

# Reaktive tilknytningsvansker

*Foresattes historier om barnas overgang fra barnehage til skole*

**Tone Landro Fauglied**



Masteroppgave i spesialpedagogikk  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet  
Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

våren 2007

## SAMMENDRAG

### **Bakgrunn, tema og formål**

Oppgavens tema er *reaktive tilknytningsvansker* og barn som har denne diagnosen. Formålet med oppgaven er å formidle foresattes egne, genuine opplevelser rundt barnas overgang fra barnehage til skole satt inn i en teoretisk forståelsesramme. Reaktive tilknytningsvansker oppstår i hovedregel ved svært utilstrekkelig omsorg i form av fysisk og/ eller psykisk misbruk fra spedbarnsalder. Det kan dreie seg om forsømmelse i form av vedvarende manglende respons på barnets tilnærmelser, vedvarende ignorering av barnets grunnleggende fysiske behov eller bevisst påføring av skade. Barn med denne diagnosen har sterke, motstridende sosiale reaksjoner som tydeligst kommer til uttrykk ved atskillelse og gjenforening. De motstridende reaksjonene forekommer både i barnet selv, og ut mot omgivelsene i ulik grad. Dette gjør diagnosen til en større pedagogisk utfordring enn mange andre diagnoser. Barn med denne diagnosen vil i hovedregel være adoptivbarn eller fosterbarn.

### **Problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen oppgaven besvarer er som følger:

***”Hvordan opplever foresatte til barn med diagnosen reaktive tilknytningsvansker sitt barns overgang fra barnehage til skole?”***

For å belyse hovedproblemstillingen og sette foresattes opplevelser inn i en helhetlig forståelsesramme, har jeg også benyttet meg av tre forskningsspørsmål.

### **Metode, teori og empiri**

For å formidle foresattes opplevelser har jeg med utgangspunkt i Fog (1999), Kvale (1999) og Befring (1998) gått inn i fire halvstrukturerte intervjuer med familier som har barn i alderen 6 – 9 år med diagnosen reaktive tilknytningsvansker. I teoridelen har benyttet forskningen rundt tilknytning og tilknytningsvansker. I tillegg har jeg tatt utgangspunkt i diagnosesystemet ICD-10 fra World Health Organization (WHO), som er brukt i Norge i dag. Med bakgrunn i dette har jeg beskrevet diagnosens kjennetegn og atferdsmessige konsekvenser. Til sist skriver jeg om tilknytning og det å være adoptivbarn eller fosterbarn.

---

## Resultater

Funnene blir sett i lys av den teoretiske bakgrunnsforståelsen etter hvert som de blir presentert. Til sist blir hovedfunnene samlet og drøftet i kapittel 4.8 *Oppsummering og drøfting av hovedfunn*. Drøftingen vil ta utgangspunkt i blant annet WHO's diagnosekriterier (1999) for reaktive tilknytningsvansker, Carli og Dalen (1997) sine teorier rundt tilknytning og adoptivbarn og Haarklau (2003) sin teori om at barn med tilknytningsskade kan opptre med en primærpersonlighet og en sekundærpersonlighet.

Funnene er delt inn i seks ulike kategorier og omhandler hvordan foresatte opplever barnas overgang til skolen, og hvilke faktorer som har påvirket denne. Det er særlig to hovedfunn som utkrystalliserer seg. Det første dreier seg om at det å være i en slik overgang oppleves negativt og slitsomt av samtlige familier. Overgangen blir gjennomgående beskrevet som en forandring fra det trygge til det utrygge. En endring i relasjoner og rutiner øker barnas symptomer, ofte i form av aggressivitet. Små, for andre ubetydelige, hendelser i hverdagen kan få store konsekvenser for barnet og prege det over tid. Det andre hovedfunnet som utkrystalliserer seg dreier seg om at diagnosen ikke utløser lik informasjon eller like rettigheter i de ulike instansene. Det råder blant annet stor usikkerhet rundt hvor initiativet til og ansvaret for et overgangsmøte ligger.

Funnene vil ha praktiske implikasjoner for instanser rundt barnet og foresatte til barn med tilknytningsskade. En vil kunne se hva foresatte etterlyser og har behov for i forkant av, under og i etterkant av barnas overgang til skolen. Dette dreier seg i hovedsak om at diagnosen bør utløse lik informasjon, like rettigheter og like rutiner i alle instanser som helsestasjon, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, skole, Trygdekontor og eventuelle andre instanser. Konkret bør en instans, med fordel den instansen som har gitt diagnosen, påta seg ansvaret for overgangsmøte mellom barnehage, skole, foreldre og PPT. Så langt som mulig bør foreldrene ha få personer å forholde seg til, og dette bør være personer som innehar nødvendig medisinske kompetanse i henhold til diagnosen og kunnskaper om trygdelovgivning. Det blir nærliggende å tenke at nevnte instans bør ha en koordinerende oppgave i forhold til familien eller at det bør være en egen koordinator de kan forholde seg til.

## Forord

*Lykke*, ordet risler innover i øretrompetene og slår kolbøtte mot det indre øret. Signalene spiser seg videre innover nervebanene og lager gjenklang og opplevelsen av lyd i hjernebarken. *Lykke*, det kan være så mye – og det kan være så lite. Det kan være et navn som hviskes i vinden en tidlig høstmorgen. Det kan være et ekko fra gamle brosteiner som leder deg dit visste du hørte til. Det kan være et lite, metallisk sus når dørene i Helga Engs Hus gir etter og glir opp en sen vinterkveld. Det kan være glimtet i ditt barns blikk når smilet tennes i øynene og tusen hemmelige latterbobler triller ut i universet. *Lykke* – det kan også være å skrive et forord til en masteroppgave.... Vissheten om at noe er ferdig – forventningene om det som skal komme; endeløs tid til kos med familien.

Tusen takk til mine deilige, snille og flotte barn for all inspirasjon og motivasjon – dette har jeg gledet meg til!

Alma (10 år): Vår fornuftige godjente som vi alltid kan stole på!

Edvin (8 år): Vår spilloppmaker og oppfinner – ingen kan få sine søsken til å skratt-le som du!

Even (4 år): Familiens ubestridte kosemester som får alle i godt humør!

Cora (1 år): Vår viltre og bestemte herjejente som hviner av fryd når hun ser oss!

Tusen takk til min mann for all støtte og hjelp – det er veldig godt å ha en norsklærer i huset (som attpåtil har levert hovedoppgave i statsvitenskap for kort tid siden).

Takk til svigerforeldre og særlig familiens mormor som har stilt opp som barnevakt for syke og friske barn til alle døgnets tider!

Takk til Joachim for god praktisk hjelp og inspirasjon.

Takk til veileder Kari Gamst som tok i mot en gravid trebarnsmor til første veiledning uten å heve et eneste øyenbryn.

Til sist vil jeg gi en stor takk til mine informanter som raust har gitt meg av sin tid og vist meg tillit ved å si ja til å bli intervjuet. Jeg føler at jeg har påtatt meg et stort ansvar i å videreformidle den kunnskapen og erfaringen dere har samlet dere. Jeg håper og tror at jeg har fått det til i denne oppgaven.

Tone Landro Fauglied,

mars 2007, Tvedestrand

*"tabula rasa"*

*"The hand that rocks the cradle,  
is the hand that rules the world."*

---

# Innhold

<b>1. Innledning.....</b>	<b>9</b>
1.1 Valg av tema .....	9
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	10
1.3 Presisering av problemstilling gjennom forskningsspørsmål.....	10
1.4 Begrepsavklaring og avgrensning.....	11
1.5 Oversikt over oppgavens videre disposisjon.....	12
<b>2. Teoretisk grunnlag .....</b>	<b>14</b>
2.1 Hovedtrekk i sentrale teorier om tilknytning og tilknytningsvansker.....	14
2.1.1 Generelt om tilknytning og tilknytningsvansker.....	14
2.1.2 Bowlbys bidrag til tilknytningsteori.....	17
2.1.3 Ainsworths bidrag til tilknytningsteori.....	18
2.2 Atypisk tilknytning .....	19
2.2.1 Risikofaktorer og følgetilstander for atypisk tilknytning.....	20
2.3 Bakgrunn for diagnosesystemene ICD og DSM.....	21
2.3.1 Diagnosesystemet ICD-10 og plasseringen av reaktive tilknytningsvansker.....	22
2.3.2 Diagnostiske retningslinjer for reaktive tilknytningsvansker.....	23
2.3.3 Diagnostiske retningslinjer for udiskriminerende tilknytningsforstyrrelser.....	24
2.4 Tilknytning hos adoptivbarn og fosterbarn.....	25
2.4.1 Prognoser og behandlingsformer for tilknytningsskadde barn.....	27
<b>3. Metode – hvordan jeg gikk fram.....</b>	<b>29</b>
3.1 Valg av metode.....	29
3.2 Etske overveielser.....	30
3.2.1 Intervjuer som redskap.....	32
3.3 Framgangsmåte for praktisk tilnærming.....	32

---

3.3.1	Hvordan jeg skaffet informanter .....	32
3.3.2	Forberedelse til intervjuene.....	34
3.3.3	Teknisk gjennomføring av intervjuene .....	34
3.4	Ufordringer underveis i intervjuene.....	36
<b>4.</b>	<b>Presentasjon og drøfting av data.....</b>	<b>41</b>
4.1	Samlet presentasjon av informantene.....	41
4.1.1	De foresatte og barna med diagnosen.....	41
4.1.2	Grunnstemning i intervjuene.....	42
4.2	Introduksjon av informantene gjennom opplevelser de vektla i sin hverdag..	42
4.2.1	Intervju A: <i>"Det var som å trykke på en knapp"</i> .....	42
4.2.2	Intervju B: <i>"Heldigvis tar hun i mot, og det er helt fantastisk"</i> .....	43
4.2.3	Intervju C: <i>"Det har virka stressende på familien"</i> .....	45
4.2.4	Intervju D: <i>"Rett og slett ingen glad familie"</i> .....	47
4.3	Informantenes opplevelser av hverdagen .....	49
4.3.1	Grad av opplevd bedring.....	49
4.3.2	Hjemme og ute.....	51
4.3.3	Familiens tidsbruk.....	52
4.3.4	Hygiene og påkledning.....	53
4.3.5	På tå hev .....	54
4.3.6	Økonomi.....	55
4.4	Informantenes opplevelser i barnehagen.....	56
4.4.1	Trivsel versus vansker.....	56
4.4.2	Tiltak og forståelse av diagnosen.....	59
4.4.3	Oversikt over funn i barnehagen.....	61
4.5	Informantenes opplevelser av overgangen til skolen.....	62
4.5.1	Beskrivelse av overgangen og påvirkning på familien.....	63

---

4.5.2	Overgangsmøter.....	65
4.5.3	Oversikt over funn fra overgangen.....	67
4.6	Informantenes opplevelser av skolen.....	68
4.6.1	Trivsel og tiltak.....	68
4.6.2	Vansker og forståelsen av diagnosen.....	70
4.6.3	Oversikt over funn fra skolen.....	72
4.7	Informantenes tanker om fremtiden.....	72
4.7.1	Optimisme, pessimisme og tenårene.....	72
4.8	Oppsummering og drøfting av hovedfunn.....	74
4.8.1	Å være i en overgang: ” <i>fra det trygge til det utrygge</i> ”.....	74
4.8.2	Rutiner i de ulike instansene i overgangen.....	76
4.8.3	” <i>Det er så mye på toppen</i> ”.....	77
4.8.4	Skole, trivsel og tiltak i relasjon til overgangen.....	78
4.8.5	Adoptiv- eller fosterforeldre og økonomi.....	80
4.8.6	Fremtidshåp.....	81
<b>5</b>	<b>Avslutning og konklusjon.....</b>	<b>82</b>
5.1	Avsluttende ord og tanker videre.....	83
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>84</b>
<b>Vedlegg:</b>	1) Råd informantene hadde til andre	
	2) Intervjuguide	
	3) Brev til PPT og andre instanser	
	4) Brev til de foresatte	
	5) Svar fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS	



# 1. Innledning

Oppgavens tema er barn med *reaktive tilknytningsvansker*, og oppgavens formål er å belyse foresattes opplevelse av hvordan deres barn ble møtt i overgangen fra barnehage til skole. Jeg er opptatt av den kunnskapen og erfaringen foresatte har tilegnet seg gjennom å ha hatt omsorgen for barnet over lengre tid, og med dette som bakgrunn ønsker jeg å undersøke hvilke opplevelser fra overgangen de foresatte vektlegger. Hvordan mener de at opplevelsene har påvirket barnet og familien som helhet? Hva tenker de kunne vært gjort annerledes? Hvilke opplevelse har de av hverdagen til barnet og familien? Det jeg ønsker å favne, er de foresattes egne, genuine opplevelser rundt at deres barn med diagnosen reaktiv tilknytningsvansker, har beveget seg i en overgang fra barnehage til skole.

## 1.1 Valg av tema

I mitt arbeid i *Pedagogisk psykologisk tjeneste* (heretter PPT), har jeg jobbet med saker hvor barn har en form for tilknytningsskade. Jeg oppdaget at det etter hvert kom flere og flere henvisninger til PPT som inneholdt diagnosen reaktive tilknytningsvansker, og ble fanget av denne komplekse diagnosen hvor barnet har utviklet en sterk motstand mot å motta det som vil kunne reparere mye av skaden, nemlig omsorg. Jeg gjorde meg tanker i forhold til at det ofte var flere instanser og fagfolk inne i sakene, men at det like fullt er de foresatte med den daglige omsorgen for barnet som sitter med den høyeste kompetansen på sitt barn. I arbeid med sakkyndige vurderinger får vi liten tid til å sette oss ned og virkelig *lytte* til alt det foresatte har samlet seg av erfaringer som kan gjøre skoleovergangen mer smidig for andre barn med samme diagnose. Foresattes egne betraktninger og refleksjoner rundt barnas møte med skolehverdagen er det jeg mener best kan gi disse svarene. Denne informasjonen ønsker jeg å kunne nyttiggjøre meg i mitt videre arbeid i PPT.

## 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Fordi diagnosen reaktive tilknytningsvansker er en diagnose som nesten alltid gis på grunnlag av at barnet har vært utsatt for fysisk og/ eller psykisk vanskjøtsel, vil foresatte til disse barna i hovedsak være adoptivforeldre eller fosterforeldre. I møtet med disse gruppene har jeg opplevd at det ofte dreier seg om ressurssterke mennesker som har vært gjennom mange utfordringer og har hatt et sterkt ønske om å få barn. Ofte har de gjennomgått en sorgprosess gjennom flere år fordi de ikke har kunnet få egne barn. De har arbeidet seg gjennom dette og samtidig kommet til konklusjonen at de ønsker å adoptere eller være fosterforeldre. Begge deler kan være en lang og påkjennende prosess, som de har gjennomført med alt den innebærer av venting, håp, skuffelse, mer venting og til sist barnets ankomst. De har ofte gjort seg mange tanker rundt sitt barns behov, og disse endres og utvikles hele tiden i takt med barnets utvikling. Det reiser seg mange interessante problemstillinger rundt et slikt tema, og det er dessverre ikke mulig å favne alle. Med bakgrunn i mitt arbeidsfelt som er PPT, ønsker jeg å fokusere på de utfordringene som oppstår i overgangen fra barnehage til skole. Derfor ønsker jeg å få vite mer om hvilke tanker foresatte til disse barna har gjort seg ved skolestart, hvilke erfaringer de har, og hvilke råd de har til andre foresatte i samme situasjon. Oppgavens hovedproblemstilling er som følger:

***Hvordan opplever foresatte til barn med diagnosen "reaktive tilknytningsvansker" sitt barns overgang fra barnehage til skole?***

## 1.3 Presisering av problemstillingen gjennom tre forskningsspørsmål

For å gi en nærmere beskrivelse av hva jeg søker mer kunnskap om gjennom nevnte problemstilling, har jeg formulert tre tematiske forskningsspørsmål som utdyper hovedproblemstillingen:

- 1) Hvordan opplever foresatte hverdagen for barnet og familien, og hvilke opplevelser har foresatte av barnets nåværende opplærings situasjon i skolen?

- 2) Hvilke opplevelser har foresatte av barnets tid i barnehagen og samarbeidet mellom barnehage og skole, og eventuelt andre instanser i overgangsfasen?
- 3) Hvilke tanker og håp har de foresatte om barnets framtid?

Dette er ment å gi en oversikt over hvilke forskningsspørsmål jeg ønsker å besvare underveis for å belyse hovedproblemstillingen. For å få et helhetlig bilde av barnet og familien, ser jeg det som hensiktsmessig å først danne meg et bilde av hvordan foresatte opplever hverdagen for barnet og familien i dag. Deretter ønsker jeg å få vite noe om hvordan de opplevde barnet i barnehagen og skolen. Dette vil belyse og komplimentere det foresatte forteller om overgangen fra barnehagen til skolen. Til sist blir det naturlig å avrunde med hvilke tanker foresatte har rundt barnets og familiens framtid. Dette tenker jeg at sammen med relevant teori om selve diagnosen, vil kunne skape en helhetlig forståelsesramme rundt oppgavens hovedproblemstilling. Jeg søker da å sette funnene inn i en sammenheng som gjør at foresattes opplevelser kan synliggjøres på en så genuin og ekte måte som mulig.

## 1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

Jeg vil her avklare hvordan jeg velger å bruke begrepene i problemstillingen og forskningsspørsmålene, samt begrunne hvorfor jeg finner denne begrepsbruken mest hensiktsmessig.

I denne oppgaven har jeg funnet det naturlig å avgrense barnets alder til mellom 6 og 9 år. Avgrensingen på 6 år nedover har jeg valgt fordi oppgaven har hovedfokus på overgangen mellom barnehage og skole. Barnet må minst være fylt 6 år for å ha vært gjennom tilstrekkelig av denne overgangen. Den øvre aldersgrensen på 9 år er valgt fordi tidsaspektet for når overgangen har funnet sted ikke bør overstige mer enn tre år. Dette har jeg to begrunnelser for; den første er at jo nærmere i tid opplevelsen har foregått, dess mer detaljert minne har man av hendelsen. Den andre begrunnelsen er at mange av disse diagnostiserte barna har utsatt skolestart, slik at i praksis vil avgrensningen virke slik at det ikke er mer enn to år siden overgangen har funnet sted.

Med *overgangen* mener jeg det foresatte selv opplever som overgangsfasen fra barnehage til skole. For enkelte av informantene vil dette dreie seg om hele det siste året i barnehagen, mens for andre vil det dreie seg om noen få uker før og etter. Jeg ønsker å gi rom for begge disse tolkningene i min oppgave. Å definere selve overgangsfasen overlates således til informantene og deres beskrivelser av egne opplevelser.

Med *foresatte* mener jeg voksenpersoner som har hatt den daglige omsorgen for det aktuelle barnet i minimum de siste tre årene. Begrunnelsen for dette er at de foresatte skal ha kjent barnet forut for skolestart, og forut for overgangen mellom barnehage og skole. Dette vil resultere i at foresatte vil ha opplevelser rundt overgangen sammen med et barn de kjenner godt nok til kunne reflektere rundt hvordan opplevelsene påvirker barnet og familien.

Jeg vil benytte diagnosen ”*reaktive tilknytningsvansker i barndommen*” slik den er beskrevet i World Health Organization sitt diagnosesystem som nå er kommet i den 10. versjonen; ICD-10. Det benyttes to diagnosesystem på internasjonalt plan i dag. Jeg vil komme tilbake til hvilke dette er og hva selve diagnosen består i under kapittel 2.3. Hovedbegrunnelsen for at jeg velger å benytte ICD-10, er ganske enkelt at det er dette systemet europeiske barn blir diagnostisert etter, og det er blant disse barna mitt utvalg av foresatte vil ligge.

I ett av mine forskningsspørsmål benytter jeg uttrykket *andre instanser* i tillegg til skole og barnehage. Med dette mener jeg blant annet barnevernet, det kommunale PPT for barn fra 0 – 16 pr og to av avdelingene under sykehuset; Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (heretter BUP) og Habiliteringstjenesten for barn og ungdom (heretter HABU).

## 1.5 Oversikt over oppgavens videre disposisjon

De videre hoveddelene i oppgaven er disponert slik at den første delen, kapittel 2 *Teoretisk bakgrunn*, inneholder teoribakgrunn om tilknytning og tilknytningsvansker. For å kunne fange begrepet *tilknytningsvansker*, ønsker jeg å ta utgangspunkt i de

viktigste teoretiske strømningene som fantes forut for og underveis i prosessen da feltet tok steget opp til å bli et anerkjent forskningsfelt med empirisk etterprøvbare teorier. I ettermålet av disse teoriene kom også muligheten for at tilknytningen mellom mor og barn kunne ta en avvikende retning. Teoridelen vil også inneholde en oversikt over bakgrunnen for de to dominerende diagnose-systemer som benyttes i verden i dag. Jeg vil komme nærmere inn på hva selve diagnosen innebærer i forhold til det systemet jeg har valgt å benytte. Til sist vil jeg komme inn på tilknytning i forhold til det å være adoptivbarn og fosterbarn. Teoridelen i oppgaven gir en teoretisk oversikt over hvilken bakgrunnsforståelse jeg tok utgangspunkt i da jeg utformet intervjuguiden og gjennomførte intervjuene. Teoribakgrunnen er også ment å danne en forståelsesramme rundt funnene som blir drøftet og presentert i kapittel 4 *Presentasjon og drøfting av data*.

Kapittel 3, *Metode – hvordan jeg gikk fram*, er en beskrivelse og begrunnelse for hvilke metoder jeg valgte å benytte da jeg ville innhente informasjon i form av halvstrukturerte, kvalitative intervju. Jeg beskriver hvordan jeg praktisk gikk fram og hvorledes jeg reflekterte rundt mine metodevalg underveis i forskningen.

I kapittel 4, *Presentasjon og drøfting av data*, vil jeg ta utgangspunkt i intervjuguidens (vedlegg 2) hovedinndeling i henhold til hovedproblemstilling og forskningsspørsmålene. Jeg åpner med å gi et samlet bilde av hvilken livssituasjon informantene befant seg i da de samtykket til å bli intervjuet. Her ønsker jeg blant annet å presentere de ulike informantene ved å la dem fortelle hvordan de opplever sin og barnets hverdag. Jeg vil deretter sammenligne opplevelsene til de ulike informantene og drøfte dem opp mot teoribakgrunnen i kapittel 2. Videre tar jeg utgangspunkt i forskningsspørsmålene og vil sammenligne og drøfte informantenes opplevelser av barnehagen og skolen for å bedre kunne belyse hovedproblemstillingen. Slik søker jeg å nærme meg en samlende oppsummering og drøfting i forhold til hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene jeg startet med. Jeg velger å avslutte oppgaven med et tradisjonelt avslutningskapittel (kapittel 5).

## 2. Teoretisk grunnlag

Målet med dette kapitlet er å gi leseren en kort innføring og oversikt over hva reaktive tilknytningsvansker er. For å gjøre dette ønsker jeg innledningsvis å si noe generelt om tilknytning og tilknytningsvansker. Deretter presenterer jeg to av de mest sentrale teoretikerne som har bidratt til at tilknytning og tilknytningsvansker tok steget til å bli et forskningsfelt på linje med andre fagfelt. Videre vil jeg si noe kort om de to dominerende diagnosesystemene som er i bruk i verden i dag, det ene fra World Health Organization; Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (heretter ICD) og det andre fra American Psychiatric Association; *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (heretter DSM). Jeg vil gi en oversikt over hva diagnosen reaktive tilknytningsvansker innebærer i forhold til det diagnosesystemet jeg har valgt å benytte. Deretter vil jeg gi en kort framstilling av hva nyere litteratur forteller om adoptivbarn og fosterbarn i forhold til tilknytningsvansker. Til sist vil jeg kort si noe om hvilke behandlinger og prognoser man har erfart gjelder for disse barna.

### 2.1 Hovedtrekk i sentrale teorier om tilknytning og tilknytningsvansker

#### 2.1.1 Generelt om tilknytning og tilknytningsvansker

Med tilknytning tenker en på det spesielle følelsesmessige båndet som oppstår mellom mennesker, og særlig mellom et barn og barnets viktigste omsorgsgiver som gjerne er mor (Carli og Dalen 1997). En tenker da at det er viktig å skille mellom det å være tilstede sammen med barnet, og det å gi kvalitativ god omsorg. En går ut fra at alle barn opplever tilknytning, men at kvaliteten er varierende på bakgrunn av hvor god omsorgen er, og i forhold til barnas iboende egenskaper (Bowlby 1973). De fleste innen fagfeltet i dag mener at kvalitativ god omsorg oppstår når omsorgsgiver er fysisk og følelsesmessig tilgjengelig for barnet, og er sensitiv for barnets signaler. Videre at barnets signaler blir besvart slik at barnet føler seg forstått, akseptert og ivaretatt. I tillegg mener de fleste at kvalitativ god omsorg også innebærer at barnet opplever faste

voksenpersoner, fast døgnrytme og faste grenser (Bunkholdt 1999). Slike følelsesmessige bånd utvikles og omformes etter hvert til tillit til andre mennesker. Denne tilliten er en grunnleggende premiss for all læring og sosialisering (Carli og Dalen 1997). Barn som har opplevd en positiv tilknytning til et menneske, vil lettere kunne knytte seg til et nytt. Når barnet har en utilfredstillende tilknytning, vil det kunne oppstå et dårlig balanseforhold mellom avhengighet og uavhengighet. Det kan oppstå vanskeligheter med å akseptere grenser og normer og barnet kan vise motstand mot fysisk kontakt. De kan være lite oppmerksomme på egne, indre behov eller ytre fra omgivelsene og kan derfor ha vansker med å vise adekvat sosial atferd (ibid).

Det er i dag bred enighet om at mennesker benytter *indre arbeidsmodeller* i forhold til sin atferd (Smith 2002). Et barns indre arbeidsmodeller dannes på bakgrunn av historikken knyttet til barnets samspill med andre. Modellene påvirkes av hvor tilgjengelig barnet oppfatter at omsorgsgiver er når det søker omsorg og beskyttelse. Allerede fra 6 mnd alderen regner man med at barnet har dannet enkle arbeidsmodeller av ulike tilknytninger. Disse vil utgjøre en del av grunnlaget som den videre utviklingen av tilknytning skal bygge på. De indre arbeidsmodellene endrer kompleksitet etter barnets utvikling og blant annet Bowlby (2000) bygger teorien om arbeidsmodellene på 3 grunnpilarer; For det første at barn som er sikre på at omsorgspersonen er tilgjengelig når det ønsker, er mindre disponert for kronisk frykt enn barn som ikke har en slik trygghet. For det andre at en slik trygg eller utrygg forvissning vil bygges gradvis opp i barnealder. Forventningene til omsorgspersonens tilgjengelighet vil bli forholdsvis konstant gjennom resten av livet. For det tredje at forventninger om hvor lett eller vanskelig det er å få omsorgspersonen tilgjengelig og til å gi respons, bygges på tidligere samspillerfaringer med nettopp tilknytningspersonen. Dette vil påvirke hvordan barnet vil komme til å utløse responser hos andre. Barnet blir slik tvunget til å utvikle modeller som passer til miljøets evne til å ivareta det. Dette blir en utvikling på godt og vondt (Zeanah 1993). All utvikling blir slik et resultat av interaksjon mellom individer. Det foregår altså en form for gjensidig påvirkning i forhold til barnets egen historikk og forventninger om hvilken atferd som vil føre til respons hos voksenpersoner.

Ifølge den velkjente amerikanske psykologen Eriksons teori om menneskets utviklingsforløp, blir det viktig å se nærmere på den første av de 8 menneskealderne han presenterte. Han delte utviklingsforløpet slik at det starter med spedbarnsalder og beveger seg videre helt til man går forbi ungdomsalder og ender til sist i den 8. livsperioden preget av modenhet (Erikson 1980). I hvert av nivåene i den psykososiale utviklingsprosessen, trer et karakteristisk personlighetstrekk fram, og individet opplever en egen krise i hvert av nivåene. I forhold til tilknytningsvansker er den første livsperioden særdeles interessant. I spedbarnsalderen består konflikten i om barnet opplever grunnleggende tillit versus grunnleggende mistillit i forhold til sine omsorgspersoner. Dersom barnet ikke lærer at verden og voksenpersoner er til å stole på og at dets behov blir oppfylt, vil utviklingsforløpet bli skjevt. Et skjevt utviklingsforløp i spedbarnsalder vil kunne få følger som at barnet vil ha en grunnholdning preget av tilbaketrekning og mistenksomhet. Enkelte (Haarklou 2003) hevder at mye tyder på at mennesket gjennom hele livet går inn for å gjenskape innholdet i de relasjonene som oppleves de første leveårene. Dersom de første årene er preget av uro, kaos, avvisning og mistillit vil dette også være *grunnfølelsen* barna søker å gjenskape. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 2.4; *Tilknytning hos adoptivbarn og fosterbarn*. Barn med trygg tilknytning vil trolig være bedre i stand til å regulere emosjoner enn barn med utrygg tilknytning (Cassidy 1994, gjengitt i Smith 2002, s 25). Barnets tidligere erfaringer med sensitiv eller innsensitiv omsorg er med på å danne mentale forestillinger om tilknytningspersonens tilgjengelighet. Dette vil igjen føre til barnets opplevelse av i hvilken grad selvet fortjener kjærlighet og omsorg (Bowlby 1973). Disse forestillingene vil fungere som utgangspunkt for barn når de senere forholder seg til andre mennesker. Barn med trygge arbeidsmodeller forventer da at interaksjonen med andre skal inneholde støtte og oppmuntring. Dette fører oftest til at andre oppfører seg positivt, slik at tilliten opprettholdes. Et barn med utrygg tilknytning vil være mistroisk overfor andre personer på grunnlag av sine tidligere erfaringer. Dette fører lett til at barnet blir møtt med negative reaksjoner som igjen bekrefter barnets forventninger. Modellene sees ikke på som uforanderlige, de vil gjennomgå en naturlig utvikling ettersom barnet blir eldre, men de vil sterkt preges av



hvilke erfaringer barnet gjør seg det første leveåret (Thompson 1999: Smith 2002). Barn som ikke får oppleve normal tilknytning kan få store vansker med å utvikle nære forhold til andre mennesker senere i livet (Ainsworth 1962).

### **2.1.2 Bowlbys bidrag til tilknytningsteori**

I motsetning til psykoanalytisk teori som tok utgangspunkt i kliniske symptomer, skrev Bowlby på slutten av 60-tallet en bok som så på tilknytning fra en annen vinkel (Smith 2002). Han valgte å se på tilknytning i et darwinistisk perspektiv og førte således teoriene om tilknytning og tilknytningsvansker over i en ny æra. Bowlby valgte å ta utgangspunkt i hvorledes *atferdsmønstre* gjentok seg. Først hos dyreavkom, og deretter hos spedbarn og deres mødre. Slik kunne han observere, samle inn og sammenligne funnene sine i forhold til tilknytning og atskillelse på en helt annerledes måte enn det som var gjort tidligere. Han kunne dokumentere og vise til kvantitative funn på samme måten som andre vitenskaper tradisjonelt hadde gjort. Med utgangspunkt i evolusjonsutvikling, mente Bowlby at barnet ikke bare forbandt moren med fysiologiske behov som mat og varme, men at tilknytningsatferden også hadde andre funksjoner. Han hevdet at barn som i krabbealder holdt seg nærmere omsorgspersonen, ville ha større sjanse til å overleve og dermed føre sine gener videre. Barn som hadde færre eller mindre funksjonelle sperrer i forhold til hvor langt unna omsorgspersonene de beveget seg, ville ha større sjanse for å bli utsatt for ulykker eller tatt av rovdyr. Bowlby antok dermed at tilknytningen var organisert som *atferdssystemer* som hadde egne motivasjoner. Han tenkte seg at ulike former for aktiviteter var organisert ut fra atferdens betydning og funksjon. Begrepet atferdssystem hadde Bowlby hentet fra blant annet Tinberg (1951), som tenkte seg at det fantes et system som kontrollerte instinktiv atferd. Dette systemet tenkte man økte i omfang og kompleksitet etter hvert som barnet vokste. Bowlby hevdet at det fantes flere atferdssystemer eller arbeidsmodeller, og at et av dem var *tilknytningssystemet*. Dette mente han bestod av lagret atferd, som kunne aktiveres eller deaktiveres ved indre eller ytre stimuli som følelse av frykt og usikkerhet hos barnet. Slik tilknytningsatferd kunne utløses av for

eksempel høye lyder, mørke og at separasjonstiden fra moren har vært lang (Bowlby 1973).

Dette var starten til tilknytningsteori og teori om tilknytningsvansker som ifølge Smith (2002) i dag har blitt en viktig tilnæringsmetode for å forstå barns utvikling sosialt og i forhold til personlighet. Teoriene har gitt oss mange svar på hvordan tidlig samspill og erfaringer påvirker barnet.

### **2.1.3 Ainsworths bidrag til tilknytningsteori**

Ainsworth hadde med bakgrunn som psykolog gjennomført en feltstudie av barn i Uganda. Her hadde hun observert utviklingen av tilknytning mellom mødre og barn i Ganda-stammen (Ainsworth 1978). Ainsworth tok senere utgangspunkt i psykiateren Blatz (1966) som blant annet hevdet i sin teori at begrepet *trygg base* beskrev hvor viktig barns tidligere erfaringer i familien var for deres utforsking av omverdenen. Ainsworth hevdet at tilknytningssystemene på alle alderstrinn var knyttet opp mot å tilegne seg adgang til omsorgspersonen. Hvis et barn var trygt, forventet det at tilknytningssystemet skulle være tilgjengelig selv om hun for øyeblikket var fraværende. Barnet kunne da benytte moren som trygg base og vende tilbake til henne dersom noe opplevdes som truende eller barnet ble usikkert under sosial atferd som lek. Hvis et barn var utrygt fordi det opplevde tilknytningssystemet som utilgjengelig eller lite responsiv, ville balansen mellom eksploreringsatferd og tilknytningssystemet være forstyrret, og barnet ville utvise tilknytningssystemet i form av gråt, usikkerhet og klenging. På bakgrunn av nevnte feltstudie identifiserte Ainsworth og medarbeidere to basale, kvalitativt ulike atferdsmønstre i spedbarnsalderen. Disse kalte hun *trygg* og *utrygg* tilknytning på bakgrunn av barnas forskjellige typer atferd i nye situasjoner. Hun fant tre typer normalvarianter av tilknytningssystemer:

A) Trygg: 1) barnet stoler på at moren er tilgjengelig og evner å trøste det.

B) Utrygg: 2) unnvikende type; tilsynelatende ikke opptatt av om moren er til stede.

3) ambivalent type; svært opptatt av å få mors oppmerksomhet på bekostning av annen aktivitet

Disse funnene ble ansett som viktige og bæredyktige funn, og blir fortsatt benyttet i dag i blant annet veiledning til fosterforeldre (temaheftet nr 16; Tilknytning og tilknytningsproblemer: 2003).

## 2.2 Atypisk tilknytning

Vansken med å forholde seg til Ainsworths inndeling som var laget for normalvarianter av ulike atferdsmønstre, var at en del barn ikke passet inn i noen av disse kategoriene. Benevnelsen *atypisk tilknytningsmønster* blir derfor benyttet for å beskrive de barna som ikke passet inn. For å kunne beskrive de barna som utviser et atypisk tilknytningsmønster, har Barnett og Vondra (1999) foreslått tre tilleggskategorier. Disse kategoriene beskrives slik: *det desorganiserte/ desorienterte mønsteret* (heretter type D), *det unnvikende/ ambivalente mønsteret* (heretter type A/C) og *det ustabile-avvisende mønsteret* (heretter U-A). Kategoriene utelukker ikke nødvendigvis hverandre (ibid). Barna som faller innenfor disse kategoriene er ofte barn som har hatt en ekstrem omsorgssituasjon eller en organisk basert forstyrrelse. Type D inkluderer barn som mangler en mestringsstrategi når tilknytningssystemet blir aktivert. Samtidig vises en underliggende redsel for tilknytningspersonen (Smith 2002). Det har vært holdepunkter for at barn som ofte opplever frykt for tilknytningspersonen eller opplever at den voksne uttrykker frykt, er spesielt utsatt for å utvikle desorganisert tilknytning. Dette dreier seg i stor grad om barn som er mishandlet eller vanskjøttet av primær omsorgsperson eller i familier der voksne har psykiatriske vansker (Lyons-Ruth mfl. 1987).

Alle barn som klassifiseres som type A/C vil også inkluderes i Ainsworth sin D-kategori, men sistnevnte har bredere kriterier enn A/C. A/C kategorien omfatter at barnet viser motstand mot kontakt og unnvikende atferd kombinert med en form for nærhetssøking som er mer karakteristisk for trygge barn. Enkelte hevder at disse barna etter Ainsworths inndeling ville blitt oppfattet som å ha en trygg tilknytning. (Smith

2002). Barna kan også ha spesielle kjennetegn som at de i fremmede situasjoner rigger kroppen frem og tilbake eller tisser på seg. Barnet har ofte ikke hatt forutsigbare mønstre å forholde seg til fra tilknytningspersonen og må være årvåkent og tilpasse sin atferd etter den voksnes signaler til enhver tid.

Den siste av de 3 foreslåtte kategoriene, type U-A, karakteriserer barn som viser nedgang i en skala som i nye situasjoner måler unngåelse. Nedgangen viser seg mellom første og annen gangs atskillelse. Disse barna ville kommet under type A (trygge) om man hadde benyttet Ainsworths tradisjonelle inndeling. En slik nedgang i unngåelsesatferd, kan bety at barnet endrer tilknytningsstrategi. Fra å benytte unnvikende atferd ved første atskillelse, oppgir barnet dette og endrer atferd til å i stedet reagere med kontaktmotstand (ambivalens). Kontaktsøkningen blir blandet med motstand, og derfor beskrevet som ambivalent. Det har vist seg at over halvparten av dem som passet i U-A mønsteret ved 1 års alderen, 6 måneder senere passet inn i en D-klassifisering (Lyons-Ruth og medarbeidere 1987).

### **2.2.1 Risikofaktorer og følgetilstander for atypisk tilknytning**

De vanligste *risikofaktorene* som er nevnt i forbindelse med atypisk tilknytning er at foreldrene har vansker som øker muligheten for at de vil opptre skremmende og truende overfor barnet. Dette medfører ofte at de voksne forandrer væremåte fra dag til dag og får problemer med å tolke barnas signaler. Slike tilstander hos foreldrene er forbundet med rusproblematikk, psykiske vansker og diagnoser, dårlig evneustrustning og umodenhet. Det kan også dreie seg om foreldre som selv ikke har fått nok omsorg, og derfor ikke har omsorg å gi. Slike foreldre har ofte vansker med å prioritere mellom barnets behov og egne (Bunkholdt 1999). Når vi snakker om *følgestilstander*, vil de hardest rammede barna ofte være dem som nyfødte blir levert på et barnehjem og kun får mat og skift, og barn som har vært atskilt fra kjente voksenpersoner over flere lengre perioder (Claesson og Idorn 2005). Disse blir ofte forsinkede i sin utvikling både fysisk og psykisk. Barn som blir på barnehjemmet lenger enn 8-9 mnd uten mulighet for annet enn overfladisk kontakt med voksne vil ofte oppleve vansker i forhold til det følelsesmessige, sansemotoriske og innlæring. I 2-3 mnd alderen vil de

---

virke mer passive enn andre barn. I 6 mnd alderen vil de ikke reagere på å bli forlatt, men vil være likeglad med hvem som steller dem. De unngår ofte blikkontakt og smiler til alle når de blir større (deprivationssyndrom). Tidlig frustrerte barn blir ofte oppmerksomhetskrevende og ukritiske i kontakt med voksne. De lærer ikke av erfaringer og deres forhold til andre barn er ofte konfliktfylt. Det er også påvist at de som lider av psykiatiske forstyrrelser, alle utviser en svekket evne til emosjonell binding som ofte er vedvarende (Bowlby 2000). Dette henger sammen med mangelfull utvikling i barndommen som ofte er tilbrakt i et atypisk familiemiljø. De aller fleste barn som har utviklet en atypisk tilknytning over tid, vil etter all sannsynlighet komme til å fylle flere eller alle diagnosekriteriene for reaktive tilknytningsvansker.

## 2.3 Bakgrunn for diagnosesystemene ICD og DSM

Disse to systemene er bearbeidet av brede faggrupper og utgitt som en samling symptombeskrivelser fra World Health Organization; ICD-10 og fra American Psychiatric Association; DSM-IV, begge i reviderte utgaver. ICD startet som et system med beskrivelser av fysiske lidelser, og har siden fått tilleggs kategorier for mentale sykdommer, mens DSM dreier seg om mentale sykdommer. Dette er de to dominerende diagnosesystemene som blir brukt i verden i dag. Historisk sett har hovedmotivasjonen for utarbeidningen av DSM og ICD vært statistisk oversikt over de ulike diagnosene. Prosessen startet tidlig på 1900-tallet da *The American Psychiatric Association* og *New York Academy of Medicine* samlet inn informasjon fra mentale sykehus i hele USA (Smith 2002). Målet var å utvikle en nasjonal terminologi som skulle innarbeides i et felles system med beskrivelser av mentale sykdommer. Den første utgaven av DSM; DSM-I ble utgitt i 1952 og var det første offisielle systemet som fokuserte på klinisk anvendbarhet. På omtrent det samme tidspunktet gav *World Health Organization* (heretter WHO) ut den sjette utgaven av sitt diagnosesystem ICD, som for første gang inneholdt seksjoner som omhandlet mentale sykdommer. Dette kom til en viss grad til å influere DSM. Kriteriene for klinisk forstyrrelse av tilknytning har en relativt kort historikk i den systematiske sykdomslæren (ibid). Diagnosen reaktiv tilknytningsvanske ble først introdusert i 3. utgave av DSM i 1980. Fram mot

---

1980 årene ble det arbeidet videre med nye versjoner av begge systemene, og også med å koordinere dem i større grad. Systemene skal i dag være tilnærmet hverandre, slik at en stort sett skal kunne finne igjen samme type diagnoser og kriterier.

Som nevnt under kapittel 1.4, har jeg har valgt å benytte WHO sitt system som nå er kommet i den 10. versjonen; ICD-10. Ved siden av at jeg skal forholde meg til barn som har fått sin diagnose i Norge, som altså benytter WHO sitt diagnosesystem, synes ulikhetene mellom de to diagnosesystemene å være forholdsvis små, og av mindre betydning. Dette gjelder også for diagnosen reaktive tilknytningsvansker. Jeg vil i den videre utredningen rundt diagnosen kun forholde meg til ICD-10 sine kriterier.

Enkelte forskere (Zeanah 1993) har kommet med kritikk mot disse diagnosesystemene. Det har vært hevdet at systemene i alt for liten grad har bygget på litteraturstudier og eksisterende forskning. Disse forskerne har kommet med alternative og utdypende kategorier til diagnosen tilknytningsvansker. Denne kritikken har jeg på grunn av oppgavens omfang valgt å ikke gå videre inn i.

### **2.3.1 Diagnosesystemet ICD-10 og plasseringen av reaktive tilknytningsvansker**

For hver lidelse og forstyrrelse gir ICD-10 en beskrivelse av de viktigste kliniske trekkene og andre viktige, men ikke nødvendigvis kliniske trekk. Disse omtales som såkalte *diagnostiske retningslinjer*, og søker å vise det antall og den balanse mellom symptomer som kreves for at en pålitelig diagnose kan stilles. Disse retningslinjene er laget slik at det er beholdt en viss romslighet for klinisk vurdering. En diagnose kan registreres selv om kravene i de diagnostiske retningslinjene bare delvis er oppfylte (WHO 1999, s.2). Det tradisjonelle skillet mellom nevroses og psykoser er ikke tatt i bruk. Lidelsene er ordnet i grupper i henhold til deskriptiv likhet. Diagnosen reaktive tilknytningsvansker befinner seg under *psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Det finnes flere hoved- og undergrupperinger i ICD-10 systemet. En av hovedgrupperingene er F94: *Forstyrrelser i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder*. Gruppen F94 er en heterogen gruppe som kjennetegnes av avvikende

---

sosial fungering som starter i barneårene og som *ikke* kjennetegnes primært av en gjennomgripende sviktende sosial fungering. Det forekommer ofte alvorlige forstyrrelser eller mangler i omgivelsene og det er ikke noe markert skille mellom kjønnene. I den ene av de to undergruppene til F94, finner vi F94.1 som er beskrivelse av diagnosen *reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen*. Forstyrrelsen inntreffer hos spedbarn og unge barn og kjennetegnes av vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønster. Tilstanden er forbundet med følelsesmessige forstyrrelser og er påvirkelig av endringer i omgivelsene. Overdreven vaksomhet som ikke lar seg påvirke av trøst er typisk, samt dårlig sosialt samspill og aggresjon mot seg selv og andre. Tristhet er utbredt og i visse tilfeller veksthemming. Lidelsen inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling. Kjennskap til denne typen atferdsmønstre er velkjent og allment akseptert, men det finnes fortsatt usikkerhet rundt hvilke diagnostiske kriterier som skal gjelde og hvilke grenselinjer som skal benyttes. Kategorien er tatt med i ICD-10 systemet fordi det ikke er tvil om dens eksistens, og fordi atferdsmønsteret ikke fyller andre diagnostiske kriterier innen andre kategorier (ibid).

### **2.3.2 Diagnostiske retningslinjer for reaktive tilknytningsvansker**

Barnets nåværende omsorgskvalitet vil komme som et tillegg til utviklingshistorien, og dette samlet vil kunne si om omsorgen er av en slik karakter at den med sannsynlighet vil gi barnet psykologiske vansker (patogen omsorg). Emosjonell mishandling kan være en like tungtveiende foranledning til *patogen omsorg* som fysisk mishandling. Jo lenger en slik situasjon har forekommet, dess større vil risikoen for følgeskader av typen atypisk tilknytning være for barnet. Tilknytningsvansker sees på som en sum av tidligere erfaringer og nåværende omsorg og stress. I forhold til senere psykologiske vansker hos barna blir det derfor viktig å ikke vurdere prognose på bakgrunn av tilknytningsvansker alene. På grunn av manglende enighet rundt kriterier og metoder for å diagnostisere tilknytningsforstyrrelser, finnes det lite data (Smith 2002) om forekomsten av kliniske tilknytningsforstyrrelser.

---

I følge de *diagnostiske retningslinjene* for reaktive tilknytningsvansker er det primære kjennetegnet at en avvikende relasjon til omsorgspersoner er utviklet i løpet av de første fem leveårene. Dette involverer mistilpassningstrekk som ikke sees hos normale barn. Disse trekkene vedvarer, men kan likevel være påvirkelige av tydelige endringer i oppdragelsesmønsteret. Barn med denne lidelsen har sterke motstridende sosiale reaksjoner som tydeligst kommer til uttrykk ved atskillelse og gjenforening. Spedbarn kan reagere på omsorgspersoner med en blanding av tilnærming, unngåelse og protest i forhold til omsorg (WHO 1999, s 276). Dette tenker en kommer av at de er utsatt for manglende følelsesmessig respons. Det er ikke uvanlig at barna blir beskrevet som at de stivner og unnlater å gi respons på omsorg. De avvikende sosiale responsene er ikke begrenset til en omsorgsperson, men gjelder for ulike sosiale settinger. Forstyrrelsens primærkjennetegn er de motstridende sosiale reaksjonene, og dette er også kjernen som gjør at denne forstyrrelsen er en større pedagogisk utfordring enn mange andre lidelser. De motstridende responsene forekommer både i barnet selv, og ut mot omgivelsene i ulike grader i forskjellige situasjoner og settinger. Det er 5 hovedtrekk som skiller tilstanden fra gjennomgripende utviklingsforstyrrelser i ICD-10. Disse er som følger: Barnet har evne til normal sosial gjensidighet og respons (1) og forbedringspotensialet er sterkt til stede dersom det blir satt i et normalt oppdragelsesmiljø med vedvarende kvalitativ god omsorg (2). Barnet har ikke avvikende kommunikasjonsproblemer, selv om det kan ha noe svekket språkutvikling (3). Barnet har heller ikke vedvarende og alvorlige kognitive mangler (4) eller begrensede og repeterende stereotype atferdsmønstre, eller særegne interesser (5). Reaktive tilknytningsforstyrrelser oppstår nesten alltid i forbindelse med svært utilstrekkelig omsorg i form av psykisk misbruk, forsømmelse i form av vedvarende manglende respons på barnets tilnærmelser eller omsorgssvikt, fysisk misbruk eller forsømmelse i form av vedvarende ignorering av barnets grunnleggende fysiske behov og bevisst påføring av skade eller utilstrekkelig mattilførsel. Dette er grunnen til at barn med denne diagnosen i hovedregel vil være adoptivbarn eller fosterbarn.

### **2.3.3 Diagnostiske retningslinjer for udiskriminerende tilknytningsforstyrrelser**



Den andre av de to undergruppene til F94, er F94.2 som omhandler udiskriminerende tilknytningsforstyrrelser i barndommen. Dette dreier seg også om avvikende sosial fungering som oppstår i løpet av de første fem leveårene, men som har en tendens til å vedvare til tross for at omgivelsene forandres vesentlig. Ved 2-årsalder uttrykkes dette ved klenging og diffus tilknytningsforstyrrelse. I 4-årsalderen erstattes dette av oppmerksomhetssøkende og ukritisk vennlig atferd. Lidelsen kan tydeligst sees hos barn som er oppdratt i institusjoner fra spedbarnsalder. Barn som får denne diagnosen har som regel hatt sine første leveår preget av mange oppbrudd, utskiftning av omsorgspersoner eller endringer i familieplassering, som bytte av fosterfamilie. En antar at tilstanden skyldes vedvarende svikt i muligheten til å utvikle selektive tilknytninger. Diagnosen baseres på at barnet har vist en uvanlig høy grad av diffus tilknytning i løpet av de første fem leveårene. Barnet vil trolig ha vansker med å danne nære vannskskapsforhold.

## 2.4 Tilknytning hos adoptivbarn og fosterbarn

Alle adoptivbarn og fosterbarn har opplevd separasjon fra nære omsorgspersoner. I tillegg har mange også startet livet sitt med vonde erfaringer med hensyn til underernæring og understimulering, i noen tilfeller også fysisk og psykisk vanskskjøtsel (Carli og Dalen 1997). En slik start i livet vil kreve noe ekstra av de nye foreldrene og by på spesielle utfordringer i samspill med barnet. Når barnet har en utilfredsstillende tilknytning, vil det kunne oppstå et dårlig balanseforhold mellom avhengighet og uavhengighet. Det kan få vanskeligheter med å akseptere grenser og normer og bli klengete overfor de nye foreldrene, samt ukritiske i kontakt med andre voksne. Noen blir utilgjengelig for kontakt og skaper en avstand til alle voksne. Barna kan ha vansker med å vise adekvat sosial atferd fordi de ikke har lært seg å tolke forventninger og signaler fra nære voksenpersoner.

Mange adoptivbarn og fosterbarn med mange brutte relasjoner bak seg preges av dette slik at deres personlighetsutvikling påvirkes. Dess flere omsorgsskift, dess større skade, hevder blant annet Haarklau (2003). Haarklau er en privatpraktiserende

---

psykolog med bakgrunn fra universitetet i Bergen og med lang erfaring rundt reaktive tilknytningsvansker. I 2003 gav han ut en artikkel i Skolepsykologi hvor han opererer med to typer personlighet for disse barna. *Primærpersonligheten*, som er det barnet har ervervet seg fra starten av livet, og *sekundærpersonligheten*, som er den personligheten som må utvikles gjennom relæring når barnet har kommet til sine nye foreldre. Barn med en primærerfaring av uforutsigbarhet og kaos, vil oppleve at voksne ikke er til å stole på annet enn i avvisningssituasjoner. Dette erfaringsgrunnlaget er med på å forme barnets primærpersonlighet, og gjør at det vil gå inn for å gjenskape sin grunnfølelse som er avvisning. Barnet vil gjøre dette ved å være imot. Det å være imot gjøres ikke av barnet for å være slemt, men fordi barnet søker etter trygghet gjennom kjente opplevelser. Selv barn som kun er noen få måneder gamle kan være preget av utviklingsforstyrrelse resten av livet, hevder Haarklau. Slike barn må arbeides systematisk med for å at de skal oppleve trygghet (Carli og Dalen 1997). For noen barn vil det være truende å bli overlatt til nye voksenpersoner. Barnet har behov for omsorg, men situasjonen virker trolig både skremmende og tiltrekkende på samme tid. Barnet kan da reagere med å avvise nye omsorgspersoner for å beskytte seg selv, eller oppføre seg provoserende, dominerende eller utagerende. Ulike omsorgspersoner vil mestre slik atferd ulikt, og dette vil igjen få konsekvenser for tilknytningsprosessen.

Adoptivbarn eller fosterbarn med reaktive tilknytningsvansker kan ofte drive sine nye foreldre til vanvidd fordi de nærmest av prinsipp handler imot det foreldrene ønsker (Haarklau 2003). De blir ofte eksperter på å finne såre punkt hos de voksne og ønsker å komme i konflikt slik at de får bekreftet sine erfaringer med voksne. Barnet kan ha tilegnet seg ferdigheter fra sekundærpersonligheten slik at de oppfører seg eksemplarisk i samvær med andre. Primærpersonligheten kommer ofte til syne når barnet er alene med sine nye foreldre. Det kan oppleves som en merbelastning for foreldrene fordi andre ikke ser eller forstår vanskene de opplever med sitt barn.

De fleste adoptivbarn og fosterbarn vil ha ulike typer følelsesmessige skader som ofte kan være en del av og påvirke tilknytningsvansker. De fleste tidlig følelsesmessige skadde barn vil derfor være *blandingsskadde* (Claesson og Idorn 2005). Barna har opplevd ulike grader av tidlig frustrasjon, kanskje posttraumatisk stress og

---

ubearbeidede sorgreaksjoner. Posttraumatisk stress vil si at en eller en rekke svært vanskelig opplevelser er ubearbeidet eller delvis ubearbeidet slik at man kan oppleve tilbakefall i forhold til reaksjonene hendelsen utløste. Barn som har vært hos biologisk mor en stund kan for eksempel oppleve å ha blitt skuffet gang på gang når det har forsøkt å vise nye voksne (på barnehjemmet) tilknytningsatferd. Først etter en periode hos de nye foreldrene kan man avgjøre om barnet er tilgjengelig for tilknytning. Man kan også se en del blandingstilstander (comorbiditet) mellom tidlig frustrerte barn og hyperkinetisk forstyrrelse i regulering (heretter ADHD) eller andre syndromer.

### **2.4.1 Prognoser og behandlingsformer for tilknytningsskadde barn**

Prognosen i forhold til disse barna vil være avhengig av hvor lenge mistilpassningen har vart, hvordan den nåværende situasjonen er og hvordan forhold til barnehage/ skole og familiens sosiale nettverk har vært og er (WHO 1999). Tilknytningsvansker sees på som en sum av tidligere erfaringer og nåværende omsorg og stress. I forhold til senere psykologiske vansker hos barna blir det derfor viktig å ikke vurdere prognose på bakgrunn av tilknytningsvansker alene. På grunn av manglende enighet rundt kriterier og metoder for å diagnostisere tilknytningsforstyrrelser, finnes det lite data (Smith 2002) om forekomsten av kliniske tilknytningsforstyrrelser.

Det viktigste og mest gjennomgripende som må ligge til grunn for alle barns normalutvikling er *ubetinget kjærlighet*. Dette gjelder også, og kanskje i enda større grad, for barn som har vært i tøffe og utilfredstillende livssituasjoner. Skal barn med reaktive tilknytningsvansker ha en realistisk mulighet for å utvikle en sekundærpersonlighet via relæring, trenger de å være omgitt av nettopp ubetinget kjærlighet. Det viktigste i denne fasen er at alt går i faste og forutsigbare rutiner i hverdagen som også må inneholde *tydelige konsekvenser* (Haarklau 2003). De nye grensene må alltid overholdes, og man må vinne kampene slik at barnet opplever de voksne som trygge og sterkest. Barn som har opplevd en utrygg tilknytning ofte som et resultat av dårlig ivaretagelse, trenger en lang utprøvningsfase med strenge og konsekvente grenser som repeteres og repeteres (Bunkholdt 1999). En kan som regel ikke henvise til skyldfølelse eller hensyn, det er barnet for egosentrisk til å gripe.

*Marte Meo-metoden* er en metode som baserer seg på videoveiledning. Det blir tatt opp videofilm av foreldre og barn i hverdagssituasjoner. En sertifisert veileder går igjennom opptakene sammen med foreldrene og fokuserer hovedsaklig på de positive sekvensene. Foreldre får også veiledning i forhold til konkrete situasjoner de finner vanskelige å håndtere. BUP og enkelte familierådgivningskontor har per i dag dette tilbudet til foreldre som strever med barnet i hverdagen. *Parent management training* (heretter PMT) er et system i forhold til hvordan sette grenser og gjennomføre konsekvenser på en måte som gjør at barnet får positiv bekreftelse slik at atferden endres til det bedre (Kazdin 2005).

*Holdingerapi* er en familierapeutisk metode for å styrke tilknytningen mellom barn og foreldre. Nordisk forening for holdingterapi har definert holding som en følelsesmessig naturprosess der moren eller faren holder rundt barnet for å gi det nærvær, trøst og kontakt. Det er meningen at de to, barnet og omsorgsgiver, skal kunne være i en slags boblebeholder som skal kunne romme barnets og den voksnes følelser. Holdingsbegrepet stammer fra D. Winnicott og omfatter fysisk omsorg, pleie og innlevelse i barnets behov og følelser. Det å benytte holdingterapi for adoptivbarn eller fosterbarn, går ofte ut på at barnet må taes ut av skole eller barnehage og være hjemme sammen med i første omgang mor. Det skal være mest mulig fysisk kontakt i løpet av dagen, og en skal søke å oppnå mest mulig øyekontakt. Små barn skal sitte på fanget med ansiktet mot mor, mens større barn kan en ligge ved siden av. Målet er at barnet skal få del i den essensielle mor-barn relasjonen det ikke tidligere har opplevd. Slik er det tenkt at barnet skal tørre å ta ut emosjoner som sorg, frustrasjon og aggresjon, og likevel oppleve at den voksne er der og makter å ta i mot. Barnet kan ofte være uvillig til holdingterapi, særlig i starten, men foreldrene oppfordres likevel til å fortsette. Holdingterapi med barn og deres adoptivforeldre er en meget effektiv metode for å behandle tilknytningsforstyrrelser, hevder Claesson og Idorn (2005). Barna har i løpet av en forholdsvis kort tid blitt roligere, gladere og mer åpne. Dette gir igjen barna et bedre grunnlag for å utvikle tilknytning til andre voksenpersoner enn foreldrene.

### 3. Metode – hvordan jeg gikk fram

I dette kapitlet vil jeg gi en oversikt over hvordan jeg gikk fram for å best mulig kunne besvare oppgavens problemstilling. Jeg starter med en gjennomgang av hvilke metoder jeg har valgt og hvorfor disse har pekt seg ut som de mest fruktbare. Videre vil jeg drøfte noen tanker og refleksjoner jeg har gjort omkring de etiske overveielserne i henhold til metodene som er valgt. Jeg vil deretter gjennomgå de rent praktiske metodene som ledet frem til selve sammenligningen og drøftingen av funnene.

#### 3.1 Valg av metode

Kvale (1999) åpner sin bok *Det kvalitative forskningsintervju* med å presentere to metaforer for det å samle informasjon via intervju. Den første er intervjueren som *gruvearbeider*, og går i grove trekk ut på at intervjueren ser seg selv som en som leter etter kunnskap i informantens indre. Informantens meninger, bevisste og ubevisste, er basert på hans erfaringer. Den *reisende intervjuer* er en slags reisende journalist som vandrer sammen med mennesker for å samle historier, slik det opprinnelige latinske ordet 'konverserer' betyr. Reisen kan føre til mer enn ny kunnskap, og kan gi intervjueren ny selvinnsikt, så vel som å avsløre verdier som tidligere er tatt for gitt. Fortellingene bearbeides og gjenfortelles gjennom den reisende intervjuers egne tolkninger. Kvale mener at det her har vært en utvikling fra gruvearbeidermetaforen til reisemetaforen. Når jeg skulle velge metode for mine intervjuer, ble det naturlig for meg å velge en kombinasjon av disse. Jeg synes ikke den ene utelukker den andre. På den ene siden ønsket jeg å være åpen overfor hva informanten hadde på hjertet og hvordan han valgte å vektlegge sin fortelling. På den annen siden ønsket jeg også å vise interesse og engasjement, og sikre meg at jeg fikk mer informasjon om de temaene jeg var særlig interessert i. Metoden jeg valgte for å fremme dette, ble halvstrukturert intervju. Tanken var da at informanten skulle bli informert og presentert på forhånd om hvilke emner jeg ønsket å snakke om, slik at visse faglige rammer lå til grunn. Samtidig skulle informantene selv få muligheten til å ta initiativ i forhold til hvordan

de ønsket å legge fram sine meninger og erfaringer om hva de opplevde som viktigst og hvordan de ønsket å formidle dette.

Det kvalitative forskningsintervjuets mål er å innhente viten om intervjupersonens verden ved å stille spørsmål (ibid) og slik forstå sider ved intervjupersonens dagligliv fra den intervjuedes eget perspektiv. Dette sammenfaller med det jeg har tenkt er utgangspunktet for hvorfor jeg ønsker å benytte meg av intervju som metode. Det jeg ønsker å få kunnskap om, er informantenes egne opplevelser om hvordan de selv mener overgangen har påvirket dem og deres barn. Jeg ønsket å fokusere på noen få, intensive kasusstudier, og målsetningen min var å intervju mellom tre og fem stykker. Her var det viktig å også ta hensyn til oppgavens omfang i forhold til antallet jeg ønsket å intervju.

I følge Befring (1998) kan datainnsamlingsprosessen og analysen sees på som en fellesprosess. Analyseresultatene blir ofte formidlet gjennom at forskeren gjengir relevante, datareduerte deler av intervjuet, gjerne med illustrerende sitater. Dette blir en del av sluttprosessen etter at intervjuene er transkribert og utvelgelse av data i forhold til oppgavens hovedtemaer er gjort. Denne beskrivelsen passer godt til hvordan jeg planla å gjennomføre tekstanalysen og presentere resultatene etter at intervjuene var transkribert. Dette er også noe av grunnen til at intervjuguiden (vedlegg 2) er tydelig inndelt etter hvilke hovedtemaer jeg ønsker skal berøres i intervjuet. Dette skulle bli de kategoriene jeg ønsket å benytte i datareduksjonsprosessen.

## 3.2 Ethiske overveielser

Det å skulle gjenfortelle en historie som intervjuer mener jeg alltid vil bli preget av den som gjenforteller, selv om man tilstreber seg objektivitet. Det å tro at man klarer å være upåvirket gjennom historier som omhandler andre mennesker, tror jeg ikke er mulig, og på lang vei naturstridig. I følge Fog (1999) avhenger et kvalitativt forskningsintervju av kontakten mellom intervjuer og den som blir intervjuet. En kan derfor si at intervjuet på et vis er avhengig av intervjuerens subjektivitet. Dermed blir det desto viktigere å vektlegge og gjenfortelle på en metodisk og gjennomført måte.

---

Man må være seg sin subjektivitet bevisst og sørge for å framstille historiene slik at de kan sees i lys av hverandre, spørsmålene som ble stilt og forskerens og informantens vurderinger og tolkninger.

En viktig del av det å benytte intervju som metode, inkluderer *informert samtykke*. Dette vil si at informantene informeres om oppgavens overordnede mål, hovedtrekk i prosjektplanen og om mulige fordeler og ulemper ved å delta i forskningsprosjektet. Informanten må også få vite om sin mulighet til når som helst å kunne trekke seg. I et halvstrukturert intervju er det begrenset hvor detaljstyrt informasjon man som intervjuer kan gi, da noe av hensikten med denne typen intervju ligger i at en kan følge opp uventede vinklinger som informantene kommer inn på i forbindelse med spørsmålene. Jeg må derfor som i de fleste lignende metodevalg, basere meg på å informere om hovedtrekk i prosjektet og overordnede mål. I forhold til *konfidensialitet* skal informanten vite at han ikke risikerer at informasjon blir utgitt slik at han blir gjenkjent. I forhold til de informantene jeg var ute etter, ble dette en av de store utfordringene, fordi hver og en av historiene til de barna som blir omtalt, vil være så spesielle at andre som kjenner familien vil kunne gjenkjenne dem. Dette er noe av grunnen til at jeg har valgt å henvende meg til PPT og behandlingsinstitusjoner rundt i hele fylket. I etterkant av intervjuet luket jeg etter beste evne ut de detaljene fra bakgrunnshistorien som var nødvendig for å beskytte konfidensialiteten.

Når det gjelder *fordeler og ulemper* ved å delta i et slikt intervju, tenker jeg at en av ulempene vil være at informantene setter av mye tid og åpner seg for en fremmed. De får ingen kompensasjon for dette og vil ikke sitte igjen med råd og veiledning, slik de ville blitt i andre lignende settinger. Derimot opplever ofte en del informanter det som verdifullt i seg selv at noen viser interesse for deres situasjon, meninger og unike opplevelser. Noen kan også oppleve å se ting klarere når de selv har satt ord på opplevelser og følelser de ikke tidligere har prøvd å beskrive. En av de mest åpenlyse fordelene informantene vil kunne oppleve, er at de bidrar til at andre foresatte i lignende situasjoner og personalet på ulike instanser, kan nyttiggjøre seg den kunnskapen og innsikten deres fortellinger fører med seg.

### **3.2.1 Intervjuer som redskap**

Eisner & Peshkin (1990, gjengitt i Kvale s.69) peker på at forskeren som person er et viktig redskap. Særlig nevnes da intervjuerens følsomhet overfor hva etikk er, og hans ansvarsfølelse i forhold til å handle etter denne. Dette er problemområder som man kan tenke seg blir behandlet ulikt fra menneske til menneske, og ingen kan påberope seg den hele og fulle fasit. Det som var viktig å vektlegge for meg, var at jeg hele tiden måtte være bevisst mine valg, og føle meg fram ettersom intervjuet skred framover. Det ble viktig å foreta en kontinuerlig vurdering i forhold til mine innspill og hvordan de så ut til å påvirke informanten fra gang til gang. Ut fra dette måtte jeg justere mine videre spørsmålsstillinger. Målet var å hele tiden ha et reflektert og nøkternt forhold til hvordan jeg påvirket intervjusituasjonen. Et viktig virkemiddel var da å stille avsluttende spørsmål til informanten om hvordan denne opplevde intervjusituasjonen. I tillegg benyttet jeg et eget evalueringsskjema hvor jeg etter hvert intervju noterte hva jeg opplevde fungerte, og hva som burde endres (se intervjuguide, vedlegg 2). Slike evalueringer foregikk kontinuerlig gjennom hele prosessen. Det å benytte meg selv som instrument bød på en rekke utfordringer. Til sist vil det kunne ut i om man er en god nok menneskekjenner eller ikke, om en evner å ivareta dem man intervjuer på en slik måte at de opplever tilliten de trenger for å fortelle. Jeg kommer nærmere inn på hvilke utfordringer jeg opplevde at intervjusituasjonen utgjorde under kapittel 3.4. Det jeg kan trekke fram som jeg håpet ville være til nytte var min erfaring med å gjennomføre samtaler om vanskelige emner i jobbsammenheng.

## **3.3 Framgangsmåte for praktisk tilnærming**

### **3.3.1 Hvordan jeg skaffet informanter**

Da jeg skulle skaffe informanter, var det viktig for meg å ta utgangspunkt i hvem som kunne være interessert i å være med på et slikt intervju, hvem som selv mente de hadde noe å fortelle og som ønsket å dele historien sin. Jeg gikk i gang med å lage to brev. En forespørsel til instanser som hadde muligheten for å videregående informasjonsbrev, og et informasjonsbrev til foresatte med oppfordring om å kontakte meg dersom de kunne



---

tenke seg å bli intervjuet. Min foreløpige ramme var instanser i Aust- Agder som PPT og BUP. Jeg var da avhengig av at personalet på disse instansene fant problemstillingen interessant og tok seg tid til å undersøke om de hadde kandidater som passet innenfor den avgrensede forespørselen. Deretter at de tok seg tid til å sende mitt informasjonsbrev til dem, og kanskje også ta en telefon på forhånd.

Brevet til de aktuelle instansene ble sendt ut med ferdigkopierte vedlegg i august 2006. I alt startet jeg med å sende ut tolv brev. Fire instanser gav meg tilbakemelding på eget initiativ, deriblant BUP som bad meg sende lignende brev til den privatpraktiserende psykologen de benyttet i slike saker. Etter cirka to uker startet jeg ringerunden til de instansene jeg ikke hadde hørt fra, og fikk kontakt med de resterende med unntak av en. Det jeg ønsket å få tilbakemelding på da, var om de hadde mottatt brevet og om de hadde noen aktuelle de hadde videresendt det til. Tilbakemeldingene var ulike og inneholdt alt fra dem som ikke maktet å finne en oversikt over barn med diagnosen, til overveldende positiv respons om at temaet var interessant. En del av instansene hadde som forventet ingen som passet inn i min problemstilling, men flere av dem henviste meg til den samme privatpraktiserende psykologen som BUP, og anbefalte meg å ta kontakt. Jeg fulgte oppfordringen, og tok kontakt med ham sist fordi han hadde fått brevet senere enn de andre. Her fikk jeg uvurderlig hjelp på den måten at han synes emnet var interessant og hadde oversikt over hvem han kunne kontakte. Etter litt over en uke ringte han tilbake og gav meg en liste med navn og telefonnumre. Dette var mennesker som passet inn i min aktuelle problemstilling og som ønsket at jeg skulle ringe dem for å informere mer om hva oppgaven og intervjuet gikk ut på. Jeg startet da på toppen av listen, og de første som svarte snakket jeg nærmere med i forhold til om de kunne tenke seg å bli intervjuet, og hva dette innebar. De geografiske rammene ble i dette øyeblikk endret fra å gjelde kun Aust-Agder, til å gjelde hele Norge. I og med at utvalget fortsatt var tilfeldig, mente jeg at dette var helt relevant. De første tre jeg kom i kontakt med ønsket å møte meg. Jeg informerte om at den endelig avgjørelsen i forhold til om de ønsket å gjennomføre intervjuet eller ikke, trengte de ikke å ta før vi hadde gjennomgått første punkt i intervjuguiden, nemlig utdypende informasjon til informantene.

En mor ringte meg før nevnte psykolog ringte meg tilbake. Dermed hadde jeg altså fire stykker. Alle informantene valgte å gjennomføre intervjuet. Jeg måtte si nei til to som ringte meg, den ene fordi barnet ikke var i rette alder, og den andre fordi barnet var i prosessen med å få diagnosen, uten at den var endelig.

### **3.3.2 Forberedelse til intervjuene**

Forberedelsene til intervjuene bestod i å sette seg inn i det teoretiske stoffet, og tenke gjennom de tilfellene jeg selv hadde jobbet med. Jeg øvet meg i å stille spørsmålene fra intervjuguiden høyt, og la opp en plan for hvordan jeg ønsket å ta i mot det som ble fortalt. Først og fremst ønsket jeg at informantene skulle få anledning til å snakke om hvilke opplevelser de selv synes var relevante i anledningen. Hva de mente det var viktig å få fram og hvilke erfaringer de hadde som de mente kunne være nyttige for andre. I tillegg ønsket jeg at de skulle fortelle meg noe om hvilke opplevelser de hadde i forbindelse med barnehage, skole og selve overgangen mellom de to instansene. Hvilke tanker de hadde om framtiden var jeg også svært interessert i, da dette kunne sette foregående historier inn i en bredere forståelsesramme. Til sist var det viktig for meg at informantene sa noe om hvordan de hadde opplevd selve intervjusituasjonen, og hva de tenkte kunne vært gjort annerledes. Sistnevnte sammen med at jeg førte min egen loggbok, gjorde at jeg hele tiden kunne evaluere egen innsats og arbeidsform. Jeg hadde også lyst til å kunne si noe om grunnstemningen under intervjuene, og til dette mente jeg at loggboken kunne være til stor hjelp.

### **3.3.3 Teknisk gjennomføring av intervjuene**

Alle intervjuene startet med en telefonsamtale, hvor jeg informerte om hva oppgaven min gikk ut på og hva som kom til å skje på et eventuelt intervju. Sted og tid ble avtalt. Jeg hadde på forhånd tenkt nøye gjennom hva som skulle til for at informanten skulle føle seg komfortabel og i en slik setting at det var greit å fortelle om opplevelser på både godt og vondt. Stedet burde først og fremst være uforstyrret og i tillegg et sted hvor de kunne føle seg trygge. Jeg overlot således til informantene å bestemme intervjusted. To av informantene ønsket å bli intervjuet hjemme, en på sitt arbeidssted

---

etter arbeidstid, og en i et kontorlokale i nærheten av hjemstedet. Om informantene ønsket å være sammen med sin partner eller ikke, overlot jeg også til dem å avgjøre. To av informantene valgte å bli intervjuet alene, og to sammen med partnerne sine (intervju C og D).

Det første som skjedde da vi møttes, var at jeg gav en utfyllende informasjon til informantene. Her gjennomgikk jeg hva som var oppgavens overordnede mål; i korte trekk å kunne omsette kunnskapen jeg fikk ut av intervjuene slik at det kunne komme andre til nytte, både foresatte, barnehagepersonale, skolepersonale og hjelpeapparat. Jeg gjennomgikk også konfidensialitet og informert samtykke. Jeg la vekt på at informanten ikke trengte å bestemme seg endelig for om de ønsket å delta, før den utfyllende informasjonen var gitt. Det var også viktig for meg å få fram at de når som helst i prosessen hadde anledning til å trekke seg. Vi snakket om fordeler og ulemper ved å delta i intervjuet. Noen av informantene hadde jeg snakket en stund med på telefonen, slik at noe ble gitt dobbel informasjon om. En del hadde i tillegg mottatt informasjon via andre instanser (vedlegg 4). Det var også på dette tidspunkt jeg spurte om jeg fikk lov til å ta opp intervjuet på diktafon, slik at det skulle bli lettere å transkribere intervjuene i ettertid. Alle de 4 intervjuene ble tatt opp på diktafon, da informantene samtykket i dette. Etter den utdypende informasjonen var gjennomgått, gjennomgikk vi personalia. Dette ble gjort for at jeg skulle ha muligheten til å si noe samlet om hvem jeg intervjuet i forhold til alder, yrke og bosted. Og i forhold til hvilke barn med diagnose som stod i fokus for intervjuet, også med tanke på nåværende alder, alder på barnet da det kom til familien, tidspunkt for diagnose, osv. Først etter at utfyllende informasjon var gitt til informanten, informanten hadde gitt sitt samtykke og personalia var gjennomgått, startet selve intervjuet.

Planen jeg hadde for å klare å ta i mot det som ble fortalt på en slik måte at informanten følte seg hørt og ivaretatt samtidig som jeg fikk tak i sentrale opplevelser, var at jeg skulle starte med nå-situasjonen og stille oppfølgingsspørsmål. Det første spørsmålet som ble stilt (intervjuguide, vedlegg 2) var hvordan informanten ville beskrive hverdagen for barnet nå. Dette spørsmålet var såpass åpent at jeg mente at

informanten også kunne komme med de historiene de selv synes var viktige. Dette kommer jeg tilbake til under kapittel 3.4: *Utfordringer underveis i intervjuene*. Det var ikke alle spørsmålene som ble stilt i alle intervjuene, av den grunn at de ble besvart før de ble stilt. Hovedtemaene ble berørt i alle intervjuene, og alle var innom noen særopplevelser som ble karakteristisk for grunnstemningen til hele intervjuet. Alle intervjuene ble avsluttet med *avsluttende kommentarer*, og dette gav meg en unik mulighet til å fange opp hvilke ting jeg hadde utelatt å spørre om som informantene kunne tenke seg å fortelle mer om. I to av intervjuene var dette lite, mens i de andre to var det ting jeg ikke hadde forutsett. Dette hadde nok også med å gjøre at jeg lot informantene snakke ganske fritt, uten avbrytelser, nettopp for å fange grunnstemningen. Derfor var behovet for ytterligere kommentarer ikke alltid til stede. Dessuten gav ”avsluttende kommentarer” meg muligheten, som tidligere nevnt, til å evaluere egen innsats. Fordi jeg benyttet kvalitativ metode med meg selv som instrument, var dette en uvurderlig kilde til læring.

Intervjuene tok fra mellom 2 timer til 3,5 timer. Det første intervjuet ble det lengste, deretter ble de gradvis kortere inntil det siste som var på ganske nøyaktig 2 timer. Dette hadde nok sammenheng med treningen jeg fikk underveis, og muligheten jeg hadde til å evaluere meg selv. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en tre ukers periode. Alle intervjuene ble transkribert i løpet av de første to ukene etter at de ble gjennomført. Jeg opplevde dette som en god repetisjon og som en mulighet til å se på intervjuet utenfra. Dette ble en verdifull investering, både i forhold til å bli mer bevisst på hvordan jeg selv kunne endre på ting, og i forhold til å få en annen, dypere innsikt i hva som ble fortalt.

### 3.4 Utfordringer underveis i intervjuene

En av de første utfordringene som meldte seg var; Når stiller man *oppfølgingsspørsmål*? Historiene til informantene ble ofte slik at jeg ikke trengte å stille alle oppfølgingsspørsmålene. På den annen side, opplevde jeg også at om jeg likevel stilte spørsmålene, selv om det ble ganske overlappende, så fikk jeg et mer

---

nyansert svar. Denne balansegangen mellom å spørre eller ikke spørre et planlagt spørsmål selv om informanten hadde vært inne på temaet, opplevde jeg som utfordrende. I mange tilfeller fikk jeg et utfyllende svar om jeg stilte slike spørsmål, fordi informanten da var i en prosess som gjorde at refleksjoner de allerede hadde gjort seg førte til nye refleksjoner. Noen av de mest interessante historiene hadde sitt utspring i slike overlappende, ”dobbeltspørsmål”. På den annen side var det en vanskelig vurdering å vite når informanten følte seg tom på emnet, da var det ikke fruktbart å stille det samme spørsmålet på en annen måte. Det kunne heller ha motsatt effekt, nemlig at informanten kunne føle seg utilpass og presset. Dette ble en kontinuerlig vurdering som jeg la mye arbeid i, og som jeg hele tiden fikk mer trening i.

Det å intervju *to stykker samtidig*, førte til større utfordringer enn jeg hadde fortutsett, på den måten at de to personene kunne være ganske ulike. Den ene kunne for eksempel ha behov for tid både i forhold til det å reflektere og i forhold til det å hente krefter, mens den andre hadde behov for klar tale og ”to-the-point”. Dette var en utfordring jeg ikke vet om jeg klarte å imøtekomme på en god nok måte, men jeg tror likevel jeg gjorde rett i å la informantene selv velge om de ville intervjues alene eller sammen med sin partner. Det viktigste var at de sammen følte seg i en komfortabel setting. Om intervjuet ville blitt annerledes med bare en av dem til stede, er vanskelig å si noe om. Det å respektere informantenes ønsker rundt intervjusituasjonen, så jeg på som en selvfølge og en investering i en god relasjon i situasjonen.

De *ulike mennesketyperne* informantene var, var også en utfordring jeg oppdaget etter hvert som intervjuet var i gang. Det var ikke tvil om at alle mine informanter var ressurssterke mennesker som hadde gjort seg mange reflekterte tanker rundt det å ha et barn med denne diagnose. Likevel hadde de ofte som ulike mennesketyper også *ulike behov* i en slik intervjusetting. Noen var komfortable med å fortelle selvstendig over ganske lang tid, de tvilte ikke på at det de hadde å fortelle var viktig og interessant. Andre trengte mer bekreftelse, og andre igjen gikk fortore tomme og hadde behov for

---

at jeg speilte og oppsummerte hva de selv hadde sagt eller at et spørsmål ble stilt på nytt i en annen nyanse.

*Pauser og stillhet* i intervjuet var jeg forberedt på skulle bli en utfordring. Det å ha is i magen og la stillheten få lov til å fylle rommet har jeg aldri vært god på. Jeg oppdaget i løpet av intervjuene at det ofte lønnet seg å la pausene få hvile litt i lufta. Det var som regel en naturlig stillhet for informantene som de benyttet til å tenke og reflektere før de tok ordet på nytt. Jeg vet ikke om jeg klarte å imøtekomme dette godt nok, men jeg var bevisst på det og jobbet kontinuerlig med det underveis i alle fire intervjuene. På den annen side opplevde jeg i minst et av intervjuene at informanten synes det var ubehagelig med for lang stillhet, og jeg forsøkte da å speile og oppsummere det som var blitt sagt. Speiling og oppsummering var noe jeg i større eller mindre grad benyttet meg av i alle intervjuene, men forsøkte å vurdere underveis hvor ofte dette var tjenelig.

Det å være *intervjuer, uten å være rådgiver* var en utfordring jeg følte mye på. Å klare å beholde rollen som intervjuer uten å gli over i den rådgivende rollen jeg kjenner fra arbeidet mitt, hadde jeg forberedt meg på at kunne bli vanskelig. Likevel, særlig ved et av intervjuene var det nesten fysisk smertefullt å holde tilbake. Etter at diktafonen var skrudd av og intervjuet var avsluttet, klarte jeg vel ikke helt å holde tilbake heller. Det var kanskje ikke riktig, men jeg velger å tro at det ikke hadde noen innvirkning på selve intervjuet fordi jeg ventet til etter det var avsluttet. Det å skulle forsøke å holde seg nøytral underveis i et intervju når en er så engasjert og interessert opplevde jeg generelt som vanskelig. Det er en balansegang fordi det kan fremme informantens ønske om å formidle sin historie, samtidig som det er en utfordring for den som intervjuer å ikke påvirke informanten med sine meninger om det som blir fortalt. Jeg balanserte hele tiden på denne tynne linjen og forsøkte å dempe meg når jeg merket at følelsene tok overhånd, samtidig som jeg ikke unnlot å formidle at jeg synes det informantene fortalte var interessant. Dette var en utfordring som ikke ble lettere jo flere jeg intervjuet, det ble tvert i mot vanskeligere fordi kunnskapene mine økte etter hvert intervju. Jeg jobbet kontinuerlig med denne problematikken, og merket at noen

---

av informantene også kunne gli over i ”søke-råd” modus. Dette var en krevende utfordring, men jeg var bevisst at den var der, og jobbet kontinuerlig med meg selv.

Det å benytte seg av loggboken (vedlegg 2) og evaluere seg selv etter hvert intervju, var utfordrende og nyttig. Dette førte også til at det ble noen *tilføyelser på intervjuguiden* underveis. Dette dreide seg hovedsakelig om det å få diagnosen. Dette var et tema jeg hadde utelatt. Her hadde informantene mange interessante opplevelser de ønsket å dele. Jeg tok derfor dette med som en tilføyelse i intervjuguiden til de neste tre intervjuene. Jeg oppdaget også mer tekniske ting som behovet for å notere når intervjuet startet og stoppet. I tillegg var loggboken med på å bevisstgjøre meg på hva jeg kunne gjort annerledes når det gjaldt spørsmålsformuleringer, speiling, oppsummering, evnen til å være i stillheten, hvordan jeg forholdt meg når tidsaspektet slo inn og lignende.

De *tekniske hjelpemidlene* en skal benytte under et intervju skal selvsagt være testet på forhånd og være i god stand. Ekstra batterier og disketter ble tatt med, samt papir og blyant som backup. Likevel opplevde jeg ved et par tilfeller at diktafonen gikk tom for strøm. I et av intervjuene måtte jeg skifte batterier to ganger, selv om jeg hadde satt inn nytt før intervjustart. Dette førte til små avbrudd, som brakte fram en mer uformell side hos informantene og tok fokuset litt bort fra emnet de snakket om. Dette kunne ha positiv effekt på den måten at en fikk et avbrudd i det tunge og alvorlige og mer formelle. Etter et slikt avbrudd var det ofte lett å komme i gang igjen, og det ble en liten pause i forhold til trivielle ting. På den annen side kunne dette også ha virket irriterende og uprofesjonelt på informantene. Jeg merket at jeg ble noe stresset og engstelig for at noe skulle gå galt med utstyret. Dette påvirket kanskje min evne til å formulere spørsmålene på beste måte.

Det å forholde seg til tidsaspekt og det å avslutte i en slik setting, var en utfordring i seg selv. To av intervjuene var tidsbegrenset fordi barn kom hjem eller skulle hentes. I det første tilfellet ble vi ferdige i grei tid, men i det andre tilfellet ble dette vanskelig. Dette påvirket meg slik at jeg ble mer stresset og stilte kanskje oppfølgingsspørsmålene for raskt. Det å avslutte en intervjusekvens hadde jeg ikke

forberedt meg godt nok på. Jeg hadde gjort meg tanker på forhånd om at dette skulle være forholdsvis enkelt, men dette viste seg ikke å stemme. Jeg hadde store vansker med å avslutte intervjuene, men med tydelig forbedring fra det første til det siste intervjuet. Det at informantene hadde satt av tid i sin hverdag for å møte meg, samtidig som de delte opplevelser på godt og vondt med meg, gjorde at jeg følte at jeg hadde påtatt meg et slags ansvar for dem, og at jeg skyldte dem ganske mye. Dette gjorde det vanskelig for meg å avslutte, og bryte forbindelsen så plutselig. Jeg måtte gå noen runder med meg selv i løpet av intervjuene og tenke over hvordan jeg hadde formulert meg. I løpet av den utfyllende informasjonen hadde jeg tydelig presisert at det ikke var mulighet for noen oppfølging fra min side, slik at forventningene jeg følte på nok ikke lå hos informantene. Jeg kom fram til at det ansvaret jeg hadde påtatt meg lå i forhold til å formidle deres historier slik at det kunne være til nytte for andre. Dette var ord jeg hadde behov for å si høyt i avslutningsprosessen. Likevel synes jeg avslutningen var vanskelig i alle fire intervjuene, på tross av at alle gav uttrykk for at de synes situasjonen hadde vært grei. Det ser altså ut til at selv om jeg opplevde at jeg forbedret meg i løpet av de fire intervjuene, opplevde jeg det ikke som lettere å brått skulle bryte kontakten. Jeg kom til at dette måtte være noe jeg følte mer på enn informantene, og at det hadde sammenheng med det å skille mellom å være intervjuer og rådgiver som skal følge en sak. Jeg var nok ikke god nok til dette i avslutningsfasen av intervjuene, men det er også en erfaring å ta med seg videre.



## **4. Presentasjon og drøfting av data**

I dette kapitlet vil jeg først gi en samlet presentasjon av informantene og deres situasjon, deretter ønsker jeg å si noe om grunnstemningen i intervjuene. Som nevnt under kapittel 3, vil jeg ta utgangspunkt i intervjuguidens hovedtemaer som sammenfaller med mine forskningsspørsmål og hovedproblemstilling. Jeg vil sammenligne informantenes opplevelser i forhold til de ulike temaene og se dette opp mot den teoretiske forståelsesrammen presentert tidligere i oppgaven. Til sist gir jeg et kortfattet sammendrag som jeg vil ta utgangspunkt i når jeg går inn i en samlet presentasjon og drøfting av hovedfunn i henhold til hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene jeg startet med.

### **4.1 Samlet presentasjon av informantene**

#### **4.1.1 De foresatte og barna med diagnosen**

Som tidligere nevnt har jeg gjennomført fire intervjuer. To av informantene valgte å være alene da de ble intervjuet og to av dem valgte å bli intervjuet med partner. Mødrene var med på alle fire intervjuene, og fedrene var til stede under hele intervjuet på to av dem. Jeg vil i resten av oppgaven referere til disse intervjuene som intervju A, B, C og D med informanter henholdsvis mor og/ eller far. De som ble intervjuet hadde en alder mellom 35 og 55 år, og var henholdsvis både adoptivforeldre og fosterforeldre. To av informantene beskrev bostedet sitt som landsbygd, og to beskrev det som tettsted. Foresatte hadde overtatt daglig omsorg for barnet for mellom tre og syv år siden.

Barnas alder var mellom 6 og 9 år. Flere av barna hadde utsatt skolestart. I tre av familiene hadde barnet søsken de bodde sammen med i husholdningen. I en av dem var det ett biologisk søsken, og i to ikke-biologiske søsken. Søsknene var både eldre og yngre enn barnet med diagnosen. Barna fikk diagnosen for mellom ett og fire år siden, ett av dem fikk diagnosen etter skolestart, de andre fikk den tidligere. I forhold til

kjønn var fordelingen 50-50. Alle de 4 barna gikk nå på skolen, slik avgrensingen min krevde. Alle barna hadde andre diagnoser i tillegg til reaktive tilknytningsvansker, eller var blitt utredet med tanke på at de kunne ha andre diagnoser som ADHD og veksthemming.

### **4.1.2 Grunnstemningen i intervjuene**

Felles for de fire intervjuene, var at opplevelsen av maktesløshet på et eller annet tidspunkt ble formidlet, både når det gjaldt uvisshet angående fortiden til barnet og at det hadde vært, og til dels var, vanskeligheter i hjemmesituasjonen med barnet. Alle informantene hadde vært gjennom fasen før og etter diagnosen, faser bestående av fortvilelse, maktesløshet, ubesvarte spørsmål og grubling rundt egne ferdigheter som foreldre. Etter diagnosen var det faser av sjokk, bekreftelse, erkjennelse, akseptering og tilpasninger som kunne være alt fra svært tøffe til mindre vanskelige. Intervjuene bar preg av alt fra sterk pessimisme til mild optimisme. Alle følte de hadde påtatt seg et stort ansvar som de var bevisst og forberedt på da de overtok omsorgen for barnet. Samtidig hadde de påtatt seg et utvidet ansvar de hadde vært uforberedt på, og som grep sterkt inn i hele livssituasjonen deres. Stemningen endret seg ofte underveis i intervjuet ettersom en snakket om fortid eller nåtid. Mest tydelig kom grunnstemningen fram når foresatte ble spurt om hvilke tanker de hadde om framtiden til barnet. Dette vil jeg komme tilbake til under punkt 4.7. Grunnstemningen i intervjuene var også preget av i hvilken grad virkemidler og tiltak familien hadde prøvet hadde vist resultater. Her gav informantene uttrykk for alt fra kampvilje til resignasjon, og stadiene i mellom. Dette hang tydelig sammen med hvor på skalaen diagnosen til barnet var festet. I utgangspunktet var diagnosen lik, men foresatte uttrykte at barna deres hadde mildere, middels eller en svært alvorlig grad av diagnosen.

## **4.2 Introduksjon av informantene gjennom opplevelser de vektla i sin hverdag**

### **4.2.1 Intervju A: *"Det var som å trykke på en knapp"***

---

Mor i intervju A gir uttrykk for at hverdagen nå er veldig god. Barnet er tatt ut fra skolen og de følger et behandlingsopplegg fra psykologen som består mye av holdingterapi (jmf kapittel 2.4.1). Alt som minner om stress er luket ut fra hverdagen og hovedfokuset er å knytte seg til mor. Mor beskriver at *”det var som å trykke på en knapp”* da de begge to fikk være hjemme og fokusere på tilknytning. Mor opplevde at barnet var mottagelig for behandlingen, og ble optimist på en helt annen måte enn tidligere. Hun følte at dette kunne gi varige resultater.

Mor opplever det at hun har et barn med denne diagnosen, som utfordrende. Hun sier blant annet: *”Det er en utfordring at han krever så enormt mye”*. Mor opplever at opplegget rundt barnet med mange timer daglig fysisk kontakt krever enormt mye av voksentiden i huset.

*”Det sliter jo på oss som par at han krever så enormt mye, men det er klart, det slet på oss før også”* (mor A).

Mor beskriver at hun føler seg veldig alene fordi hun ikke ofte treffer andre familier der alt er kaos, en ser bare de familiene der alt fungerer på en grei måte. Mor forteller også at de fleste foreldre ikke har trukket barna sine vekk fra hennes barn, selv om han ikke var så snill med dem tidligere. Familien har vært åpne om diagnosen, og informert dem de mener det har vært naturlig å informere, og mor synes barnet har fått mange sjanser av lekekamerater.

I intervjuet kommer mor også inn på at Trygdekontoret puster henne i nakken hele tiden. Hun er hjemme med sykemelding, og har foreløpig fått godvilje, men slik har det ikke alltid vært. Hun sier at om ikke dette med holding blir gjennomført nå, så ville hun en eller annen gang blitt uføretrygdet:

*”Vi har fått godvilje fram til nå, heldigvis, men det er jo ikke meg som er under behandling. Målet er å få ham så trygg på skolearenaen som han er hjemme. Da vil han ikke trenge tilrettelegging, men fungere i en vanlig klasse. Det er en heltidsjobb.”*

#### **4.2.2 Intervju B: ”Heldigvis tar hun i mot, og det er helt fantastisk”**

---

Mor i intervju B forteller at det har skjedd veldig mye det siste halve året. Det har vært en forbedring i situasjonen både hos barnet og hos søsken. Forbedring hos søsken påvirker også barnet med diagnosen. Den forskjellen som utpeker seg mest når man sammenligner dette barnet med andre barn, er at hun er svært umoden. Hun har et umettelig, voldsomt omsorgsbehov som passer bedre på et veldig lite barn. Barnet strever i tillegg med angst og dårlig nattesøvn. Hun fungerer noe bedre sosialt, og tåler litt mer spøk enn tidligere da hun slett ikke tålte det. Mor sier det slik:

*”Mange ting har blitt bedre i løpet av det siste halve året, men det er jo fortsatt det med omsorgsbehov, angst og urolig nattesøvn som preger natt og dag”.*

Familien sliter i forhold til hverdagslige ting som hva hun skal ha på maten. Barnet vil ikke ha noe av det som blir tilbudt eller noe som står i kjøleskapet, og hun har liten matlyst. Mor bader barnet i balje som en liten baby, kler på og steller henne, pusser tennene hennes, smører henne i rompa hvis hun er sår og lager maten til henne. Det er mye mas på mor, og andre spør ofte hvordan hun holder ut. *”Men jeg sier at barnet kan jo ikke noe for det”* forteller mor. Mor forteller at de har hatt vanvittige kriger om at når noen tisser på seg, må man dusje. Det er tøft å tvinge et forholdsvis stort barn inn i dusjen. Det fører til slitasje. *”Det handler om sånne ting hver dag, alt er vanskelig. For barnet er i mot deg, det jobber i mot deg på alt.”*, forteller mor. Barnet får lov til å sove inne hos foreldrene. Det å legge henne tar nesten 2 timer. Mor må være der til hun sovner, kile henne på ryggen og synge for henne. *”Heldigvis tar hun i mot, og det er helt fantastisk”* sier mor.

Mor forteller at det å forholde seg til barnets biologiske familie til tider har vært en større belastning enn å forholde seg til barnets diagnose. Det at andre blir skuffet over en og anklager en for svik når en prøver å gi alt, det gjør at en nesten gir opp. Mor har måttet distansere seg fra dette og har måttet akseptere at det er noen i verden som ikke liker henne. Dette har vært en tung lærdom som har ført til stor slitasje på mor. I tillegg er barnet svært mottagelig for om fosterforeldrene er i pluss eller minus, og vanskeligere ting blir fort vanskeligere for barnet også, hvis foreldrene er i minus.

---

I intervjuet forteller mor at hun ikke kan jobbe ved siden av det å være mor. Hun har nesten ikke sovet en natt på 4 år, og det setter spor. Karrieren har mor lagt på is, og hun begrunner det slik:

*”Dette må være min hovedarbeidsgesjeft, hvis ikke så klarer jeg det ikke. Dette må ta min arbeidskraft hvis vi skal få det til.”*

Mor beskriver at barnet trenger så mye dag og natt at hun ikke har noe å gi i tillegg. Hun forteller at hvis muligheten for å være hjemme med forsterket fosterhjemslønn ikke hadde eksistert, hadde hun fryktet at kombinasjonen fare for økonomisk ruin i tillegg til å skulle hanskes med et vanskelig barn, ville ha satt ekteskapet i fare.

Hun forteller at barnet fikk ut veldig mye aggresjon gjennom holding. I den første tiden kunne mor sitte i 3 kvarter og bli sparket og bitt og dundret løs på; *”...det var vanvittig mye sinne og smerte i den lille kroppen”*. Det var en tøff prosess for mor å akseptere det å bruke tvang til å holde et barn som ikke vil bli holdt. Barnet kunne si at hun ikke fikk puste og at det gjorde vondt. Holdetiden har forandret noe, familien har fått et middel å benytte der de tidligere ikke visste hva de skulle bruke.

*”Før så bekreftet du, ja jeg tåler deg ikke, jeg må ha deg vekk på rommet, da fikk relasjonsskaden ny næring. Nå tar du henne på fanget og sier jeg ser du hater meg, men jeg aksepterer det, (..) du skal få lov til å gi meg skylden for alt som er galt, jeg elsker deg likevel”* (mor B).

#### **4.2.3 Intervju C: ”Det har virka stressende på familien”**

I intervju C forteller mor og far at de har den beste høsten på 5 år. Mor har nettopp vært ganske syk, og det ble en ekstra vanskelig opplevelse. Barnet ble usikkert og visste ikke hvordan det skulle forholde seg. *”Det er slikt vi skjønner litt i etterkant”* sier mor. Foreldrene forteller at det har vært en del bedring generelt. De forteller at en typisk hverdags situasjon er at hvis de har måttet ha barnevakt på kvelden, da får de det dagen etter. Da oppsøker barnet konflikt. Foreldrene forteller at barnet ikke eier humoristisk sans, en kan ikke *”holde leven for moro skyld”* forteller far. Det meste av barnets reaksjoner er aggressivitet, mye slag og spark. Hyppigheten av slikt har gått litt i bølger. Det er ikke så ille akkurat nå. Barnet skal være tøff utenpå, men så er hun

---

egentlig forferdelig usikker inne i seg. Ute og på skolen trenger hun hele tiden bekreftelser på om foreldrene skal hente henne igjen. Barnet tar ofte ut ting hjemme og er ”sint og fæl”, men vil ikke si hva det er, før det plutselig kommer i en bisetning i det hun ligger under dyna og skal sove. Far opplever at barnet ikke er villig til å si hva det er før hun har fått ut en reaksjon.

Mor beskriver at hverdagen slett ikke er verst mot hva den har vært. Hun ser absolutt tegn til bedring. Særlig nettene har blitt bedre forteller far. De har gjennom en lang periode tatt i mot råd fra helsestasjonen om at barnet ikke bør få sove i sengen deres. Dette førte til hyling i flere timer, og mor beskriver det som *”et mareritt og spetakkel”*. Far forteller at: *”Det var ikke søvn å få”* og *”Det var noen år der nettene var fæle”*. Når psykologen fortalte dem at slike barn burde få sove sammen med foreldrene fra første dag, endret situasjonen seg og de ble mer avslappet. Barnet kommer inn hver natt nå, men legger seg rolig og sovner med en gang. Far forteller: *”Hun faller til ro når hun kommer inn og får lagt seg”*. Mor opplever at barnet klamrer seg til henne, og jo mer turbulent det har vært på dagen, jo mer klamring.

Selv om foreldrene opplever at det er en bedring hos barnet i hverdagen, er det fortsatt slik at en må vurdere nøye hva en sier og gå litt på tå hev, særlig hvis barnet er slitent og sultent. Da opplever foreldrene at det er som å balansere på en hårsbredd.

*”Så det er dette med hverdagen altså, gjøre avtaler og holde avtaler og planlegge mer enn en må med vanlige unger. Selv om barnet har bedret seg mye, så gjelder det fortsatt det.”* (Mor C)

Far legger vekt på at de må planlegge mye mer enn det som er vanlig, en kan ikke ta noen ting på sparket. *”Det er vanskelig nok bare det at far skal være hjemme og legge dem og ikke mor”*, uttaler far. Da må barnet forberedes grundig dagen før.

Problematikken oppstår også i forhold til lekser, som er et forhandlingsmoment det blir brukt en god del tid på. Dette påvirker familien slik at de voksne får svært liten tid til hverandre, og dette har igjen effekt på barnet. Far beskriver at den tiden de voksne ikke lenger får til hverandre, den tiden går til barnet og ikke all den tiden er lystbetont. Far

beskriver det slik: *”Det har virka stressende på familien, veldig stressende. Det har til tider ikke vært helt lett”*. Mor opplever det slik:

*”Etter at vi har gått til veiledning og fått diagnosen og lært om hvorfor alt dette rare skjer, så er det fortsatt slitsomt, men en skjønner hva som skjer da.”*

Det å vaske barnet beskriver foreldrene i intervjuet som *”noe herk”*, særlig når det gjelder håret. Hårvask må taes når mor har fri dagen etter og det går ofte 2 uker mellom hver gang. Forberedelser på bading og vasking må gjøres i god tid før det skal skje.

#### **4.2.4 Intervju D: *”Rett og slett ingen glad familie”***

Far i intervju D beskriver hverdagen som et sirkus. Barnet er snilt og greit ute slik han selv har sagt han skal være, men han er ikke snill og grei hjemme. Far sier det slik:

*”Hjemme må en vel si at han er direkte ond av og til i det han sier og det han gjør. Særlig med mamma`n da.”*

Foreldrene beskriver et barn som søker å lage mistriivsel hjemme. De opplever at barnet søker å lage en slags balanse; har det skjedd noe hyggelig, forsøker barnet å lage uhygge enten samme dag eller dagen etterpå. Det å skulle gjøre leksene blir trukket fram som en særlig negativ, daglig opplevelse. Fordi det er foreldrene som pålegger barnet dette, er han i sterk motstand og bruker mye krefter og energi på å gjøre situasjonen vanskelig og ulevelig. Far beskriver det som en lettelse at barnet har fortsatt med å være grei ute, samtidig som det oppleves som smertefullt av foreldrene fordi de vet at han kan oppføre seg greit når han vil. Når de få besøk hjemme, snur barnet og skal sitte på mors fang og kose, til tross for at barnet bare sekunder tidligere har skreket og rast. Barnet har så skarp kontroll over dette at han aldri har bommet.

Mor forteller at skolen går relativt greit for barnet. På skolen klarer han å følge reglene og det går greit sosialt. Han krever mye oppmerksomhet i timene med spørsmål og lignende, og må ha stramme grenser. Far forteller at barnet egentlig er overhjelpsomt og overgreit på skolen. Barnet ønsker aksept utad, og hjelper til med absolutt alt. Mor opplever at barnet tar over, han skal være greiest og flinkest, samtidig skal han ha en

---

rolle med å være tøff og kul. Foreldrene mener at dette må slite på barnet. Barnet er tatt ut av SFO hvor han slet med nettopp dette, og hvor psykologen mente det ble for slitsomt for ham. Foreldrene vet ikke hvor lenge de får dette til økonomisk. På forrige konferansetime fikk mor følelsen av at læreren virket sliten og trengte mer hjelp i form av assistent i timene. De eneste gangene han ikke vil gå på skolen er når han må ha regntøy på, forteller mor, men det har med tøyet å gjøre, ikke skolen.

Begge foreldrene i intervju D beskriver familien som en sliten familie. Det er også søsken inne i bildet som lider under dette barnets diagnose. Søskenes ønske til jul er ro og fred i huset, og foreldrene føler på hvordan det er å ikke kunne imøtekomme dette ønsket. Mor forteller at hun går på tå hev fordi hun aldri vet hva som kan utløse raseri hos barnet, det kan være slike bagateller at en nesten ikke kan tro det er mulig at de kan utløse sinnet. Far forklarer det slik:

*”En kan merke når han kommer hjem fra skolen, at i dag skal han ha en kamp, og da er det bare en liten ting som skal til.”*

Foreldrene opplever at barnet helst ikke skal være greit to dager på rad. De forteller at de hadde en passelig grei uke forrige uke, fordi barnet visste at de skulle på konferansetime uka etter. *”Dagen etter var det full pang”* sier far. Mor beskriver det som *”full eksplosjon”*. Det som utløste sinnet denne gangen var at barnet skulle se på et ord i lekser på nytt. Stoler ble veltet og vinduer nær knust. Mor beskriver hendelsen slik:

*”Du er i en setting som er helt vanvittig altså. Det er rett og slett litt angstfylt, for du går og vet ikke når det smeller. Det er slitsomt.”*

Far beskriver også hjemmesituasjonen som ugrei:

*”Det skal jo være et sted der en kan kose og ha det greit, det stedet blir det jo ikke... så fort en er hjemme er det alle piggene ute og alle får gjennomgå. Det blir ikke noe koselig hjemme, og det er ikke et kjekt sted å være”.*

Mor forteller at de ikke er den glade familien med mye humor og tull og tøys, som de kunne ha vært. Overskuddet forsvinner og en orker knapt å pakke sekken noen dager.



---

”*Rett og slett ingen glad familie*” sier hun. Et typisk eksempel er at familien pakker til tur. Da kommer de ikke av gårde før barnet har gjort det utrivelig.

”*Alt som er hyggelig med oss, skal ikke være hyggelig. Det skal ødelegges*”.

Hun forteller at språket i hverdagen også viser at barnet er imot. Selv i de periodene der han ikke er utagerende, men sitter og snakker vanlig. Når han skal fortelle, kan han ofte si mørkt når det er lyst, seint når det er tidlig, og så videre. Som for eksempel i det han går ut: *Nå går jeg ut i mørket* (når solen skinner midt på dagen). Dette opplever mor som et slitasjemoment som foregår kontinuerlig. Foreldrene får aldri pause fra det faktum at barnet er imot og vil protestere på alt.

Foreldrene beskriver utfordringene de står overfor som kjempestore. Barnet er en stor motstander av tilknytning, og han er sterk. Mor var hjemme med barnet i drøye tre måneder fra skolen for å forsøke holdingterapi. ”*Det var hardt*” forteller mor; ”*Barnet burde nok ha vært yngre, da hadde jeg hatt troen på det.*” . Far mener at de skulle ha begynt da barnet kom, men da var det ingen som hadde hørt om holdingterapi.

Holdingen kunne ta opptil 6 timer før han gav seg på et vis. Barnet blir beskrevet av far som seig og utholdende. Holdingen gikk veldig utover det andre barnet i familien som ikke kunne være i huset mens dette pågikk. Når sterke konflikter oppstår nå, bruker foreldrene holding for å roe barnet. Mor beskriver at hun får gått igjennom konflikten på en annen måte, men at teknikken ikke kan brukes hver gang, og at hun ofte må ha hjelp dersom hun skal gjennomføre det; ”*Barnet begynner å bli stort, selv om det er lite*” uttaler mor. Foreldrene opplever at barnet er noe mindre utagerende hjemme nå, men ikke at det er stor forskjell. Det verste er at barnet sier så mange stygge ting.

## 4.3 Informantenes opplevelser av hverdagen

### 4.3.1 Grad av opplevd bedring

I alle de fire intervjuene, gir familiene uttrykk for at hverdagen har bedret seg i større grad eller i noen grad. I to av intervjuene (A og C) gir foreldrene uttrykk for at dette er

den beste tiden de har hatt så langt med barna. Dette kan sees i lys av Claesson og Idorn (2005) som hevder at holdingterapi er en meget effektiv metode for å behandle tilknytningsforstyrrelser på. I ett av de andre intervjuene (B), fortelles det at familien har opplevd forbedring det siste halve året. I det siste intervjuet (D) tar man mer forbehold, og sier at familien kan merke en viss endring til det bedre i forhold til hyppighet og styrke på utblåsningene til barnet, men at endringene er svake, og problemområdene hos barnet med at han er grei ute og ugrei hjemme, er uforandret. Her blir det svært tydelig at barnets primær- og sekundærpersonlighet fungerer på to ganske atskilte arenaer slik blant annet Haarklau (2003) beskriver. I tre av de fire intervjuene (A, B og D) fortelles det om at man har benyttet holdingterapi. Denne formen for terapi er benyttet og forsket på av blant annet Claesson og Idorn (2005). I to av de tre intervjuene, har foreldrene opplevd at dette fungerer i hverdagen og fører til resultater som gir dem større håp for fremtiden. I ett av intervjuene (A) er mor og barn mot slutten av et behandlingsopplegg med holdingterapi, og mor har opplevd stor endring av atferd hos barnet. I intervju B har foreldrene jobbet mye med holdingterapi året før skolestart, og opplevd at barnet har fått ut mye aggresjonen gjennom dette, og blitt tryggere og mer knyttet til dem. Familien praktiserer fortsatt holding, men ikke like regelmessig som i behandlingsperioden. En kan i tråd med Haarklaus teori (2003) tenke seg at disse barna har vært i en slik posisjon at de klarer å relære for så å utvikle en sekundærpersonlighet. I det siste intervjuet (D) er holdingterapi prøvd over en tre måneders periode. Dette ble en tøff periode som førte til svake endringer hos barnet, samtidig som det kostet for mye i forhold til søsken. Barnet har mye motstand i seg, og er etter foreldrenes mening for gammelt. Ifølge Carli og Dalen (1997), kan mange adoptiv- og fosterbarn reagere med å avvise nye omsorgspersoner for å beskytte seg selv. I intervju C har holding ikke vært i bruk som direkte metode, men barnet kommer inn hver natt til foreldrene og ligger tett inntil dem og klamrer mye. Dette vil i teorien ha lignende effekt som holdingterapi, men det blir på barnets premisser. I tre av intervjuene (A, B og C) har foreldrene opplevd at barna kan ta imot omsorg og beskriver en glede og lettelse over dette. Ser man dette funnet i henhold til de teoretiske forståelsesrammene, kan man tenke seg at disse barna har gått inn i en re-

læringsfase (Carli og Dalen 1997), og har endret sine arbeidsmodeller (Bowlby 2000). I ett av intervjuene (D), har foreldrene den motsatte opplevelsen, og forteller at de ikke klarer å snu barnet, og at barnet ikke er mottagelig. Foreldrene beskriver at barnet også viser at det er imot i språket sitt når det snakker med foreldrene til vanlig. I henhold til Erikson (1980) kan en her tenke seg at barnet har utviklet en grunnleggende mistillit til sine første omsorgspersoner, som han ikke klarer eller ønsker å endre i samspill med sine nye foreldre. Det kan også synes som barnet søker tilbake til denne grunnfølelsen av kaos, avvisning og mistillit ved så tydelig og på så mange nivåer handle imot foreldrene. Dette sammenfaller blant annet med det Haarklau (2003) beskriver som typisk for barn med tilknytningsskade.

Alle familiene har merket framgang og bedring hos barnet. Mens halvparten av familiene har merket sterk bedring (A og B), har en av de to resterende familiene merket moderat bedring, og den siste familien har merket svak endring (C og D). Holdingterapi har vært benyttet eller forsøkt benyttet aktivt hos 3 av familiene (A, B og D), mens den sistnevnte familien har benyttet dette indirekte ved at barnet selv tar initiativ til tilknytning om natten (C).

### **4.3.2 Hjemme og ute**

I alle intervjuene opplever foreldrene at barnet ikke oppfører seg likt hjemme og ute. En kan tenke seg at det er naturlig for et barn å endre oppførsel ettersom det beveger seg på ulike arenaer med ulike forventninger, og ulike mengder informasjon å forholde seg til. Foreldrene til barn med tilknytningsskade opplever ofte at endring av atferd hos barnet går utover det som regnes som vanlig, og dette blir et stort slitasjemoment i hverdagen. Dette oppleves sterkt hos familien i intervju D, der barnet søker en slags balanse mellom koselig og ukoselig, hygge og uhygge. Barnet er overgreit, overhjelpsomt og oppvartende overfor voksne når han ikke er hjemme, og han er kul blant kameratene, mens han hjemme kan være utagerende og ha en svært aggressivt språkbruk som oppleves særlig slitsomt. Dette kan sees i sammenheng med diagnosens retningslinjer (WHO 1999) som beskriver at motstridende responser forekommer både i barnet selv og ut mot omgivelsene. I et av de andre intervjuene (C) gir foreldrene

uttrykk for noe som kan ligne, i forhold til at aggressiviteten til barnet kommer ut hjemme med mye skriking og slag og spark. Ute er barnet noe engstelig og søker bekreftelser, men klarer å forholde seg til andre barn og voksne på en slik måte at diagnosen ikke blir synlig ute. Dette synes å være barn som har tilegnet seg ferdighetene fra sekundærpersonligheten slik at de klarer å oppføre seg eksemplarisk ute (Haarklau 2003). I to av intervjuene (A og B) gir foreldrene uttrykk for at barna sliter noe mer med sin atferd ute. Barnet i intervju A ved at han ikke følger de sosiale reglene og ikke alltid er snill med dem han leker sammen med. Barnet i intervju B ved at hun ofte buser rett inn i andres lek og ødelegger den, og slik blir upopulær. Dette kan synes å være barn som har avvikende sosiale responser uten at dette er begrenset til omsorgspersonene (WHO 1999).

Alle familiene opplever stor forskjell på barnets atferd hjemme og ute. I to av intervjuene opplever foreldrene at barna oppfører seg tilnærmet vanlig ute (C og D), og ofte meget aggressivt hjemme. I de to andre intervjuene (A og B) oppleves det samme hjemme, men disse barna er mer preget av sin diagnose utad i forhold til sosiale vansker av ulik art.

### **4.3.3 Familiens tidsbruk**

I alle de fire intervjuene ble tidsaspektet opplevd som en utfordring i hverdagen. Samtlige foreldre opplevde at å ha et barn med tilknytningsdiagnose krever svært mye av tiden i hverdagen. Alle har opplevd å være mye slitne, og at tiden en har til andre voksne og til søsken, blir betraktelig redusert i forhold til hva den ellers ville vært. Den tiden som blir brukt ekstra på barnet med diagnosen, er ofte krevende. Dette oppleves som et stort slitasjemoment i hverdagen. En slik start i livet som disse barna har fått, krever noe ekstra av de nye foreldrene og byr på spesielle utfordringer i samspill med barnet (Carli og Dalen 1997). Kampene må alltid vinnes og konsekvenser må overholdes, slik at barnet opplever de voksne som sterkest og dermed trygge (Haarklau 2003). Tilknytnings-skadde barn vil med bakgrunn i sine utrygge erfaringer ofte være mistenksomme og mistroiske overfor voksne (Thompson 1999), og dette vil kunne føre til et umettelig behov for bekreftelse av at den nye voksne er sterkest. I to av

intervjuene (C og D) blir særlig leksene trukket fram som et moment som gjør hverdagen tyngre. Dette er en situasjon som trigger aggresjon hos barnet, fordi det blir pålagt noe av foreldrene som det i utgangspunktet har motstand mot. For en av familiene (C) dreier det seg om omstendelig forberedelser og avtaler, og hos den andre familien (D), kan det dreie seg om kamper som strekker seg over flere timer. I forhold til sistnevnte familie, kom det også fram at de i langt større grad enn i de andre intervjuene kjenner på smerten og sorgen ved å bli tidsmessig og energimessig fratatt en del av muligheten til å imøtekomme søskens behov. I to av intervjuene (C og B), beskriver foreldrene at tidsfaktoren også gjelder nattesøvn som har vært svært oppdelt og liten de siste årene. I intervju B er dette en følge av barnets mareritt og angst som kommer sterkest fram på natten, og i intervju C fordi de i en årrekke har fulgt helsestasjonens råd om at barn ikke skal ligge i seng med foreldrene om natten. Disse nettene har vært fylt av gråt og raseri fra barnet, og dette har preget hverdagen sterkt. I ett av intervjuene (B) fortelles det også om at mye tid forsvinner på det å forholde seg til barnets biologiske familie, og at dette til tider har vært mer tidkrevende enn barnets diagnose.

I alle de fire intervjuene har foreldrene opplevd at virkningen av det å få redusert tiden en har til rådighet i hverdagen, har fått store konsekvenser i hverdagen i forhold til partner, søsken, arbeid og nattesøvn. Den ekstra tiden som blir benyttet sammen med barnet med diagnose bærer også preg av å være krevende, noe en kan tenke seg øker slitasjen familien opplever.

#### **4.3.4 Hygiene og påkledning**

I tre av de fire intervjuene (B, C og D) blir personlig stell som vasking av kropp og hår, spising og påkledning beskrevet som hverdagssituasjoner som ofte skaper konflikter. Barn med denne diagnosen kan bli utilgjengelig for kontakt og skape avstand til alle voksne. De kan også vise motstand mot fysisk kontakt (Carli og Dalen 1997). I ett av intervjuene (C) forteller foreldrene om at det som regel er to uker mellom hver gang barnet vasker håret, fordi dette avstedfører så mange tilleggsproblemer og stor slitasje på foreldrene. I et annet intervju (B) forteller mor om store kamper for å få barnet til å

---

dusje, og om hvor vondt det er å måtte tvinge et forholdsvis stort barn til å dusje. Det har også til tider vært svært problematisk å få barnet til å spise. Ifølge Carli og Dalen (1997) kan barn med denne diagnosen være lite oppmerksomme på egne, indre behov eller ytre behov fra omgivelsene. Dette har sin bakgrunn i at de ikke har lært å tolke forventninger og signaler fra nære voksenpersoner. I et av de andre intervjuene (C) fortelles det at barnet kommer raskere i konflikt hvis det ikke har spist. I tre av intervjuene (B, C og D) gies det uttrykk for at det er problematisk å kle barna med visse plagg, oftest vinterplagg og regntøy. I tre av intervjuene blir personlig stell som vasking av kropp og hår, spising og påkledning beskrevet som problematisk og konfliktskapende i hverdagen. Hvis barna ikke føler behovene på egen kropp, er det også sannsynlig at de ikke er interessert i å møte disse behovene i forhold til sult (mat), kulde (klær) og hygiene (vask). Derimot kan dette gi dem en anledning til å reagere mot det som foreldrene pålegger dem, slik at de kan skape en ny konflikt med avvising, slik Haarklau (2003) beskriver. Slik forsøker de igjen å oppnå sin grunnfølelse av avvising og kaos. Det eneste sikre og trygge med voksne er ifølge denne grunnopplevelsen, at de avviser.

#### **4.3.5 På tå hev**

Uttrykk som ”på tå hev” gikk igjen i samtlige intervjuer, og beskriver hvordan foreldrene opplevde seg selv i hjemmesituasjon med barnet, ofte etter endt skoledag. Det ble fortalt at bare en liten ting som ble sagt på feil måte kunne utløse store eksplosjoner av sinne. Det å gå ”på tå hev”, hentydet også på at foreldrene følte seg veldig usikre på hva som kunne utløse dette sinnet, og når det ble utløst. Fedrene i intervju C og D antydte begge at hvis barnet hadde samlet opp en del ting inne i seg som måtte ut, ville det komme ut uavhengig av hva som ble sagt eller gjort. Lignende beskrivelser kommer fram i samtlige intervjuer. I minst to av intervjuene (C og D) blir det beskrevet at barna husker på detaljnivå hva som er blitt sagt og gjemmer det for senere å koble det til andre utsagn og tolke det i verste mening. Uttrykket ”på tå hev” blir også benyttet for å beskrive at foreldre må tenke nøye igjennom hvordan de formulerer seg i alle sammenhenger. Det å ikke vite hva som utløser raseri, opplever

alle foreldrene som et slitasjemoment de aldri helt kan slippe. Overdreven vaksomhet og aggresjon mot seg selv og andre er en del av diagnosebildet for barn med reaktive tilknytningsvansker (WHO 1999). Barnet kan reagere med å oppføre seg provoserende, dominerende eller utagerende for å beskytte seg selv mot en ny omsorgssituasjon som virker både skremmende og tiltrekkende (Carli og Dalen 1997).

I alle intervjuene har foreldrene opplevd å måtte tenke nøye gjennom og planlegge hvordan ting sies til barnet, for ikke å utløse konflikt.

#### **4.3.6 Økonomi**

I samtlige intervjuer har foreldrene kommet inn på de økonomiske aspektene i hverdagen. Når en har et barn med en diagnose som har best mulighet for å bli reparert ved at barnet er mest mulig hjemme, blir økonomispørsmålet et naturlig tema. I samtlige intervjuer har foreldrene fått informasjon om at barnet bør være mest mulig hjemme på dagtid for å kunne knytte seg til foreldrene. Det å benytte holdingterapi vil ofte medføre at barnet må fjernes fra hverdagsaktiviteter og bli hjemme med omsorgspersonen (Claesson og Idorn 2005). I bare et av intervjuene (B) ble dette mens barnet fortsatt var i barnehagen, for de andre tre ble det etter skolestart, og da ofte i forbindelse med behandlingsperioder og senere med at barnet ikke burde være i SFO. Dette vanskeliggjør arbeidssituasjonen for alle familiene. Mor i intervju B beskriver at hun er utrolig glad for at hun har fått forsterket fosterhjemslønn og dermed har kunnet være hjemme med barnet uten økonomiske bekymringer. Dette er ikke en ordning som gjelder for adoptivforeldre, som må benytte seg av Trygdekontorets betraktelig lavere hjelpestønad. Mor i intervju A forteller at det å skulle være hjemme som en del av behandlingen for sitt barn, har ført til store økonomiske vanskeligheter, og et komplisert arbeidsforhold ettersom en voksen ikke blir sykmeldt på bakgrunn av at barnet skal behandles. I to av intervjuene (C og D) fortelles det også om at mødre måtte tilbake i jobb før de ønsket fordi permisjonstiden har gått ut, og mødre som må forsøke å få arbeid som er tilpasset skolens tider ender med en lav prosent slik at det ikke blir nødvendig med SFO hver dag. At det økonomiske skal komme i veien for

eller på toppen av det å ha et vanskelig barn som man da delvis får mulighet til å behandle, oppleves som ekstra tungt.

I samtlige intervjuer gir foreldrene uttrykk for at å ha et barn med tilknytningsdiagnose kompliserer arbeidssituasjonen betraktelig, for noen i den grad at de ikke har mulighet til å jobbe. Dette har stor innvirkning på familiens økonomiske situasjon. Bare en av familiene opplevde å få økonomisk støtte som kompensasjon for tapt mulighet til å arbeide.

## 4.4 Informantenes opplevelser i barnehagen

I samtlige intervjuer har foreldrene gitt uttrykk for at de ville ha handlet annerledes om de hadde hatt samme informasjon som de har i dag. Så sant den økonomiske muligheten hadde vært til stede, ville flertallet av foreldrene ha valgt å ikke benytte barnehage de første årene. Foreldrene fortalte videre om barnets trivsel og vansker i barnehagen, i tillegg til hvilke tiltak barnehagen innførte eller ikke innførte. Dette ble sett i lys av hvilken forståelse foreldrene opplevde barnehagen hadde for diagnosen.

### 4.4.1 Trivsel versus vansker

I tre av de fire intervjuene (B, C og D) opplevde foreldrene at barnet hadde god trivsel i barnehagen, og at ting fungerte greit. I to av intervjuene (A og D) gir foreldrene uttrykk for at personalet i barnehagen ble overrasket da de fortalte om barnets atferd i hjemmet. Dette sammenfaller med Haarklau (2003) sin teori om at slike barn kan ha utviklet en sekundærpersonlighet der de har tilegnet seg en del forventet atferd gjennom relæring. I intervju B hadde barnehagen fått informasjon om at barnet kunne reagere annerledes enn jevnaldrende før barnehagestart. I intervju D forteller foreldrene at barnet trivdes svært godt, og at han gjerne kunne ha gått der lenger, mens foreldrene i intervju C opplevde at barnet var klart for noe annet. Barnet i intervju D har ikke endret seg i tiden han har gått i barnehagen. Foreldrene i intervju C opplevde at barnehagen hadde en gunstig påvirkning på barnet fordi hun ble bedre på de sosiale spillereglene og fordi hun opplevde at det gikk greit ikke å alltid være midtpunktet.



---

Foreldrene i intervju C forteller også om at uforutsette hendelser får store konsekvenser. Barnet utviser et behov for gjentatte bekræftelser på hvem som skal hente det i barnehagen. Far forteller at det går greit at han henter, hvis det er nøye avtalt. Skjer det noe uforutsett som gjør at far må hente i stedet for mor, ”holder” barnet seg til det kommer hjem, så tar hun det ut og er sint og fæl. Dette samsvarer med Haarklaus (2003) teori om at primærpersonligheten ofte kommer til uttrykk når barnet er alene med sine foreldre. Vi kan tenke oss at barnet opplever et forstyrret forhold mellom avhengighet og uavhengighet slik Cali og Dalen (1997) beskriver at tilknytningsskadede barn ofte opplever. I ett av intervjuene (A) har mor hatt en annen og mer negativ erfaring med barnets trivsel i barnehagen. Hun opplevde å få hjem et barn som var svært frustrert, noe som viste seg i økt aggressivitet. Dette mener mor hadde sammenheng med det hun opplevde som barnehagens dårlige håndtering av barnets problematikk. Barnet opplevde mye kaos og usikkerhet i denne tiden mener mor. En av beskrivelsene som finnes i de diagnostiske retningslinjene (WHO 1999), forteller at dårlig sosialt samspill og aggresjon mot seg selv og andre er typisk for barn med reaktive tilknytningsvansker. Mor i intervju A forteller samtidig:

*”Barnet skulle nok aldri ha vært i barnehagen, men det visste ikke vi da. Vi ser jo en masse ting vi skulle gjort annerledes i ettertid”*

Mor er også bevisst på at hun ikke må bruke for mye energi til å tenke på dette nå, det blir for tungt. Hun forteller at tiden for barnet i barnehagen gjorde noe med henne som voksen; hun fikk en annen og lavere frustrasjonsnivå. Dette mener hun (A) har hjulpet henne å få ting gjort senere i forhold overgangen til skolen.

I to av intervjuene (C og D) har foreldrene opplevd at barnet har hatt få eller ingen vansker i barnehagen. I ett av disse intervjuene (D) fikk foreldrene tilbakemelding på at barnet kunne ta over med hjelpsomheten slik at andre ikke slapp til, men ellers at barnet hadde mange å leke med og at han var hyggelig mot de voksne. Dette sammenfaller med det tydelige mønsteret som har preget barnet i forhold til om han er hjemme eller ute. Haarklaus (2003) skiller som nevnt mellom primær- og sekundærpersonligheten barnet utvikler, og i hvilke situasjoner det viser de ulike

---

personlighetene. Barnet kan oppføre seg eksemplarisk i samvær med andre. I det andre intervjuet (C) opplevde foreldrene også at barnet trivdes bra i barnehagen. Hun hadde noen å leke med og knyttet seg til noen av de voksne. Vanskene hennes blir i likhet med intervju D, opplevd i hjemmet.

*”Barnet har jo ikke noen problemer sånn sett. Barnet har gitt beskjed om at han aldri skal være snill hjemme så lenge han lever, men at han skal være det ute.”*  
(far i intervju D)

Tilbakemeldinger fra barnehagen har gått på at barnet (C) har hatt noen vansker med å sitte stille i samlingsstund. I følge Carli og Dalen (1997) kan slike barn ha vansker med å tolke forventningene voksenpersoner har til dem. I tillegg er de også opptatt av egne behov framfor å tilpasse seg andre.

I to av intervjuene (A og B) har foreldrene opplevd at barna har hatt utstrakte *vansker* i barnehagen. I ett av intervjuene (A) opplevde mor at barnet hennes fikk herske i barnehagen. Barnet fikk bestemme over så vel personalet som de andre barna, til dels uten at mor fikk informasjon om det:

*”Han lagde texas, sprang oppå bordet, nektet å sette seg ned og ødela for alle de andre. Og dette fikk han altså lov til å gjøre.”* (mor A)

Her kan man tenke seg at balansen mellom avhengighet og uavhengighet og vansker med å tilpasse seg normer og regler gjelder slik Carli og Dalen (1997) beskriver det. En kan også tenke seg at barnet fra tidligere år har blitt tvunget til å utvikle atferdsmodeller som har passet til miljøets evne til å ivareta det (Zeanah 1993).

I det andre av disse intervjuene (B) opplevde mor at barnet lekte greit med venninner, men at hun hadde store vansker med å forholde seg til gutter. Hun løp ofte rett inn i leken og ønsket å få oppmerksomhet, og guttene ble irriterte og hardføre med henne. Dette mønsteret ble gjentatt over flere år. Her ser en at de motstridende sosiale reaksjonene kan utspille seg i flere settinger, både innad i barnet selv og ut mot omgivelsene (jmf WHO 1999). Barnet ønsker kontakt med guttene, men hun oppsøker det på en måte som fører til at kontakten blir lite hyggelig. Det tok år før hun med god hjelp fra barnehagepersonalet og foreldrene relærte hvordan hun kunne ta kontakt slik

---

at det ikke førte til negative konsekvenser. Mor opplevde også at barnet hadde store vansker med å sitte stille under måltid og i samlingsstund. En kan tenke seg at dette kan henge sammen med at barnet opplever vansker med å kjenne på sine egne, indre behov, som for eksempel sult (Cali og Dalen 1997). Dette fører til at barnet vil være lett distraherbart og prioriterer å være med på andre ting som fortøner seg spennende.

#### 4.4.2 Tiltak og forståelse av diagnosen

I halvparten av de fire intervjuene (C og D), opplevde foreldrene at barnet ikke hadde tiltak i barnehagen, og at dette fungerte tilfredsstillende. I det ene intervjuet (D) holdt mor med vilje tilbake informasjon om barnet som oppførte seg eksemplarisk ute, og lite pent hjemme. Mor (D) ønsket ikke at barnehagen skulle bli forutinntatt. På dette tidspunktet hadde mor heller ikke noen diagnose å feste barnets spesielle atferd på. I det andre av disse intervjuene (C) var barnehagen informert, men kjente ikke igjen beskrivelsen av barnet. Begge disse barna kan sees på i lys av rammen av sekundær og primærpersonlighet (Haarklau 2003). Barna kan i henhold til Carli og Dalen (1997) ofte reagere med å avvise sine omsorgspersoner for å beskytte seg selv. Slik avvising kan skje gjennom for eksempel gjennom at barnet oppfører seg provoserende, utagerende eller dominerende overfor primæromsorgstager. Forutsigbarhet blir beskrevet av far (C) som det eneste og viktigste tiltaket i barnehagen. Dette var en type forutsigbarhet som ble utført av barnehagen på lik linje for alle barna, og var således ikke et spesielt tiltak utarbeidet for dette barnet.

*”Det eneste som var vanskelig der og som er vanskelig på skolen nå, er litt uro. Barnet klarer ikke å sitte stille i samling og har vanskelig for å vente på tur”*  
(mor i intervju C)

I de resterende to intervjuene (A og B) forteller foreldrene at det ble satt inn tiltak av ulike varianter. I det ene intervjuet (A) beskriver mor at hun ikke godtok barnehagens strategi med å la være å sette inn tiltak på tross av at barnet hadde tatt over kommandoen i barnehagen. Barnehagen forsøkte da en rekke tiltak, men fikk ingen til å fungere. Særlig et av tiltakene med en assistent som fulgte barnet over alt og som var skarp og sint, forverret situasjonen ytterligere, forteller mor. Det siste tiltaket som ble

---

prøvd var at mor skulle komme fra arbeid for å roe barnet hver gang noe oppstod. Dette var et tiltak som ikke var holdbart over tid. Mor (A) opplevde at det var vanskelig å få barnehagen til å henvise til andre instanser eller til å søke faglig kompetanse der de selv, i følge mor, helt tydelig manglet det:

*”Jeg prøvde jo å få noe, spurte om det var mulig å henvende seg noe sted for å få hjelp, men de gjorde altså ingenting”.*

I det andre av disse intervjuene (B) forteller mor at et tiltak var at det satt en voksen ved siden av barnet til alle måltider, og at det ble arbeidet bevisst i samlingsstunden på å øve barnet i å sitte stille lengre og lengre. Barnehagen arbeidet også med at barnet skulle lære å forholde seg mer naturlig til gutter. Disse tiltakene mener mor har ført til en positiv utvikling hos barnet, som det ble bygget videre på i skolen. Det viktigste tiltaket for barnet i intervjuet (B), var kontinuerlig oppfølging, og god og fyldig informasjon til foresatte om hvorledes hver dag hadde artet seg. Det viktigste for mor (B) var at barnehagen levde med dem i prosessen.

*”Vi ble veldig glad i de som jobbet der og de levde så med oss”*

Mor (B) forteller også at barnehagen hele tiden måtte arbeide i en balansegang; barnet var veldig sårbar på den ene siden, for eksempel hvis noen lo på feil sted, og veldig uredd for kjeft på den andre siden. Tilstanden er ifølge WHO (1999) ofte forbundet med følelsesmessige forstyrrelser som er påvirkelige av miljøet. Her kan en tenke seg at barnet har en iboende, overdreven vaksomhet i forhold til signaler som leder tankene inn på at hun ikke er god nok (Bowlby 1973) samtidig som hun er for egosentrisk til å gripe sosiale koder som skyldfølelse og hensyn (Bunkholdt 1999). Personalet i barnehagen hadde tenkt at barnet burde utsette skolestarten, men ikke turt å si noe til foresatte fordi disse fikk veiledning av psykolog. Da psykologen tilfeldigvis fikk vite at barnet skulle starte på skolen, frarådet han dette. Målet med utsatt skolestart var å øke barnets muligheter til mental modning. Avgjørelsen ble tatt veldig seint på året og mor forteller at dette hadde stor påvirkning på barnet. Tidspunktet for denne avgjørelsen blir trukket fram som noe som burde vært gjort annerledes.

---

I to av intervjuene (C og D) opplevde foreldrene at barnehagen stilte seg forundret til diagnosen. Dette er også de to barna som har vist minst vansker i barnehagen, og som mønster tar symptomene i forhold til aggresjon ut hjemme. Foreldrene i disse to intervjuene har opplevd at barnehagen tror dem, men at de nesten ikke kan tro det likevel.

*”Barnehagen har ikke trodd på det, altså de har nok trodd oss, men de har ikke skjønt, de har ikke sett, ingen ser det jo andre enn oss”* (far i intervju D)

Foreldrene i intervju D er enige om at det nesten ikke er mulig for dem som ikke selv har opplevd barnet i hjemmesituasjon å forestille seg hvordan diagnosen utarter seg. Andre opplever et hyggelig og blidt barn utad til en hver tid. Dette kan sees i sammenheng med Haarklau (2003) som skriver at enkelte tilknytningsskadede barn kan drive sine foreldre til vanvidd.

#### **4.4.3 Oversikt over funn i barnehagen**

I samtlige intervjuer gav informantene uttrykk for at de ville ha handlet annerledes om de hadde hatt den samme kunnskapen om tilknytningstvansker som de har i dag. Flertallet ville også ha handlet annerledes i forhold til tidspunktet for barnets barnehagestart om de hadde hatt en annen økonomisk mulighet den gangen de overtok den daglige omsorgen for barnet.

I halvparten av intervjuene (B og C) beskriver foreldrene at barnehagen har hatt en gunstig og avgjørende innvikning på barnet. I intervju B på den måten at barnet ble bedre til å ta naturlig kontakt med gutter, og klarte lengre økter med stillesitting både ved bordet og i samlingsstund. For barn C på den måten at hun lærte flere sosiale spilleregler, og fikk positive opplevelser til tross for at hun ikke selv var midtpunktet. I intervju A beskriver mor at barnehagetiden hadde en svært negativ innvirkning på barnet fordi han opplevde mye kaos og utrygghet på daglig basis. I intervju D beskriver foreldrene at barnehagetiden ikke har endret barnet på noen måte. Vanskene han viser i hjemmesituasjon er de samme, og atferden hans ute er den samme.

I tre av intervjuene (B, C og D) hadde foreldrene opplevelser av at barnet deres trivdes

i barnehagen, og i ett av intervjuene (A) hadde mor opplevelsen av at barnet i sterk grad mistriivdes. I halvparten av intervjuene (C og D) har foreldrene opplevd at barna har få eller ingen vansker i barnehagesituasjonen, og i den andre halvparten (A og B) har foreldrene opplevd at barna har vist noe mer utstrakte vansker. Disse vanskene går på det sosiale; henholdsvis det å herske over voksne og barn, og det å avbryte andres lek uten tanke på konsekvenser. I halvparten av intervjuene (C og D) har barna ikke hatt spesielle tiltak eller tilrettelegginger i barnehagen, og foreldrene opplever at dette har fungert greit. I den andre halvparten av intervjuene (A og B), har barnehagepersonalet arbeidet aktivt med tiltak i forhold til det sosiale. Dette har gitt effekt for det ene barnet, mens for det andre barnet har tiltakene vært mislykkede, og til og med ført til forverring av symptomene.

I tre av de fire intervjuene (B, C og D) har foreldrene opplevd stor velvilje hos barnehagepersonalet i forhold til å sette seg inn i hva diagnosen innebærer. Mor i intervju B forteller at personalet gikk på et kurs som omhandlet diagnosen, og opplevde at dette hadde en svært bevisstgjørende effekt. I ett av intervjuene (A), var barnet udiagnostisert mens det gikk i barnehagen. Mor opplevde at barnehagepersonalet ikke var interessert i å forstå problematikken barnet slet med, de var heller ikke interessert i å søke etter faglig kompetanse for å forstå problematikken bedre, mener mor (A).

## 4.5 Informantenes opplevelser av overgangen til skolen

Det å skulle starte på skolen i nye og ofte ukjente omgivelser, med nye voksenpersoner og ofte mange nye barn å forholde seg til, vil oppleves som en overgang for alle barn. For barn med tilknytningskade vil en slik stor endring ofte være en faktor som trigger vanskene og gjør dem større, selv om det finnes individuelle forskjeller hos diagnosebarn som hos andre barn. En kan tenke seg at de atferdssystemene som barna har utviklet som en følge av relæring de har bygget sin sekundærpersonlighet på (Haarklau 2003), blir forstyrret slik at tilknytningsatferd utløses (Bowlby 2000). Tilknytningsatferd kan være at barna søker mye bekreftelse, klamrer seg mye til sine

---

foreldre eller viser utrygg atferd hjemme i form av aggresjon. Hvordan foreldrene opplevde overgangen fra barnhage til skole varierte.

#### 4.5.1 Beskrivelse av overgangen og påvirkning på familien

I tre av de fire intervjuene (A, B og C) beskrives overgangen som en prosess som påvirket barna negativt i ulike grader. Overgangen blir beskrevet som fortvilende (A), som en overgang *fra det trygge til det utrygge* (B og C) og som en tøff og voldsom prosess. Mor (A) hadde en opplevelse av å føle seg fanget i at alle barn må begynne på skolen. Hun skrev et langt brev til skolen og forberedte dem på at det var nødvendig å sette inn tiltak dersom barnet skulle fungere i skolesituasjon. Hun fikk aldri svar på brevet og beskriver effekten av å ha sendt det slik:

*”Skolen gjorde altså ikke en prikk. Vi kunne like godt ha stått og ropt ute i skogen. De undersøkte ingenting, de tok ikke kontakt med oss og ingenting var tilrettelagt”*

Mor (A) forteller at det ble tross fra første dag på skolen. Barnet var klar for å lære, men alle rammene rundt ble feil. Overgangen ble svært krevende for familien, og de voksne følte seg tappet for krefter. Mor (A) er overrasket over at barnet nå til sist har funnet seg til rette på skolen når overgangen var såpass tøff. Hun beskriver det slik:

*”Slutten på barnehagen var fæl, overgangen til skolen og skolestarten var fæl”*

Foreldrene i intervju C forteller at det har betydd mye å vite om diagnosen før skolestart. Da kunne de forberede seg slik at de satt alt annet hjemme til side i denne tiden. Mor brukte all tiden hun hadde på barnet fra det kom hjem til det skulle legge seg. Likevel ble overgangen tøff forteller foreldrene. Far (C) beskriver hvorledes han ser for seg situasjonen dersom diagnosen ikke hadde vært kjent før skolestart:

*”Det ville vært krise rett og slett”.*

Mor i intervju B forteller at de var forferdelig redde og usikre i forhold til å utsette skolestarten til barnet. Spørsmålet rundt om barnet skulle ha utsatt skolestart eller ikke, ble tilfeldig oppdaget og tatt opp av psykologen de hadde kontakt med. Målet med

---

utsatt skolestart var å øke barnets muligheter til mental modning før skolestart. I følge WHO (1999) vil tilknytningsvansker ofte kjennetegnes av vedvarende avvikende sosiale relasjonsmønstre. Claesson og Idorn (2005) gir også uttrykk for at barn som har opplevd omsorgssvikt ofte vil være forsinkede i sin mentale utvikling. En kan tenke seg at disse barna ofte vil ha behov for en utvidet modningstid forut for skolestart. Mor (B) forteller at de var redde for at barnet som trodde det skulle starte på skolen, skulle bli skuffet. I tillegg tok biologisk familie til barnet sterk avstand fra utsatt skolestart. Mor beskriver overgangen slik:

*”Vi fikk jo en ekstra lang overgang da, for vi fikk et ekstra år, men det ble det året med holdetid hvor barnet fikk være hjemme”*

Dette året beskriver mor (B) som ganske hardt for henne selv. Psykologen anbefalte at barnet skulle få være hjemme når det selv ønsket. Mor fikk dermed ingen tid for seg selv. Det var enten jobb eller barnet hele tiden. I tillegg har familien vært i en sorgprosess med hensyn til å akseptere konsekvensene av relasjonsskaden hos barnet, og innse at det faglige faktisk ikke er det viktigste. De har vektlagt å skape gode situasjoner med mulighet for tilknytning, i stedet for å fokusere på lekser og fag, og dette har preget overgangsåret. Mor mener det ville ha vært katastrofe for barnet å starte et år tidligere på skolen, og sier samtidig at både familien og barnet har trengt et helt år i overgangsmodus:

*”Overgangen har vært en voldsom prosess for oss som familie, men til det bedre.”* (Mor i intervju B)

I flere intervjuer (A, B og C) ble den første uka på skolen opplevd som tøffest. I ett av intervjuene (D) opplevde foreldrene at overgangen gikk uten større problemer, men samtidig beskriver de usikkerhet i forhold til hva barnet egentlig føler inne i seg. Dette strever de med å få tilgang til i mange sammenhenger, og i de fleste situasjoner skjuler barnet egne følelser godt. Dette sammenfaller med Ainsworth (1963) som peker på at mennesker som ikke får oppleve en normal tilknytning i det første leveåret, vil ha store vansker med å utvikle nære forhold senere i livet. Barn med utilfredsstillende, tidlig tilknytning kan ifølge Carli og Dalen (1997) også være lite oppmerksomme på egne,



indre behov. Dette kan en tenke seg kan inkludere behovet om å meddele følelser og opplevelser av sorg, glede og skuffelser.

Samtlige foreldre gav uttrykk for at overgangen i noen grad har påvirket familien i negativ retning. I to av intervjuene (A og C) fortelles det om barn som kom hjem og var svært frustrerte. Det blir også beskrevet at familien følte avmakt og at overgangen gikk utover arbeidsforhold. I to av intervjuene (B og C) forteller foreldrene at selv om diagnosen var kjent, ble overgangen mer krevende enn forventet. I to av intervjuene (A og D) legges det vekt på at familien ble sliten av å måtte ringe rundt til ulike instanser og vente på svar eller ikke få svar.

#### **4.5.2 Overgangsmøter**

I tre av intervjuene (A, C og D) har det ikke vært et overgangsmøte mellom foreldre, skole, barnehage og instansen som har gitt diagnosen eller PPT som skal vurdere i hvilken grad barnet har behov for særlige tilrettelegginger i opplærings situasjonen. I det ene intervjuet (A) var ikke diagnosen kjent ved overgangen, men dette var et barn med en svært problematisk barnehagebakgrunn og en mor som søkte hjelp. Mor (A) beskriver at vendepunktet var et møte med skolen, BUP og henne selv i etterkant av at barnet hadde fått diagnosen (et godt stykke ut i skoleåret). Skolen hadde vanskelig for å være løsningsorienterte på dette møtet, og var mest opptatt av å beskrive vanskene. BUP fikk snudd møtet og stilte krav til hvordan skolehverdagen måtte være for barnet. Da diagnosen var ferdigutredet og møtet unnagjort, opplevde mor at familien mistet den knaggen som BUP hadde vært. Det var heller ikke møte mellom barnehagen og skolen i overgangen, forteller mor (A).

I tre av intervjuene (A, C og D), tok foreldrene selv initiativ til kontakt med skolen gjennom henholdsvis samtale med rektor i tillegg til brev (A), utfylling av skjema (C) og samtale med lærer (D). 2 av disse familiene (A og C) gir uttrykk for at dette hadde liten eller ingen effekt, og den tredje (D) gav uttrykk for at lærer var interessert og ønsket å tilrettelegge, men at skolens ledelse ikke var interessert, og heller ikke hadde fått nødvendige papirer. Foreldrene i intervju C opplevde at barnet kom hjem fra

---

skolen den første uka og sa at det aldri mer ville gå på skolen. Barnet kunne være glad og grei på skolen den første tiden, og eksplosjonene kom hjemme. Dette kan sees i relasjon til Haarklau (2003) sin beskrivelse av at barns primærpersonlighet viser seg i hjemmet, mens barnets sekundærpersonlighet som kan gi inntrykk av å være veltilpasset, viser seg på arenaer utenfor hjemmet. Barnet kom i gruppe med to kjente fra barnehagen. Far (C) beskriver overgangen som en tid med store endringer. Mor (C) forteller slik:

*”Jeg tenkte at når hun begynte der, ikke kjente hun læreren, ikke kjente hun nesten elevene, ikke kjente hun omgivelsene, ikke kjente hun rutinene. Det er tøft da for en som er slik som egentlig vil at alt skal være slik som i går, og i går skal være slik som i går.”*

Foreldrene (C) hadde fylt ut et skjema på førskoledagene hvor de skrev om diagnosen og viktigheten av forutsigbarhet, men da de kom på foreldresamtale viste det seg at læreren ikke hadde lest dette skjemaet. Læreren var også ukjent med diagnosen, og mor forteller at læreren ikke riktig visste hvilke spørsmål hun skulle stille.

I to av intervjuene (A og D) gir foreldrene uttrykk for at de skulle ønske at skolen kunne vektlegge det forebyggende perspektivet framfor det reparerende. Foreldrene i intervju D har opplevd lærernes forståelse av barnets diagnose som veldig bra. Lærerne hadde vært på kurs om diagnosen rett før skolestart, og dette opplevde foreldrene som en stor fordel. Foreldrene er enige om at lærerne har vært kjempeflinke, men at en ikke får mye forståelse dersom en går til ledelsen på skolen. Hos ledelsen er fokuset kun på økonomi, mener far. Mor (D) sier det slik:

*”Barna blir borte i pengesekken”.*

Far (D) bekrefter dette og opplever at rektor kun er budsjettansvarlig, mens utdanning og hensynet til barnet blir helt borte. I overgangsfasen var ingen instanser inne i bildet. Foreldrene forholdt seg til hvordan vanskene til barnet hadde utartet seg i barnehagen, og der var de ganske lite synlige, eksplosjonene har alltid kommet hjemme. Ifølge WHO's diagnostiske retningslinjer (1999), er barn med tilknytningsvansker ofte preget av aggresjon mot seg selv og andre. I henhold til Carli og Dalen (1997), vil denne

---

aggresjonen ofte rette seg mot primæromsorgspersonene som en del av barnets beskyttelse av seg selv. Far (D) mener derfor at skolen uansett ikke ville ha satt inn assistent fordi skolen ikke har tradisjon for å tenke forebygging.

Kun i ett av intervjuene (B) har det vært et overgangsmøte, og dette ble initiert av psykologen som arbeidet på oppdrag fra barnevernet. Mor (B) opplevde at holdningen på møtet mye var slik at ”psykologen ordner det”, og at både skolen og PPT tenker at barnet er vel ivaretatt. Likevel hadde mor en svært positiv opplevelse av møtet og beskriver det slik:

*”Det møtet var gull verdt! Det skulle jeg ønske alle kunne ha som hadde relasjonsskadede barn.”*

Mor (B) er foreløpig avventende i forhold til hvordan skolen vil håndtere diagnosen. Hun opplever at læreren viser interesse og omsorg for barnet, men samtidig at de blir holdt litt på avstand når de kommer med meddelelser.

I alle intervjuene opplevde foreldrene at noen ting kunne vært gjort annerledes for at overgangen mellom skole og barnehage skulle fungert bedre. I intervju B, dreier dette seg om at avgjørelsen om å utsette skolestart for barnet ble tatt veldig sent på året, slik at de fikk mindre tid til å forberede biologisk familie og barnet som hadde forberedt seg på skolestart måtte gjennom en skuffelse. I intervju A, C og D dreide det seg om at det burde ha vært gjennomført overgangsmøter på forhånd og i god tid før skolestart, slik at skolene ble informert og ansvarliggjort for eventuell tilrettelegging.

### **4.5.3 Oversikt over funn fra overgangen**

I tre av de fire intervjuene (A, B og C) blir overgangen beskrevet som en prosess med negativ innvirkning på barna. I ett av intervjuene (D) blir overgangen opplevd å ha liten eller ingen påvirkning på barnet. Samtlige intervjuer gav uttrykk for at overgangen hadde hatt en negativ påvirkning på familien. Bare en av familiene (B) har hatt et overgangsmøte med skole, barnehage og fagpersoner med kunnskaper om diagnosen. Dette ble initiert av psykologen som arbeidet på oppdrag for barnevernet, de resterende familiene har selv tatt initiativ til å informere skolen. I de samme

intervjuene som ikke har opplevd overgangsmøte, kom det fram at skolen ikke er interessert i å arbeide forebyggende, kun reparerende. Det blir uttrykt frustrasjon over dette.

## 4.6 Informantenes opplevelser av skolen

### 4.6.1 Trivsel og tiltak

I alle de fire intervjuene, opplever foreldrene at barna trives greit og at opplærings situasjonen er tilfredsstillende nå eller sist de gikk på skolen. De opplever at barna har funnet seg til rette i gruppene sine, og at de opplever læring. I to av intervjuene (A og D) opplever foreldrene at barnet ønsker å gå på skolen, og sjelden eller aldri motsetter seg dette. Her kan en tenke seg at å gå på skolen er blitt en del av den daglige rutinen og det mønsteret barna opplever som en del av sin nye hverdag som de igjen forbinder med trygghet. De kan ha internalisert dette mønsteret som en del av sine nye arbeidsmodeller som således er blitt endret og utvidet (Bowlby 2000). I to av intervjuene (B og C) beskriver foreldrene at barna av og til eller ofte motsetter seg å gå på skolen om morgenen. I intervju B trygler barnet ofte mor om å bli hjemme, men foreldrene er usikre på om dette er et reelt ønske, eller om barnet har behov for å kjenne på savnet til mamma. I intervju C motsetter barnet seg hvis noe uforutsett har oppstått. En kan tenke seg at arbeidsmodellen som er internalisert ikke blir aktivert hvis det oppstår uforutsette hendelser, og at barnet da går tilbake til sin grunnholdning som er preget av tilbaketrening og mistenksomhet (Erikson 1980). Når balanseforholdet mellom avhengighet og uavhengighet blir forstyrret, vil dette kunne utløse reaksjoner som klenging og behov for bekreftelse for de situasjonene som inneholder atskillelse (Carli og Dalen 1997). Likevel har alle foreldrene i de fire intervjuene en opplevelse av at barna deres har det bra på skolen, ønsker å gå dit, og at de drar nytte av undervisningen de mottar.

Når foreldrene skulle beskrive barnas trivsel på skolen, hang dette til en viss grad sammen med hvilke tilrettelegginger og tiltak som var satt inn og hvordan disse fungerte. I tre av intervjuene (B, C og D) var det gjort forholdsvis små tilrettelegginger

i skolehverdagen, som til dels fungerte greit. Foreldrene trakk fram det kontinuerlige hensynet læreren kunne ta til deres barn fordi diagnosen var kjent. Dette omhandlet hvor barnet var plassert i klasserommet, forutsigbarhet og at barnet befant seg i en kjent gruppe til enhver tid. Dette sammenfaller med at disse barna har et stort behov for rutiner og forutsigbarhet, slik at deres relærte arbeidsmodeller får fungere via sekundærpersonligheten (Bowlby 2000 og Haarklau 2003). I to av intervjuene (B og C) ble vikarsituasjonen trukket spesielt fram. I intervju B opplevde foreldrene stor forskjell på når det plutselig kom vikarer inn i bildet og ikke. Små ting som ikke gikk etter rutine ble store og kunne plage barnet hele dagen. Mor i intervju B sier det slik:

*”Så går barnet kanskje og føler seg mislykket og lei seg hele dagen, så om kvelden på mamma’s fang så kommer det. Heldigvis kommer det, men da er det med tårer i øynene og gråt i stemmen. Så jeg skjønner hva psykologen mener med at disse barna tåler egentlig ikke vikar.”*

I intervju C opplevde foreldrene at vikarsituasjonen fungerte bra, og forklarte dette med at den var grundig forberedt. I to av intervjuene (B og C) stiller foreldrene seg avventende til hvilke tiltak skolen vil sette inn. I ett av intervjuene (A), hadde barnet egne spesiallærere og assistenter som var faste. Alle stressmomenter var luket bort og det ble en del en-til-en undervisning. Skolen benyttet omvendt integrering i tilretteleggingen for barnet. Dette vil si at de andre elevene bytter på å komme til grupperommet til gutten for å blant annet delta på dataundervisning. Mor forteller at veien til disse tiltakene har vært vanskelig. Skolen har fokusert mye på at andre elever mister sine tilbud hvis hennes barn opptar mange av de ekstra ressursene. Mor (A) forteller at hun selv måtte ta kontakt med PPT og en uavhengig psykolog. Det var denne psykologen som videresendte dem til BUP. På møtet mellom skolen, BUP og mor, var det BUP som regisserte hvordan skolehverdagen nå er for gutten. BUP var ikke interessert i å høre om skolens ressursvansker. Dette opplevde mor som en lettelse. Gutten ble nesten framstilt som en gutt uten framtidshåp. Ifølge blant annet Bowlby (1973) vil barn som er tilknytningsskadde i en slik grad at de har fått diagnose, ha store vanskeligheter med å utvikle nære bånd til andre mennesker og vil ofte utvikle et konfliktfylt forhold til andre barn. I tillegg vil de ofte få vanskelig med å lære av

egne erfaringer. Dette møtet som skjedde godt ut i det første skoleåret, opplevde foresatte som svært tøft, men mor (A) beskriver det likevel som en positiv opplevelse:

*”Det var det skolen trengte. Så det var tøffe saker, men det hadde sin virkning”*

Videre forteller mor (A):

*”Du må rett og slett være ufin i mange sammenhenger, og det synes jeg er forferdelig altså. Jeg måtte si at jeg bryr meg ikke om hvor du tar disse pengene fra, eller hvordan du skaffer dem til veie, men jeg forventer at dette blir gjort for mitt barn.”*

#### **4.6.2 Vansker og forståelsen av diagnosen**

I tre av de fire intervjuene (B, C og D) opplever foreldrene at barna har vansker med urolighet, og at denne byrden i stor grad ligger på den ene læreren som er til stede i klasserommet. Disse foreldrene opplever at uroligheten er et slags vedheng til barnet, som gir seg til kjenne når det skal sitte stille gjennom en hel skoledag. Claesson og Idorn (2005) trekker fram at de fleste adoptiv- og fosterbarn er blandingsskadd, slik at man kan se en del blandingstilstander mellom tidlig frustrerte barn og ADHD. Dette kan en blant annet tenke seg vil påvirke disse barna slik at de vil være mer vaksomme og lettere distraherbare enn barn som ikke er tilknytningsskadd. Cassidy (1994, gjengitt i Smith 2002, s 25) peker også på at barn med utrygg tilknytning vil ha vanskeligere for å regulere egne emosjoner og impulser, noe som en kan tenke seg fører til større urolighet enn hos andre barn. Foreldrene i intervju D gir uttrykk for at de har oppfattet at læreren har behov for mer hjelp. I et av intervjuene (C) er uroligheten også i særlig grad forbundet med situasjoner som oppfattes som kaotiske og uryddige, slik som samlingsstunden med over 40 barn. I ett av intervjuene (A) opplever mor at denne problematikken ble svært redusert da skolen satte i gang tiltakene for barnet. Mor (A) forteller også at hun har måttet ta barnet ut av SFO fordi dette ble et sted med for mange mennesker og for mange uforutsette hendelser. Hun beskriver at dette har laget en del vansker i jobbsituasjonen hennes:

---

*”Det ble jo skikkelig bardulje rett og slett. Det ble kaos. Jeg var jo ikke syk, så jeg fikk ikke noe sykmelding. Så det endte etter mye om og men med at jeg skulle ta ut sykmeldingsdager for sykt barn når jeg gikk hjem.”*

Etter hvert opplevde mor i intervju A at dette fikk så store konsekvenser for hennes arbeidssituasjon at det ble en merbelastning. I to av intervjuene (C og D), oppleves leksene som ugreie i en slik grad at de vanskeliggjør hverdagen. Dette vil både være en pålagt aktivitet og den vil pålegges av de omsorgspersonene barnet viser motstand mot. Ifølge Carli og Dalen (1997) vil et barn som er tilknytningsskadd ha behov for omsorg, men vil finne dette både tiltrekkende og frastøtende på samme tid. Dette kan føre til at barnet avviser omsorgspersonene for egen beskyttelse eller oppføre seg provoserende og utagerende. Mor i intervju D forteller det slik:

*”For det med leksene knekker jo alt hjemme egentlig. Det blir veldig stygt, og det blir nesten så du klarer ikke mer den kvelden, for det kan jo gå timer. Sånn har det vært fra dag en.”*

I tillegg kommer problematikken om at barnet legger fra seg ting med vilje, både klær og bøker som han trenger hjemme.

I to av intervjuene (A og D), opplever foreldrene at *forståelsen for deres barns diagnose* har vært veldig god hos lærerne som er mest i kontakt med barnet. I ett av intervjuene (D) påpeker foreldrene at forståelsen har vært god hos lærerne, men ikke hos ledelsen på skolen. Ledelsen har gitt lovnader om assistent flere ganger uten at dette har blitt gjennomført. I ett av intervjuene (A) opplever mor at forståelsen for diagnosen har kommet etter en lang kamp. Når BUP tok fatt og var med på møtet med skolen, løsnet forståelsen. I de to andre intervjuene (B og C) er foreldrene noe mer usikre på hvordan forståelsen av diagnosen er hos lærerne. I ett av intervjuene (B) opplever mor at læreren er mottagelig, men bare til en viss grad. Læreren holder dem noe på avstand, men viser likevel en del forståelse for diagnosen. I ett av intervjuene (C) opplever foreldrene at læreren ikke vet noe om diagnosen, til tross for at foreldrene informerte skriftlig om den før skolestart. Foreldrene opplever heller ikke at læreren er mer enn middels interessert i mer kunnskap om dette. Dette oppleves å ha sammenheng med at det vises lite symptomer på skolen.

### 4.6.3 Oversikt over funn fra skolen

Alle foreldrene i de fire intervjuene opplever at barna deres har det bra på skolen. Barna ønsker å gå dit, og at de drar nytte av undervisningen de mottar. I ett av intervjuene (D) opplever man at ledelsen på skolen ikke har framskaffet den assistenten de har lovet. I flere intervjuer har man gitt uttrykk for at skolen bør arbeide mer forebyggende enn reparerende. I tre av intervjuene (B, C og D) har skolen tilrettelagt uten å benytte annet enn det som allerede finnes av ressurser i klasserommet, mens i bare ett av intervjuene (A), har mor opplevd at skolen har satt inn ekstra tiltak som går utover det som vanligvis tilbys elever under tilpasset opplæring. I de samme tre intervjuene har barnet hatt vansker i skolen i form av urolighet, mens i intervju A har mor opplevd at denne problematikken er blitt imøtekommet gjennom spesialundervisning, og derfor ikke lenger sees på som en vanske som er til hinder for innlæringen til gutten.

I tre av intervjuene (A, B og C) oppleves det at brudd på rutiner i skolehverdagen framprovoserer vanskene hos barnet. I to av intervjuene (A og D) har foreldrene opplevd en svært god forståelse og interesse hos lærerne rundt barnas diagnose, og i to av intervjuene (B og C), er foreldrene mer usikre og avventende i forhold til hvordan forståelsen av barnas diagnose vil utvikle seg.

## 4.7 Informantenes tanker om framtiden

For å få et mest mulig helhetlig inntrykk av hvilken livssituasjon informantene befinner seg i, ble deres tanker om framtiden for deres barn og for familien et viktig forskningsspørsmål. Det blir en naturlig del av den helhetlig forståelsesramme informantens historier bør sees i sammenheng med. Dette kapittelet vil dreie seg om hvilke tanker og håp informantene hadde om framtiden.

### 4.7.1 Optimisme, pessimisme og tenårene

I tre av de fire intervjuene (A, B og C) formidler foreldrene mild optimisme i forhold til sine barns framtid. Dette henger tydelig sammen med grad av opplevd bedring (jmf



4.3.1), og hvordan barnet har respondert på behandling og tiltak som familien har prøvd. Sorgen over ikke å vite nok om barnets fortid og hva det har vært utsatt for, er så sterk at den ofte griper inn i foreldrenes tanker om framtiden til barnet. Mor i intervju B gir uttrykk for at hun er veldig spent i forhold til barnets framtid. Det at familien har fått lite og motstridende informasjon om barnets liv før de overtok omsorgen, opplever mor som vanskelig. Dette gjør også at mors tanker om framtiden er veldig usikre og vanskelige. Det er mange gråsoner i barnets tilstand nå, som gjør at mor er bekymret for hvordan tenårene og den videre utviklingen vil bli:

*”Når jeg får sjanse til å slappe av, så kommer alltid tårene” (Mor B)*

Barnet er forvirret i forhold til voksne mennesker og usikker på om hun kan stole på dem eller ikke. Mor opplever at barnet har knyttet seg til henne, men at barnet fortsatt er svært utprøvende i forhold til omgivelsene. Mor (B) har et håp om at barnet vil klare å fullføre gymnaset, og kanskje en høyere utdanning. I forhold til familiens framtid er mor (B) optimist etter denne sommeren, i fjor var hun svært usikker på hvordan det skulle gå. Mor i intervju A forteller at håpet hennes er at barnet skal bli en voksen som er i stand til å ta vare på seg selv og forhåpentligvis noen andre i tillegg.

*”Når vi klare dette, er det ti stjerner i himmelen. Det er det vi drømmer om. Jeg håper det er innen rekevidde, men det er mer et håp enn realisme foreløpig.”*  
(Mor i intervju A)

Mor (A) ser for seg at så lenge skolen klarer å tilrettelegge for barnet, vil han kunne komme gjennom skoletiden på en grei måte. Hun forteller at hun ser lysere på framtiden for familien nå enn for et halvt år siden, og tusen ganger lysere enn for to år siden.

I ett av intervjuene (D) uttrykker mor sterk pessimisme, far uttrykker en mildere form for pessimisme og vektlegger at barnet fortsatt ønsker å bli akseptert ute, og derfor har en grei atferd utad. Dette er også det eneste av de fire intervjuene hvor foreldrene opplever at de ikke klarer å snu barnet. Barnet vil ikke knytte seg eller ta i mot det foreldrene gir. Barnet blir også beskrevet som et av de tyngste tilfellene i forhold til diagnosen. Mor (D) sier det slik:

*”Jeg ser ikke lyst på framtiden, jeg klarer ikke det”*

I to av intervjuene (C og D) forekommer det at far er mer optimistisk enn mor. I intervju C er begge foreldrene veldig spente på barnets framtid. Far er mer optimistisk og tror at barnet vil ha sitt å slite mer, men at hun er intelligent og at hun vil klare å leve med diagnosen. Mor (C) er mer avventende og vil se hvordan utviklingen blir framover i forhold til venner. Hun uttrykker også engstelse fordi barnet allerede nå er veldig utprøvende i forhold til egne grenser, både psykisk og fysisk. Barnet søker utfordringer hele tiden, og dette gjør mor bekymret for framtiden og i første rekke tenårene.

I samtlige intervjuer er foreldrene svært bekymret over tenårene som kommer. Det blir beskrevet av en mor (A) at hun velger å ikke tenke for mye på det, fordi det blir for tungt og slitasjen for stor. Det knytter seg mye spenning til årene som kommer og hvordan barnet vil utvikle seg mot puberteten og om det vil klare å holde på venner. Felles for alle familiene er også at de føler en viss trygghet så lenge barnet skal gå på skole, dette kan ha sammenheng med at alle opplever at dagens skolesituasjon fungerer bra (jmf 4.6). Alle familiene føler at de har påtatt seg et ansvar som overstiger det de hadde forventet og at barnets problematikk vil vedvare i noen grad gjennom hele livet. I ett av intervjuene (D) gir foreldrene uttrykk for at de regner med at familiens framtid blir uten barnet fordi barnet har gitt beskjed om at det vil reise fra dem den dagen det fyller 18 år.

## 4.8 Oppsummering og drøfting av hovedfunn

### **4.8.1 Å være i en overgang; ”fra det trygge til det utrygge”**

Funnene i henhold til hovedproblemstillingen dreier seg om overgangen fra barnehage til skole. Denne overgangen ble opplevd i alle intervjuene å ha påvirket familien på en negativ måte. For noen dreide dette seg om at barna som kom hjem med økt frustrasjon og aggressivitet over en lang periode. For andre dreide det seg om mye venting og tid brukt for å ta kontakt med ulike instanser. Opplevelsen av avmakt ble også beskrevet,

---

ofte i sammenheng med det å ikke få kontakt eller svar. I tre av intervjuene opplevde foresatte også at overgangen påvirket barnet negativt, mens i ett av intervjuene hadde overgangen liten eller ingen effekt på barnet som foreldrene kunne lese ut av barnets atferd. Dette var et barn som vanligvis skjuler sine følelser. Carli og Dalen (1997), peker på at barn med en utilfredsstillende tilknytning, vil ha vansker med å akseptere grenser og normer. Fordi de kan være lite oppmerksomme på egne, indre behov, kan de også ha vansker med forventet sosial atferd. En kan tenke seg at denne gruppen barn lever i en verden hvor relasjoner til andre mennesker, og særlig foreldrene, er problematiske. Dette vil hele tiden skape et misforhold for barnet mellom det grunnleggende det har lært å forvente og det som blir opplevd. Slike barn vil ofte søke å gjenskape det de har opplevd av mistillit for slik å gjenfinne balansen og få bekreftelse på at det de har lært stemmer. En kan lett tenke seg at å oppleve verden så turbulent og hele tiden streve med å opprette en slags likevekt, vil føre til at barnet er årvåkent (WHO 1999), aggressivt og mye sliten. Hvis barnet i tillegg står overfor en omfattende ytre endring som involverer bytte av både sted, mennesker og rutiner, vil dette være en merbelastning som øker usikkerhet og negative symptomer. I gitte tilfeller vil det trolig også minske barnets kapasitet i hjemmet fordi de vil måtte bruke mye energi på å være vaksomme og kontrollerende på ytre arenaer som skolen. Sett i lys av Haarklau (2003) sin teori om primær- og sekundærpersonlighet, ser man at barn som har kommet inn i en god fase med re-læring fordi de har kunnet forholde seg til de samme menneskene og rutinene hver dag over flere år, raskt vil falle tilbake til sin primærpersonlighet ved store, ytre endringer. I intervjumaterialet har det også kommet fram at tilbakefall kan spores etter små, for andre ubetydelige, endringer i rutiner. Dette kunne være at barnet ikke fikk fulgt opp avtaler fra dagen før om å være den første i køen til datamaskinen eller at det ikke fikk lov til å spise epler før brødkivene. Oftest var dette en følge av at det var en vikar inne. Flere av barna var også veldig årvåkne overfor hvem av foreldrene som skulle hente dem. Ble det et uventet bytte, kom det sterke reaksjoner fra barnet på dette. Sett på bakgrunn av dette, var det ikke overraskende at samtlige familier opplevde overgangen fra barnehage til skole som negativ. Likevel mener jeg at funnene har avdekket en del nyanser og perspektiver som

---

kan lette og bedre overgangen for denne gruppen. Disse vil jeg i de kommende avsnittene se nærmere på.

#### **4.8.2 Rutiner i de ulike instansene i overgangen**

Ut fra familienes opplevelser av selve overgangen, kan en tenke seg at disse kunne vært annerledes dersom diagnosen reaktive tilknytningsvansker hadde utløst lik informasjon og like rutiner i hjelpeinstanser som helsestasjoner, barnehager, skoler, PPT, BUP og HABU. En kan også tenke seg at utgangspunktet for de ulike familiene ville vært annerledes hvis man fra starten i en prosess i henhold til adopsjon eller ønske om å bli fosterforeldre, hadde fått utvidet informasjon om hvordan en burde forholde seg til barnas eventuelle relasjonsskade, og hvor en i så fall kunne få oppfølging og hjelp. En del av denne informasjonen burde kanskje ligge til helsestasjonen som tradisjonelt er småbarnsforeldres første møte med helsefaglig utdannet personale. Derfor vil jeg beskrive det som et svært overraskende funn at helsestasjoner gir samme råd til adoptivforeldre og biologiske foreldre. Kunnskapen om tilknytningsvansker hos helsestasjonen virker minimal ut fra det som er fortalt i disse intervjuene. I kjølvannet av dette funnet, ønsker jeg å reise spørsmål om hvilket ansvar instansen som har gitt diagnosen har i forhold informasjon, igangsetting av tiltak og oppfølging over tid, både når det gjelder familien og miljøet barnet befinner seg i.

Jeg vil beskrive det som et uventet funn at det ikke finnes noen tradisjon i barnehage eller andre instanser for å ta initiativ til *overgangsmøte* med skolen når en så omfattende diagnose er gitt. En kan spekulere i om dette kan ha sammenheng med at symptomene i en del tilfeller hovedsakelig sees i hjemmet og ikke på skolearenaen. Likevel kommer det fram at i det tilfellet der diagnosen ikke var gitt (A), men barnet hadde en svært problematisk barnehagebakgrunn, ble det heller ikke tatt initiativ til et overgangsmøte. Dette til tross for at mor skrev et bekymringsbrev til skolen i god tid før skolestart. Mangelen på tradisjon for overgangsmøter må sies å være spesielt sett i sammenheng med at reaktive tilknytningsvansker er en vedvarende tilstand der noen av de alvorligste symptomene ifølge WHO (1999), er store sosiale samhandlingsvansker

og overdreven vaksomhet og aggresjon mot seg selv og andre. Her kan en også trekke inn at et omfattende bytte av rutiner og mennesker trolig vil føre til en forstyrrelse av funksjonaliteten til relærte arbeidsmodeller (Bowlby 2000), og dermed trigge symptomene ytterligere. Vanskene som følger denne diagnosen er i seg selv omfattende, slik at når barnet da i tillegg skal gjennom en endring man vet vil kunne trigge symptomene, finner jeg den manglende tradisjonen for overgangsmøter ganske overraskende. En kan stille seg spørsmål om de ulike instansene har uklare forventninger til hverandre, og derfor i all for stor grad forholder seg avventende. En konkluderende tanke ut fra dette funnet, vil være at en fast rutine, lagt til en fast instans, vil kunne påvirke overgangen positivt for barn med denne diagnosen. Dette vil trolig også gjelde for barn med andre vansker i opplærings situasjonen. Erfaringsmessig har det vært slik at rutiner varierer i forhold til ulike saksbehandlere i de ulike instansene.

#### **4.8.3 "Det er så mye på toppen"**

Dette sitatet beskriver et hovedfunn som er gjennomgående både i forhold til selve overgangen og de andre temaene jeg har tatt opp gjennom forskningsspørsmålene. Uttrykket "*Det er så mye på toppen*" henspeiler på at familier som har barn med en tilknytningsskade som er så alvorlig at barnet har fått en diagnose, ofte har mange tilleggsfaktorer som påvirker deres livssituasjon. Disse vil bli ekstra tydelige i en sårbar overgangssituasjon. Slike faktorer kan dreie seg om *tilleggsdiagnoser* og *stadige utredninger* for å bekrefte eller avkrefte andre diagnoser. Ifølge Claesson og Idorn (2005) kommer det fram at mange av disse barna er blandingsskadede. De vil i forbindelse med sin omsorgssituasjon også ha opplevd ulike grader av tidlig frustrasjon som blant annet kan føre til ulike grader av posttraumatisk stress og ADHD-lignende symptomer. Sett i lys av dette, kan en si at det virker svært sannsynlig at mange foreldre til barn med denne diagnosen vil kunne oppleve at det er mye på toppen. En annen faktor som blir beskrevet er tiden foreldrene benytter til å *behandle* og *holde symptomene i sjakk*. Holdingterapi, faste rutiner og konsekvenser krever planlegging og innsats. Det å hele tiden ikke vite hva som vil kunne utløse raseri og sårhet er noe

---

foreldrene kontinuerlig føler på. Uttrykket i overskriften kan også beskrive det å *leve i uvitenhet om barnets fortid*, noe som bærer med seg sorg og usikkerhet i forhold til behandling og prognoser. Når man vet at prognosen for disse barna er sterkt avhengig av hvor lenge mistilpassningen har vart og hvordan barnets forhold til familiens sosiale nettverk har vært (WHO 1999) før omsorgsbytte, kan man lett forstå hvordan denne mangelen på kunnskap kontinuerlig vil være en faktor som påvirke foreldrenes tanker og stressnivået i familien. Hvordan barnet vil reagere på nåværende omsorg og stress vil også henge sammen med hvilke tidligere erfaringer barnet har hatt.

En fjerde faktor er at familiene ofte opplever *økonomiske bekymringer* fordi å behandle barnet krever at foreldrene er hjemme fra arbeid i mye lengre tid enn sykedagene tillater. Dette er en faktor en kan tenke seg fører til at foreldrene slites mellom hva de ønsker å gjøre for barnet og hva de har muligheten for å gjøre. En mor beskrev en femte faktor ved at hun brukte endeløse timer i telefonen for å snakke med ulike saksbehandlere på Trygdekontoret og Sosialkontoret. Mange foreldrene opplevde at de hadde i overkant *mange instanser* og *ulike personer* å forholde seg til. Dette må sees i relasjon til spørsmålet jeg reiste i forbindelse med hvilke forventninger de ulike instansene har til hverandre, og om noen av disse instansene har et eget ansvar for barna som får diagnoser. Satt i sammenheng med overgangen til skolen, kan en tenke seg at familier som i utgangspunktet har mange parallellprosesser å forholde seg til, samtidig som de skal håndtere et krevende barn, vil oppleve store endringer som en slitsom merbelastning.

#### **4.8.4 Skole, trivsel og tiltak i relasjon til overgangen**

Et av de gledelige funnene forskningsspørsmålene førte til var at samtlige familier opplevde at *barna trivdes og opplevde læring på skolen*. Dette til tross for at flertallet av barna ikke har andre tilrettelegginger enn dem som læreren kan gi innenfor tilpasset opplæring. En kan tenke seg at den positive opplevelsen samtlige foresatte har av skolen nå, kan ha sammenheng med at overgangsperioden er over og barnet har startet å fungere i det nye miljøet. En overgang med brudd i rutiner og relasjoner vil trolig medføre en øking av symptomer, dermed vil foresatte når overgangsperioden er over

---

kunne få en positiv opplevelse av barnet i opplærings situasjonen. Dette kan også sees i sammenheng med hvilken aldersgruppe barna befinner seg i. En kan tenke seg at på dette tidspunktet i barnets liv har de foresatte fått tilstrekkelig informasjon om tilknytningsskade. I tillegg er det sannsynlig at de foresatte på dette stadiet lenge har vært i prosessen mot å akseptere barnets vanske. Dette er også faktorer som kan påvirke de foresattes opplevelser.

Likevel er det all grunn til å ta på alvor foresattes bekymringer for framtidig utvikling og deres sterke etterspørsel etter forebyggende arbeid i skolen. Skulle det i takt med økte faglige og sosiale krav oppstå at barnet opplever større vansker, er det avgjørende at det finnes en voksenrelasjon på skolearenaen som barnet har opparbeidet seg tillit til. Skulle dette ikke være tilfelle, står en overfor en overhengende fare for at barnets relærte atferdsmodeller (Smith 2002) vil kollapse, og primærpersonligheten (Haarklau 2003) vil være den som blir dominerende. Dette vil igjen føre til økt konfliktnivå og aggressivitet både innad i barnet selv og ut mot miljøet (WHO 1999).

Noe av det bekymringsfulle som kom fram i forhold til skolen og opplærings situasjonen, var at foresatte ofte blir møtt med *økonomiske argumenter* når de ønsker å drøfte tilrettelegging og tiltak for sitt barn. At skolens ledelse presser foreldre til dårlig samvittighet fordi ressursene deres barn krever vil gjøre at andre barn mister sine, er å oppfatte som uprofesjonelt og direkte ufint. Hvis et barn har vansker som utløser rettigheter under Opplæringsloven, vil disse rettighetene tilhøre barnet uavhengig av skolens økonomi og mengden andre barn som har ekstra behov. Følgelig mener jeg at økonomi er en reell faktor det kan informeres om, men det må aldri benyttes som pressmiddel overfor foreldre som ønsker hjelp til sine barn. Det var også et overraskende funn at skoler nærmest som prinsipp *ikke er interessert i forebyggende arbeid*, kun reparerende. Her blir også økonomi benyttet som begrunnelse. Det å ikke drive forebyggende arbeid i forhold til at disse barna, kan få følger som vil være langt mer kostbare for samfunnet på sikt.

#### 4.8.5 Adoptiv- eller fosterforeldre og økonomi

Blant noen av de mer overraskende funnene som forskningsspørsmålene avdekket var at fosterforeldre har *andre økonomiske muligheter* for å hjelpe sine barn enn adoptivforeldre. Fosterforeldre mottar fosterhjemslønn, mens adoptivforeldre kan motta grunn- og hjelpestønad som er betydelig lavere, og så lave at de ikke kan benytte denne inntekten som en erstatning for arbeidsinntekt. Dette kan sees i lys av Claesson og Idorn (2005) som beskriver at barna som har benyttet holdingterapi har blitt roligere, gladere og mer åpne, noe som igjen gir barna bedre grunnlag for å utvikle tilknytning til andre. Jeg stiller meg spørsmål om hvor etisk forsvarlig det er å forskjellsbehandle foresatte til barn med identiske diagnoser på bakgrunn av om barnet er adoptert eller kommet dit som fosterbarn. Den familien som sier ja til å overta omsorgen for fosterbarn, får gjennomgående mer informasjon om muligheten for tilknytningsskade enn adoptivforeldre. Den tid fosterforeldre tar steget over til å bli adoptivforeldre, vil de miste fosterhjemslønn og stille på økonomisk lik linje som andre adoptivforeldre. Hvorvidt foresatte har hatt muligheten til å være hjemme og behandle sitt barn forut for skolestart, vil trolig ha stor betydning for hvilken grad av symptomer som kan bli utløst i en overgangsfase.

Et hovedfunn jeg vil beskrive som essensielt, er at samtlige familier beskrev at de, hvis gitt økonomisk mulighet, ville ha *utsatt barnehagestarten* noen år. Selv om halvparten av familiene opplevde at barnehagen hadde en viktig og positiv innvirkning på deres barn, ville altså tidspunktet for barnehagestart vært utsatt betraktelig uavhengig av om diagnosen var gitt. Dette kan sees i sammenheng med at denne gruppen foreldre ofte har gått igjennom lange prosesser for å få omsorgen for et barn, og har et sterkt ønske om å tilbringe mye tid sammen med barnet de første årene. Denne type funn oppfordrer til ettertanke fordi det antyder at hadde disse familiene blitt gitt muligheten til å handle etter sitt instinkt og ønske den gangen de overtok omsorgen for barnet, er det muligheter for at disse barna ville hatt færre symptomer på tilknytningsskade enn de viser i dag. Dette kan sees på bakgrunn av blant annet Claesson og Idorn (2005) sin



teori om holdingterapi og Haarklau (2003) sin teori om mulighet for re-læring. I tillegg vil dette støttes av WHO (1999) sitt diagnostiske trekk som forteller at tilknytningsskadede barn satt i et normalt oppdragelsesmiljø med vedvarende god omsorg, har gode muligheter for forbedring. En bedring av tilstanden og symptomer forut for skolestart ville satt disse barna i en bedre posisjon til å takle overgangen til skolen.

#### **4.8.6 Fremtidshåp**

Hovedfunn i henhold til forskningsspørsmålet som omfatter hvilke tanker foresatte hadde om framtiden til sine barn, bar preg av mild optimisme i tillegg til sterk pessimisme hos en av familiene. Sett i sammenheng med hvilke prognoser som blir skissert for barn med denne typen vansker, vil jeg beskrive disse funnene som forventet. Det finnes en klar sammenheng mellom foresattes positive opplevelse av barnas læringssituasjon og trivsel i skolen, og håpet om at barnet vil klare seg greit så lenge det befinner seg i skolesituasjon. Her har foresatte erfaring med at barnas sekundærpersonlighet (Haarklau 2003) fungerer, og tør dermed håpe at dette vil vedvare fram mot neste store overgang som blir selvstendighet og arbeidsliv. Graden av optimisme og pessimisme i de ulike familiene har også en klar sammenheng med opplevd grad av endring hos barnet ved prøvde tiltak. De som har erfaring med at blant annet faste rutiner, konsekvenser og holdingterapi har effekt, opplever håpet om endring og bedring av tilstanden som mer reelt enn dem som ikke har opplevd endring hos barnet. Dette vil jeg beskrive som naturlige, menneskelige reaksjoner. Grad av fremtidshåp ser ikke ut til å være påvirket av hvordan foresatte opplevde overgangen til skolen. Dette kan ha sammenheng med at overgangen ble opplevd som en forbigående fase, mens opplevelsen av endring på bakgrunn av tiltak i hjemmet ble opplevd som en kontinuerlig prosess som enda pågår.

## 5. Avslutning og konklusjon

Oppgavens hovedproblemstilling omhandler reaktive tilknytningsvansker og foresattes opplevelser rundt barnets overgang fra barnehage til skole. Dette har jeg forsøkt å belyse ved å gjennomføre fire halvstrukturerte intervjuer med foresatte. For å belyse hovedproblemstillingen ble det også viktig å se på noen forskningsspørsmål i henhold til hverdagsituasjonen for familiene, deres opplevelse av barnet i barnehage og skole og til sist deres framtidshåp. Disse intervjuene har jeg ønsket å sammenligne og drøfte på bakgrunn av en teoretisk forståelsesramme rundt reaktive tilknytningsvansker og atferdsmessige konsekvenser av diagnosen. Målet har vært å formidle en del av de viktigste kunnskapene og erfaringene disse familiene har opparbeidet seg gjennom en årrekke med omsorg for tilknytningsskadede barn.

Ingen av familiene hadde udelte positive opplevelser rundt det å endre oppholdssted for barnet. Sett på bakgrunn av selve diagnosekriteriene, var dette ikke overraskende. Mer overraskende var det at instansene som gir denne diagnosen ikke påtar seg noe oppfølgingsansvar i overgangsfasen. Et spørsmål som reiser seg er hvilke faggrupper som skal drive oppfølging av medisinske diagnoser i skolen. At alle familiene opplevde at barna hadde god trivsel og gode læringsforutsetninger i skolen i dag bekrefter at de har en diagnose som hovedsakelig utspiller seg i hjemmet.

Funnene vil ha praktiske implikasjoner for instanser rundt barnet og foresatte til barn med tilknytningsskade. Oppgaven viser hva foresatte etterlyser og har behov for i forkant av, under og i etterkant av barnas overgang til skolen. Dette dreier seg i hovedsak om at diagnosen bør utløse lik informasjon, like rettigheter og like rutiner i alle instanser. Slike instanser kan være helsestasjon, BUP, HABU, Trygdekontor og PPT. På bakgrunn av oppgavens hovedfunn kan en konkret si at en instans, med fordel den instansen som har gitt diagnosen, bør påta seg et koordinerende ansvar både for veiledning, oppfølging og overgangsmøte mellom barnehage, skole, foreldre og PPT. Så langt som mulig bør foreldrene ha få personer å forholde seg til, og dette bør være personer som innehar

nødvendig medisinsk kompetanse i henhold til diagnosen og kunnskaper om trygdelovgivning.

## 5.1 Avsluttende ord og tanker videre

Underveis har jeg tenkt at disse familiene er tøffe og langt mer tilpasningsdyktige enn de fleste av oss. Hadde det ikke eksistert slike familier hadde det vært mange av de barna som trengte omsorg mer enn alt annet som aldri hadde fått muligheten til å oppleve dette. Jeg beundrer dem for deres pågangsmot og styrke og ønsker dem all mulig lykke til. Jeg har et ønske om å en gang i framtiden kunne kontakte dem for å få vite hvordan livet deres har blitt i forhold til hvilke framtidsvisjoner de hadde i disse intervjuene.

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært interessant. Det å møte foresatte og få lov til å benytte deres høye kompetanse på sine barn, har vært utrolig givende og lærerikt. Det overordnede målet med oppgaven min har vært at den skal inneholde noe som kan komme andre til nytte. Jeg håper og tror at dette målet er nådd. De siste ordene i denne oppgaven vil jeg gjerne gi til Andrè Bjerke:

### ***På jorden et sted***

*Tro ikke frosten som senker en fred*

*av sne i ditt hår.*

*Alltid er det på jorden et sted*

*tidlig vår.*

*Tro ikke mørket når lyset går ned*

*i skumringens fang.*

*Alltid er det på jorden et sted*

*soloppgang.*

## Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S (1962): *Deprivation of Maternal Care: a Reassessment of its Effects Contributors*. Public Health Papers. Geneva: World Health Organization
- Ainsworth, M. D. S., M.E. Blehar og S. Wall (1978): *Patterns of Attachment*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders (DSM.IV)* Washington D.C.: American Psychiatric Association (4. ed)
- Barnet, D. og J. I. Vondra (1999): *Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood Among Children at Developmental Risk*. Chicago: University of Chicago Press.
- Befring, E. (1998): *Forskningsmetode og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Blatz, W.E. (1966): *Human Security: Some Reflections*. Toronto: University of Toronto Press.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and Loss: bd. 2. Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press
- Bowlby, J. (2000): *At knyte og bryde nære bånd*. Fredriksberg: Det lille forlaget
- Bunkholdt, V. (1999): *Fosterhjemsarbeid. Fra rekruttering til tilbakeføring*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Carli, A. og Dalen, M. (1997): *Adopsjonsfamilien*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Cassidy, J. (1994): "Emotion Regulation: Influences of Attachment Relationships" i N.A. Fox (red.): *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development 59: 228-249, 25, 67.*
- Claesson, B.H. og U. Idorn (2005): *Holdingerapi – en familieterapeutisk metode til styrkelse af tilknytning mellem børn og foreldre*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Crittern, B.S. (1988): *Parents, the State and the Right to Educate*. Carlton, Vic: Melbourne University Press
- Erikson, E.H. (1980): *Identity and the Life Cycle*. New York: Norton
- Fog, J. (1999): *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Viborg: Akademisk forlag
- Haarklau, J. (2003): "Emma tvert imot – eller noe mer? Adoptivbarn med reaktive tilknytningsforstyrrelser eller tidlig følelsesmessig skade." *Skolepsykologi* nr 5 2003: 23 – 30.
- Kazdin, A. E. (2005): *Parent Management Training; Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press
- Kvale, S. (1999): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: ad notam Gyldendal forlag

Lyons-Ruth, K, D. Connell, D. Zoll og J. Stahl (1987): "Infant at Social Risk: Relationships among Infant Maltreatment Behavior and Infant Attachment Behavior." *Developmental Psychology* 23, 23 - 232

Smith, L. (2002): *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget A/S.

Thompson, R.A. (1999): *Handbook of Attachment Research; Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guildford

Tinberg, N. (1951): *The Study of Instinct*. London: Oxford University

World Health Organization (1999): *ICD.10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Zeanah, C. H, O. Mammen og A. Liebermann (1993): "Disorder and Attachment" i C. H. Zeanah (red): *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guildford

- Vedlegg:
- 1) Råd informantene hadde til andre
  - 2) Intervjuguide
  - 3) Brev til PPT og andre instanser
  - 4) Brev til foresatte
  - 5) Svar fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS

## Hvilke råd hadde informantene å gi andre?

### **Råd til foresatte som har tilknytningsskadde barn**

- Skaff en god veileder som kan uttale seg i klartekst, både overfor foreldre, skole og barnehage. Ikke alle veiledere vet hva tilknytningsvansker dreier seg om, og her bør en være påpasselig. Samtlige beskriver at den som har forstått hva vansken går ut på er en privatpraktiserende psykolog som blir kjøpt inn via psykisk helse og barnevernet. Flere av de intervjuede har erfaring med fagpersoner fra ulike instanser som vet for lite om diagnosen til at de kan være til hjelp.
- Benytte diagnosen for det den er verdt. Søk grunn- og hjelpestønad. Dette kan åpne for mulighet til å være hjemme med barnet og reparere noe av skaden. Eventuelt kan det føre til at barnet ikke har behov for SFO eller kan ha redusert barnehageplass.
- Start med holdingterapi så tidlig som mulig. Hvis man adopterer og ikke kjenner barnets bakgrunn tilstrekkelig vil holdingterapi føre godt med seg for barnet om det er tilknytningsskadet eller ikke. Barnet er etter all sannsynlighet noe svekket i sin tilknytning fordi det nødvendigvis har opplevd avbrutte relasjoner. Hvis barnet er tilknytningsskadet mener informantene at symptomene og skaden i stor grad vil kunne repareres og symptomene forebygges og minskes til et minimum ved så tidlig bruk av holdingterapi som mulig.
- La barnet starte i barnehage så seint som mulig, etter noen år med tett voksenkontakt i hjemmet. Det tar dobbelt så lang tid å reparere en tilknytnings-skade som det tar å utvikle den.
- Utsett skolestart hvis mulig. Barna er ofte svært selvsentrerte og sosialt og mentalt umodne. Dette trenger de mulighet for å ta igjen i den grad det er mulig.
- Foreldre må være bevisste sine rettigheter og ikke godta opplegg i skolen de ikke føler seg komfortable med. En må ikke være beskjedne på barnets vegne. Informantene mener at ingen kan redde verden, men hver og en må kjempe for sitt barn. Får det diagnostiserte barnet hjelp, vil dette også komme resten av klassen til gode.
- Foreldre bør selv være aktive og kontakte ulike instanser.
- Det oppfordres til å søke hjelp når ting blir vanskelig, både for å bekrefte eller avkrefte en eventuell diagnose, men også for selv å få veiledning i hvordan å takle problematikken.
- En av de intervjuede har opplevd PMT som en god støtte og bekreftelse i forhold til håndtering av diagnosen, og anbefaler andre å ta kurs i denne metoden.

## Råd til barnehager, skoler og andre instanser

- Samtlige foresatte gir råd om å informere skolen i forkant av skolestart. Går barnet i barnehage mener foresatte at dette må være en oppgave som også barnehagene har ansvaret for å gjennomføre.
- Personalet i barnehage, SFO og skole bør gå på kurs om diagnosen. Dette har flere av foreldrene gode erfaringer med at øker forståelsen for diagnosen betraktelig.
- Skolen kan med fordel bruke midler på det forebyggende aspektet framfor å kun drive brannslukkende og reparerende virksomhet.
- Det må nøye vurderes hvem som blir satt inn som voksenperson sammen med et barn med denne typen diagnose. Voksenpersonen må kunne være stabil over år og klare å stå i konflikter. Det er av stor betydning at den voksne er firkantet og konsekvent og uttrykker faste, trygge og uforanderlige grenser.
- *"Lev der med foreldrene i prosessen. Det er det viktigste."*

Det å se de menneskelige kvalitetene både hos foresatte og barnet framstår som viktig gjennom både overgangsprosessen og i hverdagen generelt.

- Kommunikasjonslinjer på daglig basis må være åpne mellom foreldre og personalet i barnehage, SFO og skolen.
- Barnehager og skoler må ta foreldre på alvor. Hvis de ikke innehar kompetanse på et fagfelt, bør det være en selvfølge at de søker råd hos andre instanser.
- Instanser som BUP, HABU og PPT bør ta initiativ til overgangsmøte. De instansene som kjenner til barnets diagnose og vet at barnet er i førskolealder har et ansvar for å overføre informasjon til skolen.
- Instansene bør ifølge informantene opptre støttende i forhold til foreldrene og noe kontrollerende i forhold til skolen.
- Helsestasjonen blir oppfordret til å opprette et tilbud som i langt større grad er tilpasset adoptivforeldre

---

## **INTERVJUGUIDE FOR HALVSTRUKTURERT INTERVJU**

Informantnr:

Intervjudato:

Intervjusted:

---

### **PERSONALIA FOR INFORMANT OG BARN**

Alder:                      Kjønn:

Yrke:

Bostedsområde:                      by/ tettsted/ landsbygd

Tidspunkt for overtatt daglig omsorg for barnet:

Barnets alder nå:                      Barnets kjønn:

Når ble barnet diagnostisert:

Når startet barnet i barnehagen:                      Hvor mange dager i uka:

Når startet barnet på skolen:                      Hvilke klasse går barnet i nå:

Alder på andre barn det diagnostiserte barnet bor sammen med:

Eventuelt slektskap mellom barna:



---

## HOVEDOMRÅDER SOM ØNSKES BERØRT I SAMTALEN

### A: Utdypende informasjon til informanten om

- oppgavens overordnede mål
- informert samtykke
- konfidensialitet
- fordeler/ ulemper ved å delta

### B: Beskrivelse av hvordan hverdagen er nå

- Hvordan vil du beskrive hverdagen for barnet nå?
- Hvordan vil du beskrive hverdagen for familien nå?
- Hvilke utfordringer står dere overfor fordi dere har et barn med denne diagnosen?
- Hvordan opplever du at dette har påvirket familien?

### C: Barnet i barnehagen

- Hvordan opplevde du at barnet hadde det/ trivdes i barnehagen?
- Hvordan opplevde du at det ble tilrettelagt for barnet i barnehagen?
- Hvordan opplevde du forståelsen av ditt barns diagnose?
- Hva opplevde du som de viktigste tiltakene for barnet i barnehagen?
- Er det noe du tenker burde vært gjort annerledes? (hvorfor)
- Har tiden for barnet i barnehagen ført til endringer hos barnet som du tenker det er viktig å trekke fram?
- Har tiden for barnet i barnehagen ført til endringer hos familien som du tenker det er viktig å trekke fram?

### D: Barnet i skolen

- Hvordan opplever du at barnet har det/ trives på skolen i dag?
- Hvordan opplever du ditt barns nåværende læringssituasjon i skolen?
- Hvordan opplever du forståelsen for barnets diagnose?
- Hvordan opplever du at det blir tilrettelagt for barnet?
- Hva opplever du har vært de viktigste tiltakene i skolen/ SFO?
- Er det noe du tenker burde vært gjort annerledes? (hvorfor)
- Har tiden for barnet i skolen/ SFO ført til endringer hos barnet som du tenker det er viktig å trekke fram?

- Har tiden for barnet i skolen/ SFO ført til endringer hos familien som du tenker det er viktig å trekke fram?

### **E: Overgangen fra barnehage til skole for ditt barn**

- Hvordan opplevde du ditt barns overgang fra barnehage til skole?
- Hvordan opplevde du forståelsen for ditt barns diagnose i hjelpeapparatet ved overgangen? (PPT/ BUP og eventuelt andre instanser)
- Hvordan opplevde foresatte samarbeidssituasjonen i overgangsfasen?
  - o mellom foreldre/ barnehage/ skole/ andre instanser som BUP/ PPT
  - o mellom instansene barnehage/ skole/ instanser som BUP/ PPT
- Hva gjør disse opplevelsene med barnet?
- Hva gjør disse opplevelsene med deg som foresatte/ familien som helhet?
- Er det noe du mener burde vært gjort annerledes i overgangsfasen?

### **F: Tanker om framtiden**

- Hva tenker du om framtiden til barnet?
- Hva tenker du om framtiden til familien?
- Hvilke råd vil du gi til andre foresatte som står overfor sitt diagnostiserte barns overgang fra barnehage til skole?
- Hvilke råd vil du gi til barnehager/ skoler/ instanser som står overfor et diagnostisert barns overgang fra barnehage til skole?

### **G: Avsluttende kommentarer**

- Er det noe du har lyst å fortelle som vi ikke har vært inne på i samtalen?
- Hvordan opplevde du intervju situasjonen?

## LOGGBOK

Informantnr:

Dato og sted:

Hvem valgte stedet:

Tidspunkt og varighet:

Egen innledning – funksjonell/ ikke funksjonell:

Non- verbale signaler under intervjuet:

Stemning under intervju:

Eventuelle avbrytelser:

Hva fungerte bra/ mindre bra?

Ved meg selv som instrument:

Ved situasjonen:

Hvilke type informasjon kom ikke fram:

Bør noe bringes videre til neste intervju?

## Forespørsel om videreformidling av informasjon

Mitt navn er Tone Landro Fauglied, og jeg er mastergradsstudent ved ISP (institutt for spesialpedagogikk) ved Universitetet i Oslo. Jeg har vært fast ansatt i Arendal PPT de siste 5 årene som spesialpedagog, og har funnet arbeidet spesielt lærerikt, givende og utfordrende.

For min mastergradsoppgave, er jeg svært interessert i å intervju 3 – 4 foresatte til barn med diagnosen ”*reaktive tilknytningsvansker i tidlig barndom*” som nylig (i løpet av de siste 3 årene) har opplevd at deres barn har vært i en overgangsfase fra barnehage til skole. Jeg håper dere kjenner til noen som vil passe inn i disse kriteriene, og at dere har mulighet til å videreformidle vedlagt skriv til dem som ønsker det. Informert samtykke og konfidensialitet vil selvsagt bli gitt.

Målet med oppgaven er å få bedre innsikt i hvilke erfaringer, opplevelser og tanker foresatte til barn med denne diagnosen sitter med generelt og mer spesifikt i forhold til overgangen fra barnehage til skole. Dette er kunnskap jeg mener kan være verdifull for andre foresatte i samme situasjon, for barnehager og skoler, og for ulike hjelpeinstanser i framtidig arbeid.

Med vennlig hilsen og håp om et positivt svar

Tone Landro Fauglied, Grønland, 4900 Tvedestrand, august 2006

Tlf: 91791578

e-mail: tonelan@hotmail.com

Ta gjerne kontakt hvis dere har spørsmål.

## INFORMASJONSBREV TIL FORESATTE MED BARN SOM HAR

### DIAGNOSEN ”reaktive tilknytningsvansker i tidlig barndom”

#### **Kan du tenke deg å bli intervjuet?**

Mitt navn er Tone Landro Fauglied, og jeg er mastergradsstudent ved ISP (institutt for spesialpedagogikk) ved Universitetet i Oslo. Jeg har vært fast ansatt i Arendal PPT de siste 5 årene som spesialpedagog, og har funnet arbeidet spesielt lærerikt, givende og utfordrende.

Jeg har blitt særlig interessert i kunnskapen, opplevelsene og tankene til foresatte som har barn med nevnte diagnose. Jeg har opplevd at mye av nøkkelen til å forstå denne problematikken ligger i å lytte til foresattes erfaringer. Jeg har også opplevd denne gruppen som særlig ressurssterke og reflekterte mennesker som har gjort seg mange svært interessante refleksjoner både før og etter de overtok omsorgen for sitt barn. Dette er kunnskap jeg mener vil være verdifull for andre foresatte i samme situasjon, for barnehager og skoler, og for ulike hjelpeinstanser i framtidig arbeid.

For min mastergradsoppgave, er jeg svært interessert i å intervju 3 – 4 foresatte til barn med diagnosen ”reaktive tilknytningsvansker i tidlig barndom” som nylig (i løpet av de siste 3 årene) har opplevd at deres barn har vært i en overgangsfase fra barnehage til skole. De viktigste emnene jeg ønsker å berøre vil være som følger:

- Kort om personalia/ fakta
- Utdypende informasjon om målet med oppgaven
- Konfidensialitet/ anonymisering av informasjon/ informert samtykke
- Familiens og barnets hverdag nå
- Barnet i barnehagen
- Barnet i skolen
- Overgang fra barnehage til skole
- Tanker om framtiden

Med vennlig hilsen og håp om et positivt svar

Tone Landro Fauglied, Grønland, 4900 Tvedestrand, august 2006

Tlf: 91791578

e-mail: [tonelan@hotmail.com](mailto:tonelan@hotmail.com)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høffreges gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 95 50  
e-mail: nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 685 331 684

Kari Gamst  
Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern

0318 OSLO

Vår dato: 05.01.2006

Vår ref.: 200502036 SS / RH

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.11.2005. Meldingen gjelder prosjektet:

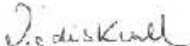
13784	Barn med raske tilkjenningssvar og deres møte med skolen: Hvordan opplever farsforældre til barn med diagnosen "raske tilkjenningssvar" i tillegg barns overgang fra barnehage til skole?
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens ansette leder
Daglig ansvarlig	Kari Gamst
Student	Tone Landro Fauglied

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektet endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt.

Vedlagt følger vår vurdering. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Kvalheim

  
Synnøve Seingstad

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse

Kopi: Tone Landro Fauglied  
Grønland  
4900 TVEDESTRAND

Avdelingskontor / District Office:

OSLO: Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 05 34 11, nsd@nsd.uib.no  
TRONDHEIM: Postboks 5414, 7003 Stjørdal. Tel: +47 73 52 12 07, kare.martinsen@ntnu.no  
TRONDHEIM: Postboks 5414, 7003 Stjørdal. Tel: +47 73 52 12 07, nsd@nsd.uib.no