



Ingrid Wiklund
Stockholm

Mentalisering och anknytning hos barn med diagnosen ADHD

I arbetet med neuropsykiatriska bedömningar har Ingrid Wiklund sett hur kunskaper i mentaliseringsteori och anknytningmönster blir ett värdefullt bidrag till bedömningen och förståelsen av barnet.

Inledning

Pelle är 8 år och han får ofta vredesutbrott, han slår andra och han har svårt att leka. Hans mor minns att hon bar honom mycket som liten, då han sällan var lugn och nöjd. När Pelle blir arg är det ofta som modern inte förstår vad som händer. Ibland kan han bita sig själv och säga att han är dum. Modern visste redan under graviditeten att hon skulle separera från fadern då han ofta blev mycket arg, även om han inte var direkt våldsam. Modern tror att sonen och fadern har liknande svårigheter. Pojken utreds på BUP och får diagnosen ADHD.

I mitt arbete som socionom på BUP har jag fått allt fler arbetsuppgifter som handlar om utredningar med neuropsykiatriska frågeställningar. Min del i dessa är att ta en anamnes från föräldrarna och att delta i diagnosdiskussion med den

psykolog och den läkare, som också arbetar med utredningen.

Vi utreder alltfler med frågeställningen ADHD. Orsakerna till det är ju förstås många och ligger både på individnivå och på samhällsnivå. Enligt DSM-IV-TR är prevalensen av ADHD hos skolbarn 3-7 %. En stor del av dem som hade sjukvårdskontakt på grund av ADHD under ett år, behandlades på BUP. Under 2007 var det 0,5 % av alla barn i Stockholms län i åldern 4-17, som hade BUP-kontakt på grund av ADHD (Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, 2010).

Hjärnans mognad, anknytning och ADHD

Många av de barn som vi utreder för ADHD har stora svårigheter med relationer och samspel, både

med vuxna och med andra barn. De har svårt att få kamrater och kan bli uteslutna ur grupper. I en del fall har andra föräldrar gått samman och krävt av förskolan/skolan att barnet ska flyttas på grund av alla konflikter. Enligt ny hjärnforskning finns det tecken på att hjärnan reagerar snarlikt på att uteslutas av jämnåriga, som på hot mot vårt fysiska välbefinnande eller tillgång till mat (Dobbs, 2011).

Om det stämmer blir det en mycket stressframkallande situation som medför att mentaliseringsförmågan minskar eller stängs av. Länkar i prefrontala cortex stängs av och vi blir primitiva och kan reagera med kamp- eller flyktbeteende.

Vår förmåga att mentalisera hänger också samman med hjärnans mognad. Hjärnans mognad påverkas av om vi har en trygg eller otrygg anknytning (Rydén & Wallroth, 2010).

Forskaren Jonathan Green har studerat anknytning hos barn mellan fyra och nio år med hjälp av "Manchester Child Attachment Story Task". Barnet får presenterat för sig en historia med hjälp av ett dockskåp och ska sedan på egen hand fortsätta historien. Barnet får också frågor kring anknytningsteman. Green fann bl.a. ett samband med ADHD, som tyder på att en otrygg anknytning kan förstärka ADHD-symtom och även i sin tur att ADHD kan göra ett barn mer känsligt för att utveckla otrygg anknytning (Cleryd & Löf, 2011)

Liknande resultat visar en annan forskning där man sett att det är barnets medfödda svårigheter med koncentration och med hyperaktivitet i kombination med affektivt störd föräldrakommunikation, som ger ökad frekvens av desorganiserad anknytning.

När barnets förmåga att stå ut med negativa affekter är nedsatt, ökar risken för att svårigheter kan uppstå om barnet utsätts för bristande intoning från föräldrarna eller för trauma (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2007).

Många av de barn som jag mött i utredningar av ADHD har av föräldern/föräldrarna beskrivits som svåra i den bemärkelsen att de haft svårt att komma till ro, att äta, att få en dygnsrytm som fungerar, varit svårtröstade m.m. Flertalet föräldrar har mycket tidigt känt att de haft svårigheter att förstå barnens behov. Många har uttryckt att de känt sig misslyckade som föräldrar. I många familjer har det också förekommit hög stress på grund av konflikter och därefter skilsmässa, då barnen varit nyfödda eller små. Har dessa barn haft medfödda svårigheter

som förvärrats av familjernas situation eller har de uppstått ur de svårigheter som funnits i familjen? Hur ser anknytningen ut? Hur har föräldrarnas mentaliseringsförmåga sett ut från början och hur har det blivit då stressen ökat i familjen?

Medfödda svårigheter eller naturligt svar på miljön?

När jag skriver detta funderar jag mycket på vad som är hönan och vad som är ägget. Är ADHD något man föds med eller är det reaktioner på en miljö som inte fungerar väl? När jag tidigare tänkte på min egen uppväxt letade jag upp mitt klasskort från år 1, för att se hur många vi var. Vi var 18 elever i klassen och det fanns en hel del pojkar som jag minns hade svårt med impulsivitet och koncentration. (Jag kommer inte ihåg att någon av flickorna hade dessa svårigheter!). Det fungerade ändå ganska bra och killarna tog sig igenom skolan. De hette att de var busiga och omogna, mer än bråkiga och hopplösa.

Detta får mig att ställa många frågor: Hade dessa pojkar fått en ADHD-diagnos i dag? Är symtomen som ger diagnosen ADHD ett helt naturligt svar på miljön, med t.ex. brister i anknytning, mentalisering och alltför stora barngrupper? Ska symtomen ses som stressreaktioner på en omgivning som inte stödjer utveckling av mentalisering och samspel? Sätter vi kliniker också fler diagnoser för att det är vägen för föräldrarna att få stöd från skolan för sitt barn? Följer man skollagen ska det dock inte finns några krav på diagnos, alla barn ska få stöd utifrån sina behov.

Man kan också fundera över om det "passat bra" för samhället med en neuropsykiatrisk förklaringsmodell. Om det är barnets hjärna som är "felet" behövs inte insatser kring anknytning, samspel och uppväxt på samma sätt (Ljungberg, 2008).

Behöver vi ett bredare perspektiv på behandling?

I våra riktlinjer för BUP är basen för behandlingen vid ADHD: utbildning och rådgivning till föräldrarna och skolan, samt farmakologisk behandling (Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, 2010). De flesta som får en ADHD-diagnos, där jag

arbetar, får därför information om ADHD-center. De erbjuds också besök hos en läkare, om de vill diskutera medicinering.

Det jag tänker på är hur vi skulle behöva arbeta annorlunda, för att se vilka barn som kan behöva annat stöd. För att kunna arbeta vidare med anknytningssvårigheter skulle vi behöva bli bättre på att hitta de barn som har både ADHD och svårigheter i sin anknytning. Jag skulle vilja att anknytning och samspel fanns med som en fråga i våra utredningar och att de var en del i våra diagnosdiskussioner. För att kunna ge annan behandling skulle jag vilja ha redskap att bedöma anknytningen och hitta sätt att titta mera på mentaliseringsförmågan.

Jag har många tankar kring förbättringar som kräver strukturella förändringar i både bedömning, utredning och behandling. Samtidigt känns det hoppfullt när jag tänker på mitt arbete här och nu. Jag upplever att både jag själv och många kollegor redan är ganska bra på att befrämja mentaliserande i vårt arbete. En förändring hos mig själv är att jag nu mera fokuserat tänker på vad jag gör i mentaliseringstermer och att jag har fler ord för det som sker. En fin bild ger professorn och psykoanalytikern Robert Michel, när han beskriver att mentaliseringsteorin mer liknar vitaminer än antibiotika – alla behöver dem, de flesta får tillräckligt genom den normala utvecklingen och de som inte får detta behöver ett tillskott (Allen & Fonagy, 2006).

Om jag går tillbaka till exemplet Pelle så tänker jag att han och hans mamma behöver tillskott för att han ska öka och utveckla sin mentaliseringsförmåga. Pelles bild av världen blir ofta negativ och fientlig. Han behöver komma vidare från den psykiska ekvivalens där han så ofta är och hitta andra sätt än att skada sig själv. Om man på något sätt kan bidra till att stoppa överföringen av otrygga eller desorganiserade relationsmönster mellan generationerna hos de familjer vi möter, så kan man inte vänta på stora organisatoriska förändringar (Wennerberg, 2010).

Avslutning

Jag vill avsluta med att ge ett litteraturlästips på en serie barnböcker för mycket små barn, som jag tycker är väldigt fina. De är skrivna av Ann Forslind och handlar om en bebis och olika känslor och situatio-

ner, som både bebisar och föräldrar känner igen.

Böckerna har teman som t.ex. övergivenhet och närhet i "Bäbis rädd", där bebisens vaknar och har tappat nappen och blir mycket rädd. Eller som när bebisens hittar en sax som den vill prova, men sen är den plötsligt borta och bebisens blir väldigt arg, i "Bäbis arg". Det finns också "Bäbis ledsen" och "Bäbis nyfiken" med flera.

Mitt barnbarn har älskat böckerna och han har bett om att få läsa t.ex. "Bäbis arg" då han själv blivit arg, och vi har pratat om att han blev arg och att bäbis också blev arg. Jag tycker att dessa böcker på ett sätt i all sin enkelhet, visar kärnan i mentalisering. De ger stöd till förmågan att förstå sitt eget och andras inre och att då identifiera känslor, utveckla stabila representationer av tankar och känslor, skapa en sammanhängande självupplevelse och utveckla en förmåga att skapa stabila relationer (Rydén & Wallroth, 2010).

Referenser

- Allen, J.G. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalizationbased treatment*. Chichester: Wiley. Citerad i L. Havnesköld, & P. Risholm Mothander. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H., Research review: genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: case of attachment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48:12, 2007. Citerad av J. Löf & N. Sundström. (2011). ADHD och otrygg anknytning förstärker varandra. *Psykologtidningen*, nr 3, 2011.
- Cleryd, M. & Löf, J. (2011). Konferensrapport 5th International Attachment Conference Oslo. www.mbtsverige.se (2022-11-08).
- Dobbs, D. (2011). Vild ungdom (de rår inte för det). *National Geographic*, nr 10, 46-61.
- Ljungberg, T. (2008). *ADHD i nytt ljus*. Nyköping: Exiris.
- Philipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindients, N., Ebner-Priemer, U., Barth, J., Schmah, C. & Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 2008. Citerad av J. Löf, & N. Sundström.

- (2011). ADHD och otrygg anknytning förstärker varandra. *Psykologtidningen, nr 3*, 2011.
- Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, Skrifter från barn- och ungdomspsykiatri nummer 5 (2010.) Kapitel om ADHD. Choque-Olsson, N., Engström, A-C., Malm, E., Malmberg, K., Hedfors Moretti, Å., Nigam, I., Marsk, E., Borell, N. & Larsson, J-O.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2010). *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sökord: Mentalisering, anknytning, ADHD.

Abstract

The author describes why the assessment of attachment patterns and capacity for mentalizing should be an integral part of neuropsychiatrisk assessments. She highlights in particular the judgments in the case of ADHD.

Ingrid Wiklund är socionom med en grundläggande utbildning i psykoterapi. Hon arbetar inom BUP, Stockholms läns landsting. En stor del av arbetet på mottagningen där hon arbetar utgörs av neuropsykiatriska utredningar.

ingrid.wiklund@hotmail.com