sagt i aggresjon/frustrasjon, være avgjørende.

Når så barnevernet foretar seg slike dramatiske omveltninger, uttrykker informantene at de som foreldre blir stående igjen med en følelse av at barnevernet konkluderer med at de som foreldrene er voldelige mot barnet. Barnet må altså skånes fra sine egne foreldre. Hvis informantene hadde vært voldelige, og følgelig uskikket som omsorgsperson, hadde det selvfølgelig vært til barnets beste å bli fjernet fra hjemme. Men ingenting i undersøkelsen indikerer at foreldrene ikke har tilstrekkelig omsorgsevne. De ser derimot ut til å være foreldre som står på for barnet sitt og tydelig ønsker barnets beste. Foreldrene har ingen voldelig historie, men flere hjelpeinstansene vet at barna deres har det.

Her ser det ut som at barnevernet kan ha brukt sin posisjon uten å vurdere saken fra flere sider. Det er tydelig at det ikke har funnet sted en god nok refleksjon-i-handling, heller ikke refleksjon-over-handling (Schön, 2001). Dette burde en antagelig kunne forvente av en faginstans. Barnevernets håndtering kan gi foreldre opplevelse av fagpersoners manglende empati for foreldrenes vanskelige situasjon (Holm, 1989). Foreldrene antyder at det er tydelig at barnevernet heller ikke skjønner at det å flytte et relasjonsskadet barn, ikke er noen god løsning. Videre mener informantene også at avgjørelsen ble tatt uten å konferere med dem. Dette kan ses som en umyndiggjøring av foreldrene og en uheldig bruk av makt.

Her kan det se ut som at hjelper ikke ser på hjelpesøker som likeverdig menneske, og at grunnen til at de ikke blir tatt med på råd, er at de ikke synes pålitelige og kompetente i barnevernets øyne. Møte dem i mellom kan derfor ses som et jeg – det forhold, hvor både barn og foreldre blir tingliggjordt. Barn flyttes som en brikke i et spill, og foreldrene tas ikke med i vurderingen før avgjørelsen fattes.

Mange av informantene gir inntrykk av at barnevernets kompetanse innenfor tilknytningsskader synes å være særdeles utilfredsstillende. Det har vist seg blant annet ved barnevernets raske beslutninger om å fjerne barn fra hjemmene deres, og overlate dem til andre. Informantene har opplevd barnevernets møte sårende og truende, og konklusjonene har de opplevd overraskende og umyndiggjørende. Flere informanter etterlyser også beklagelser etter feilvurderinger gjort av spesielt barnevernet. Dette har latt vente på seg.

Informantene forteller at alle barna har vært i kontakt med PPT. Dels er de blitt henvist videre gjennom skolen, dels har foreldrene tatt eget initiativ. Både i forbindelse med diagnostisering, eller når barn har blitt utsatt for mobbing, eller barn selv har utøvd vold overfor andre, så har foreldrene opplevd at PPT har møtt dem med respekt, skjønt situasjonen og hatt et godt samarbeid med foreldrene.

Når foreldrene har en såpass annerledes oppfatning av PPT, sett i forhold til deres møte med barnevernet, så kan det ha sin grunn i at oppgavene til PPT er annerledes. Mange vil se PPT som et pedagogisk tiltak innen skolens virksomhetsområde, og ser på det som en støtte og en hjelp til foreldrene. Derimot vil barnevernet kunne ses som en ekstern institusjon, med en annen myndighet som kan oppleves å overta styringen. Dette kan virke skremmende. Trolig er det ikke knyttet slike negative opplevelser og karakteristikk til PPT generelt som institusjon. Årsaken til dette kan være at PPT's arbeid oftest er knyttet til testing, diagnostisering, veiledning og videre henvisning, og dermed ikke impliserer en vurdering av foreldrenes rolle. Ingen av informantene har, i intervju, gitt uttrykk for at PPT's arbeid oppleves truende, selv ikke når tiltak iverksettes. Veldig mye av arbeidet til PPT er dessuten



underlagt frivillighet og ikke tvang, noe som gjør at foreldrene kan beholder både selvrespekt og råderett over tiltak for barnet.

Denne positive vurderingen som finnes hos foreldrene i forhold til PPT føres også videre til spesialistpsykologen, og da i enda sterkere grad. Dette til tross for at ikke alle er absolutt enig med spesialistpsykologen, i alle hans vurderinger.

Grunnen til informantenes unisone positive vurdering av spesialistpsykologen, kan skyldes flere forhold. For det første er settingen hos psykologen en annen enn hos barnevernet og PPT. I en slik situasjon er det både naturlig og forventet at foreldrene kommer med sin sårbarhet. De får på en måte ”tømt seg”, og det oppstår en ”*katarsis*”-situasjon (Kringlen, 1990, s. 463), altså en form for renselse. Om foreldrene i en slik situasjon viser maktesløshet og oppgitthet, blir ikke dette brukt mot dem. Hos psykologen, opplever de derimot å motta støtte og motivering til å komme videre. Det vil nok også barnevernet mene at de gir, men det er ikke informantenes opplevelse av situasjonen. Mens barnevernets fokus er barnet, vil en spesialistpsykolog, som driver med behandling av barn med RAD, ha hele kjernefamilien, barn og foreldre, i fokus. Dette fordi et tilknytningsskadet barn må behandles sammen med sine primæromsorgspersoner, for det er barnets tilknytningsbånd til foreldrene som i de fleste tilfeller skal styrkes.

Foreldrenes tillit vil i utgangspunktet være en annen, fordi de vet psykologen nettopp er spesialist innenfor det område som i særlig grad berører dem og barnet. Vedkommende er ikke bare en fagperson innenfor et generelt felt, men er nettopp spesialistpsykolog innenfor det *de* trenger hjelp med. Derfor vil de allerede i første møte med spesialistpsykologen møte ham med en helt spesiell tillit, og også med et håp om at han kan være dem til hjelp, være deres redningsmann. Når da han nettopp viser seg å forstå deres problematikk, gjør ”galskapen” normal, så øker tilliten til han.

Spesialistpsykologen viser foreldrene også at de ikke står alene med disse utfordringene. Slik blir familiesituasjonen normalisert. Selv om RAD-diagnosen blant adoptivbarn, ikke er uvanlig, er den i samfunnet generelt sjelden. Derfor er det en trygghet for foreldrene at psykologen ikke bare har lest om diagnosen, men har i behandling flere familier med de samme, og lignende utfordringer.

Spesialistpsykologen synes å være der hele tiden, han følger dem opp, er de nær, samtaler med dem, gir råd og veileder. Samtidig hjelper han foreldrene, ved at han skolerer barnehage- og skolepersonell om familiens problematikk. Fordi det er en spesialistpsykolog, som ut i fra faglige kriterier gir informasjon, og ikke foreldre som selv er så sterkt involvert, betyr at foreldrene avlastes og budskap får en spesiell troverdighet.

RAD-diagnosen oppleves så vanskelig å håndtere at foreldrene har vært i møte med forskjellige hjelpeinstanser, som de mener skulle ha kompetanse til å hjelpe dem. Det er godt mulig at foreldrene har hatt overdrevet tillit til den kompetanse som finnes innen de ulike instanser, det gjelder primært kompetanse innenfor diagnosen. Innenfor barnevernet opplever foreldrene at kompetansen innenfor RAD har vært svak og de har fått liten eller ingen hjelp. Kanskje skal en ikke forvente at barnevernet har spesialkompetanse innenfor diagnosen, og at foreldrenes skuffelse nettopp her ikke er berettiget. Likevel må en kunne forvente en kompetanse innfor det å møte mennesker i en vanskelig situasjon. Når foreldre da føler de ikke blir møtt, og opplever at fortvilelsen bare øker, da er tillit sterkt svekket. De fleste familiene stiller seg dermed kritisk til barnevernets kompetanse både innenfor diagnosen RAD og møte med dem som foreldre.

Derimot opplever foreldrene skolen som mer imøtekommende, og enkelte skoler har anstrengt seg for å legge forholdene til rette for å innfri barnets behov, ved blant annet spesialpedagog og assistent. De har altså vist vilje til forståelse. Samtidig er manglende kunnskaper avdekket, og der av manglende forståelse for diagnosen. Det vil kanskje være uriktig å forvente spesialkompetanse innenfor diagnosefeltet, da dette ikke først og fremst er en ”skolerelatert”- diagnose. Det kunne en derimot ha ventet noe mer av hos barnevernet, fordi diagnosen ikke bare gjelder adopterte barn, men også fosterbarn, generelt neglisjerte og mishandlede barn, asyl- og flyktningbarn. Diagnosen må derimot være noe barnevernet ofte er bort. I forhold til det å ”møte” foreldrene og barna har skolen stort sett, vist vilje til å komme dem i møte.

De som blir høyest vurdert av informantene i undersøkelsen er PPT og spesialistpsykologen. Her kommer spesialistpsykologen nærmest i en klasse for seg selv.

### 6.3 Foreldres erfaringer og tanker om fremtiden

Alle adopterte barn opplever tilknytningsproblemer av den enkle grunn at de først har vært igjennom en eller flere, mer eller mindre traumatiske adskillelser (Rygård, 2006). Mye forskning (Schechter, 1960; Fullerton, Goodrich & Berman, 1986; McRoy, Grotevant & Zurcher, 1988; Kim, Davenport, Joseph, Zrull & Woolford, 1988) indikerer at adopterte barn oftere enn andre, når de kommer i ungdomstiden, trenger psykiatrisk hjelp og er også oftere innlagt ved psykiatrisk institusjoner. Alle informantene i undersøkelsen er urolig for hva ungdomstiden og voksenlivet vil bringe av utfordringer for deres barn og for familien som enhet.

Foreldrene i undersøkelsen er klar over at barnet ikke vil ha ”mors nese og fars øyne”. Den biologiske gjenkjennelsen vet foreldrene i utgangspunktet ikke vil være der. Det som trolig er mindre bevisst, er at det også kan finnes andre arveligheter som gjør at foreldrene ikke like lett vil kjenne seg selv igjen i barnet. De har likevel hatt en drøm om en foreldre-barn-relasjonen. Det er denne drømmen, som ikke har vært et ”luftslott”, som er blitt knust/ødelagt i informantenes familier.

Alle foreldrene i undersøkelsen bærer på en nedstemthet/sorg. Dette er en sorg over alt som ikke ble. Dette innebærer blant annet sorg over sider ved selve foreldrerollen. Noe av det som er gått tapt er den gode, varme og trygge relasjonen, som betyr at foreldre og barn kan speile seg i hverandre, og ved signaler og ord gi hverandre anerkjennende tilbakemeldinger. ”Foreldrene har behov for det ’gode barn’, som elsker og beundrer dem” (Davidsen-Nielsen & Leick, 1990, s. 28). Det at de kan agere sammen, oppleve ting sammen, dra i samme retning og oppleve samhörigheten, er helt naturlige ønsker for foreldre. Det er viktig for familiedynamikken og for tilknytningen. Men denne gjensidigheten synes å være borte.

Det er også en annen side ved foreldrerollen, det at foreldrene ønsker å være barnets trygge havn. Foreldrene ønsker og forventer å være de foretrukne. Dette har foreldrene personlig forutsetninger for å kunne klare, men barnets tilknytningsforstyrrelse ”tillater” det ikke. Dette er forestillinger hos foreldrene som er gått tapt. Dette tapet sørger de over.

Det er også en sorg for foreldrene å se barnet slite. De fleste barna, kanskje alle, har det materielt sett mye bedre enn der de kom fra, likevel er de triste. Deres tristhet skaper sorg hos foreldrene. Hadde hovedårsaken til tristheten vært i omstendigheten rundt barnet, hadde foreldrene kunne agert for å endre de ytre forholdene. Men nettopp fordi tristheten er plassert inni barnet, føler foreldrene seg så hjelpeløse/maktesløse. Barnets tristhet som foreldrene i undersøkelsen vet er grunnet barnets emosjonelle skader i tidlige barneår, gjør også at foreldrene skjønner at barnet ikke kvitter seg med problemet i nær framtid, og at de derimot vil preges av dette i lang tid, kanskje gjennom hele livet. Dette er med å skape en fortvilelse og sorg hos foreldrene. Hvis foreldrenes sorg blir for synlig og påtrengende i forhold til barnet, vil dette kunne gjøre barnet vondt verre.

I tillegg kan en ikke se bort i fra at foreldrene, som i denne undersøkelsen er adoptivforeldre, vil kunne ha en følelse på mislykkethet. Ikke har de klart føde barn, og ikke har de ”evnet å fostre” barn, slik de ønsket, og slik de fleste andre har fått det til. Den negative opplevelsen kan forsterkes ved at offentlige instanser blir koblet inn. Positivt i denne situasjonen er at alle informantene har fått hjelp til å plassere problemene, og derfor ikke anklager seg selv for barnets skader. Dette letter ikke sorgen, men tar vekk skyldfølelsen.

I undersøkelsen har de fleste familiene flere barn, og også søsken blir berørt av hjemmesituasjonen. Det innebærer at foreldre opplever at hjemmesituasjonen også har resultert i at også søsken er triste. Dette medfører en ekstra byrde og en ekstra sorg for foreldrene. En av informantene beskrev familiesituasjonen med ”vi er en trist familie”, noe som også de fleste informantene gir inntrykk av.

RAD er en alvorlig diagnose, og for å kunne komme barnet best mulig til hjelp vil det være en fordel at begge foreldre kunne drøfte problemet, kunne være hverandres støtte og ut i fra det samhandle. Faktum i undersøkelsen er at flere av informantene er skilt. Som skilte foreldre kunne de likevel ha arbeidet godt sammen. Det er ikke faktum her. En av fedrene har nærmest ikke kontakt med sin sønn, forneker diagnosen, og har sagt til barnet at han ikke har mulighet for å stille opp for sønnen slik det er ønskelig. En annen far, som heller ikke aksepterer diagnosen, motarbeider barnas ønske om å få hjelp av spesialistpsykologen. Dette skaper stor bekymring og sorg hos mødrene. Det betyr at disse opplever at de blir stående alene med problemene.

Denne alene- opplevelsen strekker seg langt videre enn dette. Informantene opplever at de blir mer og mer isolert. Hjemmesituasjonen, deres forhold til barna, forhold til hjelpeinstanser og barnas sosiale arenaer blir så ressurskrevende av de faktisk talt ikke har overskudd til å gå ut, eller til å pleie relasjoner utenfor familien. Det betyr at de blir sittende igjen nokså isolert.

Å oppleve isolasjon kan også skje i et fellesskap. Flere av informantene opplever dette. For når de først deltar i en sosial sammenheng, som egentlig skulle gi dem energi, opplever de isteden at det blir en belastning. I sine nærmeste sosiale relasjonene opplever informantene at de ikke blir trodd og forstått. Noen ser ikke problemet, og opplever barnet det snakkes om som uproblematisk. Andre ser problemet, men skyldbelegger foreldrene, og kommer med ”gode” råd og forslag til løsninger. Alt dette virker frustrerende og lite motiverende for foreldrene.

Flere av informantene nevner at når det er snakk om sosiale arenaer, er det gjerne gjennom venners venners lag. Her møter de, i tillegg til de som gir ”gode” råd, mennesker som ikke kjenner deres hjemmesituasjon. I slikt lag deles gjerne gjestens liv, og informantene føler de har lite å bidra med, som passer i en slik sammenheng. Informantene opplever disse fellesskapene som svært vanskelige, da de på den ene siden ikke orker å dele så dype bekymring med ukjente, og på den andre siden ønsker de antageligvis å beskytte barnet. Hele situasjonen ender opp med å bli en belastning, og derfor holder de seg borte fra slike lag.

For ikke å bli helt sosialt isolerte kunne de selv tatt initiativ til å invitere, og dermed velge ut venner de kunne slappe av med. Problemet her er at hjemmesituasjonen er så uforutsigbar, at det vil være vanskelig lang tid i forveien å kunne invitere, fordi de ikke kan forutsi barnets tilstand før den gitte dagen. Et tilleggsproblem er at vennekretsen er ”krympet”, så det er ikke så mange å invitere lenger. Alt dette betyr at mennesker omkring dem smått om senn blir borte, og de blir stadig mer isolert.

Opplevelsen av isolasjon forsterkes ved at flere av informantene gjennom mange år har vært utenfor arbeidslivet for å være hjemme med sitt barn. Følgelig har de også mistet nærhet til kollegaer, og de har mistet den viktige arenaen, som en arbeidsplass gjerne er og som er med på å bygge opp ens selvbylde.

Bowlby (1969) sier at det et barn har erfart i sine første relasjoner i tidlige barneår, vil kunne være veiviser videre i livet. Det er derfor viktig at den første tiden er fylt med gode relasjoner som gir sunne veivalg. Det betyr at et barn som har opplevd stabilitet, forutsigbarhet og trygghet i sine første leveår, vil søke relasjoner av samme kvalitet senere i livet. Dette fordi det er en kjent relasjon for barnet, som gir barnet en trygghetsfølelse (Bowlby, 1969; Erikson, 1981). Det motsatte vil også kunne være tilfelle. I undersøkelsen uttrykker alle foreldrene uro for barnets framtid.

Tilknytningsforstyrrelsen RAD er av en slik art at barnet sliter med å holde på vennskap og de blir fort rastløse og urolige. Hos alle informantene er det snakk om uro, som kan bli en utfordring for barnets framtid. De fleste barna kjemper med angst og depresjon. Informantene er derfor bekymret for om barnet noen gang kan få et selvstendig og godt liv. Barnets skolegang kan bekymre foreldrene, likeledes om barnet klarer å jobbe i fremtiden, fordi angsten kan virke handlingslammende. Angsten kan også føre til isolasjon, og at de utvikler seg til å bli einstøinger som har sluttet å omgås andre mennesker. Informanter forteller også om bekymring for barnets manglende empati. De er redd for at det vil kunne resultere i utagering i nye relasjoner, som kjæreste og fremtidig ektefelle, i fremtiden. De ser heller ikke for seg at de vil kunne bli gode foreldre. Hvis de likevel skulle bli foreldre, ser informantene for seg at de vil være i behov av mye hjelp. I en vanlig situasjon vil det etter hvert være ønskelig å se at ens barn etablerer seg med egne barn. Dette er ikke noe informantene gir uttrykk for, snarere tvert om.

Det som bekymrer noen av informantene mye, er barnets evne til å takle helt grunnleggende gjøremål, som personlig hygiene og kosthold. Likeledes er de bekymret for at de, når de blir 18 år, og kan bestemme selv, vil velge bort terapi, og dermed ikke kunne klare

å bedre sin egen situasjon. Foreldrene synes også å være særdeles redde for barnets fremtidige forhold til rus og vold. De er redd for at de skal skade andre livstruende.

Utsikten til å kunne gjennomføre studier og arbeidsliv, synes vanskelig. Alt dette gjør at mange av dem kan komme til å slite med dårlig selvfølelse og selvtillit. For mange av disse barna vil voksenlivet og selvstendigheten ikke nødvendigvis være et faktum når alderen burde tilsier det. De vil antageligvis ha mye å slite med langt inn i voksen alder, høyst sannsynlig gjennom hele livet.

Foreldrene i undersøkelsen er klar over dette, og gir uttrykk for at de uansett vil støtte barnet sitt i det som måtte komme. Likevel er det et faktum at mange av disse barna har en uforutsigbarhet og en aggresjon som foreldrene vanskelig kan få hjelp med av de forskjellige offentlige hjelpeinstanser. Dette resulterer i at ikke bare barnets framtid, men også foreldrenes framtid, kan oppleves usikker og truende. Noen av informantene frykter også det å ikke komme levende fra det.

Det ser ut til at mange av disse barna følgelig ha behov for forskjellig type hjelp, og forskjellig grad av hjelp, i framtiden. Noen av barna kan kanskje delvis klare seg på egenhånd som voksne, mens andre vil ha vanskeligheter med å leve et selvstendig liv, innenfor samfunnets rammer.

I forlengelsen av dette vil mange foreldre kunne erfare at barnet alltid bli værende et ”barn”, fortsatt boende i hjemmet. Det vil bety ansvar og ufrihet, for foreldrene, gjennom hele livet, altså en livsoppgave. For barnet betyr dette at de aldri blir vurdert som voksne, aldri får egen økonomi, ikke eget hjem eller familie. Barnet kan ende opp ensom, og som en informant sier det i undersøkelsen:

*Hvis vi er heldig så blir han kanskje guffen som bor uti skogen med bestemor.*

*Men jeg vet ikke om jeg vil være bestemora!*

## 7.0 Avsluttende punkter

### 7.1 Begrensninger

Resultatene i foreliggende undersøkelse bygger på intervju med totalt 5 informanter og deres opplevelser av barn med diagnosen RAD. Selv om informantene tegner et relativt entydig bilde av det å leve med barn som har RAD, er det en svakhet ved undersøkelsen at samplet er så begrenset i antall. Et bredere utvalg kunne kanskje gitt en større variasjon i resultatene. Fordi oppgaven har et begrenset omfang, har det vært nødvendig å avgrense samplet.

Det ligger også en begrensning i rekrutteringen ved at utvalget skjedde ut i fra et gitt antall kriterier bestemt av forsker. Likeledes ved at utvalget ble foretatt ved hjelp av kun en spesialistpsykolog, som alle familiene har vært/er i behandling hos. Det positive med dette er at hans imøtekommenhet og behjelpelighet, for å skaffe tilveie informanter, og dessuten har han barn med RAD i behandling hos seg, fra hele Sør-Norge. Dermed gikk det rask å få et sample som tilfredstilte kriteriene. Fordi alle mottar hjelp fra samme spesialistpsykolog, kan det ikke utelukkes at informantene er blitt influert i samme retning.

Resultatene er samlet inn via semistrukturerte intervjuer. Begrensningene med denne metoden er blant annet at så lenge intervjuet foregår ansikt til ansikt, og informantene ikke er anonyme, vil informantene kanskje kunne være tilbakeholdne med hva de ønsker å formidle. Ved denne metoden vil også resultatene være avhengig av informantenes evne til refleksjon og verbal formidling. På en annen side gir en slik måte å innhente informasjon på mulighet til tilleggsspørsmål, bedre forståelse og større fordykning, innen det spesifikke temaet.

Det ligger også en klar begrensning for forsker i at det i utgangspunktet bare skulle finne sted ett intervju pr. familie, og at oppfølgingsintervju derfor ikke skulle foretas. Eventuelle uklarheter kan ha resultert i mangelfull forståelse og i verste fall feiltolkninger. En hver forsker har sine personlige begrensninger, både på det intellektuelle plan, i forhold til ens verdigrunnlag og gjennom det kulturelle og sosiale filter, som en fanger opp informasjon via.

Fordi oppgaven er begrenset av sitt omfang og sitt bestemte forskningsdesign. Det innebærer at forskning som kunne ha utdypet eller belyst andre sider ved resultatene, har blitt valgt bort. Ulike behandlingsmetoder som kunne vært interessant å komme inn på, faller også utenfor oppgavens hensikt og forskerens kompetanseområde, og er derfor ikke tatt med. Oppgavens begrensning har også resultert i at aktuell forskning innenfor begrepet tilknytning, ikke er prioritert i denne oppgaven. Oppgavens teoretiske begrensning gjør at det teoretiske utgangspunktet i oppgaven er Bowlbys tilknytningsteori, som kun gir et begrenset aspekt av mennesket som biopsykososialt vesen.

## 7.2 Implikasjon

Tross disse begrensningene i undersøkelsen, vil denne oppgaven kunne bidra til ny kunnskap. Undersøkelsen bygger på foreldrenes individuelle opplevelser, og som informanter representerer de bare seg selv. Likevel anskueliggjør informantenes beretninger utfordringer som kan være til hjelp også for andre.

Undersøkelsen belyser sider ved de livslange konsekvenser tilknytning har, og gir kunnskap om årsak og adferdsmønster. Dette vil blant annet kunne gi informantene i

undersøkelsen større innsikt, ved at de kan relatere familienes utfordringer til forskning, slik at disse familiene føler seg mindre alene med problemene.

Undersøkelsen vil også kunne gi omgivelsene bedre forståelse i forhold til utfordringer familier med barn som har RAD, står overfor. En slik forståelse vil kunne bidra til tillit og trygghet for familier med denne problematikken i møte med omgivelsene. I tillegg vil omgivelsene bedre kunne gi innsiktsfull støtte og hjelp for familier med tilknytningsforstyrrede barn.

Videre vil undersøkelsen kunne være bevisstgjørende og til hjelp for offentlige hjelpeinstanser i møte med familier med barn som har RAD. Selv om diagnosen generelt sett blir karakterisert som sjelden, er den ofte representert det ved flere av de offentlige instansene.

Det er en målsetning at undersøkelsen også kan være en kilde til kunnskap og inspirasjon for familier som skal adoptere. For å minimalisere eventuelle tilknytningsproblemer, er det viktig at man helt fra starten på adopsjonen, nyttiggjør seg den tilgjengelige kunnskapen på området.

### 7.3 Oppsummering og konklusjon

I denne masteroppgaven er det forsøkt å fremskaffe ny kunnskap, innsikt og forståelse i forhold til barn med RAD. Fokuset har vært foreldrenes opplevelser relatert til barnets emosjonelle utfordringer, foreldrenes opplevelse av møtet med offentlige hjelpeinstanser og foreldrenes erfaringer og tanker om fremtiden.

Det finnes mye adopsjonsforskning, også innenfor tilknytningsproblematikken. Innenfor diagnosen RAD og diagnosens konsekvenser for dynamikken i norske familier, foreligger der adskillig mindre forskning. Hensikten med dette studiet har vært å få frem mer kunnskap på dette område.

Utenlandsadopterte barn er like forskjellige som andre barn. Likevel har de erfaringsmessige fellestrekk. Viktigst er at de har opplevd brudd av en, for dem, viktig omsorgsperson i tidlige barneår. I tillegg er det sannsynlig at de har vært igjennom skifte av blant annet språk og miljø. En annen viktig fellesnevner er at de alle har fått nye hjem i Norge, hjem hvor de er ønsket, får beskyttelse og som synes å ha god omsorgsevne. Det neste de har felles er at tross alt de får, synes det ikke fullt ut å kunne erstatte deres tidligere tap. Barna i undersøkelsen synes derfor å være preget av emosjonelt ”kaos før ankomst”

Funn vedrørende foreldrenes opplevelse av barnets emosjonelle utfordringer indikerer at barnet i liten grad evner å regulere sine emosjoner. Undersøkelsen avdekker blant annet tre



viktige funn: angst, aggresjon og avvising, som alle svekker barnets muligheter til kvalitativ god tilknytning. Dette ser ut til å utfordre barnet og deres foreldre i lang tid fremover, kanskje gjennom hele livet.

I møte med de offentlige hjelpeinstansene, er det store variasjoner i forhold til hvilke hjelp som den enkelte familie føler behov for. Noen av instansene oppleves som innsiktsfulle, andre ikke. Likevel ser det ut til at hjelp fra det offentlige i stor grad dreier seg om hjelp til å mestre hverdagen, og ikke hjelp til det som synes å være sakens kjerne, nemlig sjelelig hjelp til selvhjelp. I de tilfeller barnet har mottatt hverdagslige hjelpetiltak, har barnet flere ganger likevel ikke klart å benytte seg av tiltakene, grunnet indre uro.

Informanter i undersøkelsen snakker om sorg og tristhet, som en konsekvens av utfordringene hjemme. Dette er ikke bare i forhold til barnet eller dem selv, men også hos søsken. Samtlige foreldre snakker om plager som fysisk nedbrutthet, søvnproblemer og manglende overskudd. Funn i undersøkelsen viser at foreldrene likevel fremstår som ”fightere” for sine barn. De er barnas ”advokater”, dette på tross av hvordan de selv blir behandlet av sine barn. De virker klare i sin søken etter et så bra liv som mulig for barnet, og ingen av foreldrene indikerer at de ønsker å gi ansvaret for barnet over til andre.

Samtidig som de indikerer dette, har flere av informantene ikke tenkt at det i utgangspunktet skulle være psykiske utfordringer med barnet. Flere av barna har helt fra starten av fremstått som udiskriminerende, noe som foreldre den gang tolket positivt, som en slags trygghet i barnet. Forskning indikerer derimot at denne manglende diskriminering kan skyldes at barnet har blitt forstyrret i sin etablering av viktig tilknytning. Det er derfor et ønske om at funnene i denne undersøkelsen, ikke bare skal være til hjelp for adoptivforeldre i lignende situasjoner, men også være tilgjengelig og til hjelp for kommende adoptivforeldre. Det ville kanskje medføre at foreldre allerede ved overtagelse ville foreta noen prioritering i forhold til etablering av tilknytningsbånd.

## **8.0 LITTERATURLISTE:**

- Accap official action (2005) Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9000791>, 12. mars, 2011.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Ainsworth M.D.S., (1972). Attachment and dependency: A comparison. I: J.L. Gerwartz (red) *Attachment and dependency*. Washington, D.C.: Winston.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, vol. 44, pp. 709-716.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M.V & Stayton, D.J. (1971). Individual differences in strange-situation behavior of one-year-olds. I: H.R. Schaffer (red.). *The origins of human social relations*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Pattern and attachment. A psychological study of the strange situation. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J.G. (2006). Mentalizing in practice. I: J.P. Allen & Fonagy, P. (red.). *Handbook of mentalization-based treatment*, s. 3-30. Chichester: John Wiley & sons.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing. New Jersey: Associates, publisher
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. Great Britain: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The international Journal of Psychoanalysis.*, vol. 39, pp. 350-373.
- Bowlby, J. (1961). Separation anxiety: A critical review of the Literature. *J. Child Psychol.Psychiat.*, vol. 1, pp. 251-269.
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of American Psychoanalysis Ass.*, vol. 11, pp. 500-541.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation. Anxiety and anger*. Middlesex: Penguin books
- Bowlby, J. (1979). *At knytte og bryde nære bånd. Tilknytning og tab, selvtilid og sorg*. London: Tavistock Publications Ltd.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss. Sadness and depression*. Middlesex: Penguin books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Routledge. Great Britain: Abingdon.
- Brandtzæg, I., Smith, L., Torsteinson, S. (2011). *Microseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bretherton, I., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. I: J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford.
- Broberg, A., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Brodzinsky, D.M. 1996. *At være adopteret. Utvikling og identitet*. Hans Reitzels forlag
- Buber, M. (1967). *Jeg og Du*. J.W. Cappelens upopulære skrifter
- Cain, C., S. (2006). *Attachment disorders. Treatment strategies for traumatized children*. Maryland: Jason Aronson Publishing.
- Carli, A. & Dalen, M. (1997) *Adopsjonsfamilien*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Baunwald, K. (1989). Disorganised/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, vol. 25, pp. 525-531
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. I: J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford.
- Colin, V.L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Marvin, R. (2000) Hentet fra [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/online\\_2/CircleOfSecurit2002bw.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/online_2/CircleOfSecurit2002bw.pdf) den 20. september, 2011.
- Dalen, M., & Sætersdal, B. (1988). *Utenlandsadopterte barn i Norge: sommer fugler i vinterland*. Oslo: Gyldendal
- Dalen, M. & Rygvold, A.L. 1998. Store forskjeller blant utenlands adopterte. Hentet fra <http://www.forskning.no/artikler/1998/1016632077.22> den 3. oktober 2011
- Davidson- Nielsen, M. & Leick, N. (1990). *Den nødvendige smerte – om sorg, sorgterapi, kriseintervention*. København: Socialpædagogisk Bibliotek.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J. & Hessler, D. (1997). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: A replication and extension and previous findings. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 1997, vol. 38 (2), s- 179-186.
- DeCasper, A.J. & Fifer, W.P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *American Association for the Advancement of Science*, 1980 vol 208 (4448),

- pp. 1174-1176.
- Easterbrooks, A.M. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child development*. vol. 60, No. 4, pp. 825-830.
- Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I, Assland, D.G. (2009). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Emerson, R.W.(2005) I: N. Thomas: *When love is not enough. A guide to parenting children with RAD-reactive attachment disorder*. Colorado: Families by Design Inc.
- Engedal, L. G. (1999). *Ecco homo. En studie av psykovitenskapeligebidentitetsteorier med særlig henblikk på identitetserfaringens konstituerende elementer og de metateoretiske forutsetningenes funksjon i teoriutformingen*. Faculty of arts. Oslo: Unipup forlag/Akademia AS.
- Enger, K. (1980). *Innføring i sjelesorg, II Praksis*. Oslo: Luther forlag.
- Erikson, E.H. (1970) Luther som ung mann. En psykoanalytisk studie av en åndelig førerskikkelse under utvikling. Oslo: Gyldendal
- Erikson, E., H. (1981) *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal
- Erikson, E., H. (1985) *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Bokforlaget Natur og Kultur
- Erikson, E., H. (1988) *Ungdomens identitetskriser*. Stockholm: Natur och kultur
- Evang, A. (2010).5. utgave, 1. opplag. *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Evang, A. (1991) Verdier som kompass: om personlighet, samfunn og framtid. Oslo: Cappelen
- Fauglied, T. L. (2007). *Reaktiv tilknytningsvansker: foresattes historier om barnas overgang til skole*. Masteroppgave i spesialpedagogikk.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, vol 20 (6), pp. 544-576.
- Fullerton, C.S., Goodrich, W. & Berman, L.B. (1986). Adoption predicts psychiatric treatment resistances in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, vol. 25, pp. 542- 551.
- Freud, S. (1977). *Nytt i psykoanalysen. Nye forelesninger til innføring i psykoanalysen*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Goldwyn, R. & Hugh- Jones, S. (2011). Using the Adult Attachment Interview to understand reactive attachment disorder: Findings from a 10-case adolescent sample. *Attachment*

- & *human development*, 13:2, 169-191. Hentet fra  
<http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2011.554006> den 9. januar, 2012.
- Haarklou, J. *Trygge barn er lykkelige barn*. Foreldreforberegende kurs.  
<http://www.haarklou.no/> 2003
- Haarklou, J. (1998) *Emma tvert imot, eller noe mer*. Hentet fra  
<http://www.haarklou.no/media.php?file=81> , den 18 september 2011
- Haarklou, J. (2008) *Emma tvert imot eller noe mer – 10 år senere*. Hentet fra  
<http://www.haarklou.no/media.php?file=75>, den 22. september 2011.
- Harden, B.J. (2004). Safety and stability for foster children: A developmental perspective.  
*Future Child*, 14, pp. 13-70.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychological Society.*, vol. 13, pp. 673-685.
- Hart, S. & Swartz, R. (2008). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk* . Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hrdy, S.B. (1999). *Mother nature; Maternal instincts and how they shape the human species*. New York: Ballantine Books.
- Henriksen, T. (2010) *I mors liv. Svangerskap, fosterliv og helse*. Oslo: Cappelen Damm
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association.*, vol. 48 (4), pp. 1097-1127.
- Holm, U. (1989) *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Natur och Kultur, Stockholm 1989
- Hvarfner, G.(1988) *Dygd idag – Eriksons teori om mognad som människa*. Uppsala: Sverige.
- Hognestad, M. & Steenberg, K. R. (2000) *Adopsjonsloven*. Kommentartutgave. Oslo: " Universitetsforlaget.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, 293, PP. 2501-2515.
- Kim, W.J., Davenport, C., Joseph, J., Zrull, J. & Woolford, E. (1988). Psychiatric disorder and juvenile delinquency in adopted children and adolescents. *Child and adolescent Psychiatry*, vol 27, pp. 111- 115.
- Kringlen, E., (1990). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristiansen, A., (2005). *Tillit og tillitsrelasjoner i en undervisningssammenheng – med*

- utgangspunkt i tekster av Martin Buber, Knud E. Løgstrup, Niklas Luhmann og Anthony Giddens.* Oslo: Unipub forlag.
- Kvale, S. (1999): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: ad notam Gyldendal forlag
- Kvillo, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Laing, R.D. (1968). *Det kluvna jaget*. Stockholm: Aldus/Bonniers.
- Laudenslager, M.L., Reite, M. & Harbeck, J. (1981). Suppressed immune response in infant monkeys associated with maternal separation. *Life Sciences*, 29, pp. 44-48.
- Lorenz, K.Z. (1935). *Der Kumpan in der Umwelt des Vogels*. Eng. Trans. I: *Instinctive Behavior*, (red.) Schiller. New York: International Universities Press, 1957.
- Lov om adopsjon. (1986). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19860228-008.html> den 3. nov. 2011)
- Løgstrup, K.E. (1975). *Det etiske fordring*. København: Gyldendahl.
- Løgstrup, K.E. (1987). *Solidaritet og kærlighet og andre essays*. København: Gyldendahl.
- Magid, K. & McKelvey, C.A., (1988) *High Risk: Children without a conscience*. Golden, CO: M & M Publishing.
- Main, M. & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. I M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (red.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Hesse, E. & Goldwyn, R. (2008). Styding differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. I: H. Steele. & Steele, M. (red.), *Clinical application to the attachment interview*, s. 31-68. New York. The Guilford Press.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attachment under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. vol. 48, nr. 4, pp. 1055-1096.
- Marks, I.M. (1994) *Å leve med angst*, Oslo: Aventura forlag.
- McIntyre, A & Keesler, T.Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, pp. 297-303.
- McRoy, R.G., Grotevant, H.D. & Zurcher, L.A. (1988). *Emotional disturbance in adopted adolescents: Origins and development*. New York: Praeger.
- Morton, N. & Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, pp. 1093-1104.
- Moxnes, (1990). Kjernesprengning i familien? Familieforandring ved samlivsbrudd og

- dannelse av nye samliv. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU (2009:21). Hentet fra  
<http://www.regjeringen.no/pages/2248453/PDFS/NOU200920090021000DDDDPDFS.pdf>, den 17. april, 2011.
- Okkenhaug, B. (2002). *Når jeg ser ditt ansikt. Innføring i kristen sjelesorg*. Oslo: Verbum.
- Parkes, C.M. (1976). *Sorg*. Oslo: Gyldendal
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Prior, V. & Glaser, D. (2006). *Understanding Attachment Disorders. Theory, Evidence and Practice*. USA: Jessica Kingsley Publishers.
- Reid, W.J., Kagan, R.M., Kaminsky, A. & Helman, K. (1987). Adoptions of older institutionalized youth. *Social Caswork: The Journal of Contemporary Social Work*, vol 68, pp. 140-149.
- Rhodes, J.L. & Copeland, E.P. (1993). Dysfunctional Adolescent Behavior in Adopted Children. *The family Journal*, vol 1, pp. 349.
- Rosenfeld, A.A, Pilowsky, D.J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M.D. (1997) Foster care: An update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, pp. 448-457.
- Rutter, M. (1981). *Maternal deprivation reassessed*. Harmondsworth, Middelsex: Penguin.
- Rygård, N., P. (2006). *Børn og unge med tilknytningsforstyrrelser*. Svendborg: Forfatterforlaget.
- Rygård, N.P. (1998). *Tidligt frustrerede børn. Nogle resultater fra en undersøkelse af 48 børn med diagnosen " tidlig følelsesmæssig frustration "*. København: Forlaget skolepsykologi, Blå serie 21.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Schaffer, H.R. & Emerson, P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of Society for Research in Child Development*, vol. 29 (hele serie nr. 94).
- Schechter, M.D. (1960). Observations on adopted children. *Archives ogf General Psychiatry*, vol. 3, pp. 21-32
- Schön, D. (2001). *Den reflekternde praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Høyskoleforlaget AS. Kristiansand.
- Spitz, R. (1957).eller 1946 *No and yes: on the genesis of human communication*. New York: International Universities Press.

SSB Statistisk sentralbyrå, Hentet fra

[http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=06683](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=06683), den 14.mars 2012

Strauss, A. & Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications.

Sörensen, J. (1964). *Ut av sorgen*. Oslo: Norsk litteraturselskap.

Tanbo, T. (2008). *Ufrivillig barnløs*. Hentet fra

<http://www.sinneshelse.no/helsenyttarkivet/artikler/barnloes.htm>, den 2. januar 2011.

Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.A., Ackerman, E. (1998). Preliminary evidence for abnormal cortical development in Physically and sexually abused children using EEG Coherence and MRI. *Annals New York academy of sciences*, vol. 821, pp. 160-175.

van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F. (2005). Adoption is a successful natural intervention enhancing adopted children's IQ and school performance. *Current Directions in Psychological Science*, vol. 14, pp. 326-330.

Verdens barn.(2003). *Verdens barn 50 år*. Oslo: Unipub AS

Wagner, Å., (2006-07) hentet fra

<http://lesesenteret.uis.no/article.php?articleID=16998&categoryID=5324> den 26. september).

Watson, J. B. (1930). *Behaviorism*. New York: Norton.

Wennerberg, T. (2011) *Vi er våre relasjoner – om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg forlag.

Winnicott, D. (1983) *Barnet, familien och omvärlden*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization: ICD-10: hentet fra

<http://finnkode.kith.no/2011/#|icd10|ICD10SysDel|2601116|flow>, den 1. Sept. 2011

World Health Organization (1962) Deprivation of maternal care. A reassessment of its effects. Geneva: Sveits.

Øhren, A. (1995). *Consuelo : en adopsjonshistorie*. Oslo: Gyldendal





Velibor Bobo Kovac  
Institutt for pedagogikk  
Universitetet i Agder  
Serviceboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 21.11.2011

Vår ref: 28519 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28519	<i>Familier med RAD</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Velibor Bobo Kovac</i>
Student	<i>Monica Haugesten</i>

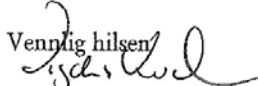
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

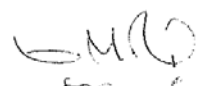
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Monica Haugesten, Baldersvei 13, 4846 ARENDAL

Informasjonsbrev til foresatte med barn som har  
diagnosen "reaktive tilknytningsvansker i tidlig barndom"

Mitt navn er Monica Haugesten, og jeg er mastergradsstudent i Pedagogikk ved Universitetet i Agder, hvor dr. psychol. Velibor Bobo Kovac er min veileder. Jeg har de siste 15 årene vært ansatt som lærer i Arendal kommune, men er nå i gang med siste del av masterstudiet, selve masteroppgaven.

Gjennom spesialistpsykolog Joachim Haarklou sendes dette følgebrevet ut til familier som han kjenner til og som dekker kravene til deltagelse i denne oppgaven. Jeg får ikke vite hvem som har mottatt brevet, så mottaker av brevet må være den som eventuelt tar videre kontakt med meg.

I denne undersøkelsen ønsker jeg kontakt med:

- 3-4 foreldre/foreldrepar som har utenlandskadopterte barn,
- som har barna i dag er mellom 12-19 år,
- og ha fått diagnosen RAD, reaktive tilknytningsforstyrrelse,
- og har hatt behov for hjelp fra minst en offentlig instans en offentlig instans.

Jeg ønsker med denne oppgaven å få bedre innsikt i utfordringene familiene står overfor, og hvilke behov for hjelp utenfra familiene har fått/får. I tillegg ønsker jeg å få tilbakemelding på hvordan disse møtene med offentlige hjelpeinstanser har vært/eropleves.

Informantene i denne oppgaven anonymiseres etter strenge regler.

Intervjuene skal helst tas i løpet av sept./okt. 2011. Jeg bor i Arendal, men setter meg gjerne i bilen og kjører til der de som skal intervjues vil intervjues.

Kunne du/dere tenke dere å bli intervjuet?

Det hadde i så fall vært veldig bra, for det fins utrolig lite dokumentasjon på hvordan det er å leve med dette i en familie, og familienes opplevelser av møte med det offentlige hjelpeapparatet.

Med vennlig hilsen og håp om et positivt svar

Monica Haugesten

Tlf: 41732035 (ring, send melding eller mail hvis dere lurer på noe)

e-mail: [m\\_haugesten@hotmail.com](mailto:m_haugesten@hotmail.com)

## **INTERVJUGUIDE**

### **Barnet i giverlandet:**

- 1) Alder på barnet ved overtagelse?
- 2) Helsetilstanden til barnet når du fikk det? (Høyde og vekt ved henting)
- 3) Har barnet noen søsken i deres hjem?
- 4) Hva vet dere om barnets liv før ankomst Norge?
- 5) Var du/dere på barnehjemmet/ i fosterhjemmet selv og fikk se det?
- 8) Fikk du et godt førsteinntrykk av barnet bosted i hjemlandet?
- 9) Fikk du noe inntrykk av hvor mange barn som bodde der, og hvor mange personer som hadde ansvar for barna?

### **Overgangen til Norge:**

- 1) Kan du fortelle litt om hvordan overgangen til nytt land, nye omgivelser og ny familie var?
- 2) Virket barnet diskriminerende og skeptisk til nye?
- 3) Når er første gangen du kan huske at du tenkte at her er det noe som er annerledes?
- 4) Eksempler? Flere eksempler?

### **Møte med forskjellige hjelpeinstanser:**

- 1) Når var dere første gang i kontakt med en instans?
- 2) Hva var grunnen til denne kontakten?
- 3) Opplevelse av denne erfaringen?
- 4) Andre hjelpeinstanser?
- 5) Opplevelsen av disse møtene?
- 6) Har dere fortsatt behov for hjelp?

### **Foreldrenes bekymringer og framtidsutsikter:**

- 1) Hva med venner, familielivet?
- 2) Hvilke utfordringer er det for familiene?
- 3) Isolasjon
- 4) For barnet og familien

