

## 8. PSYKISKE LIDELSER OG PSYKISK SÅRBARHED

I dette kapitel indleder vi med at afklare begreber, man støder på i litteratur og i daglig tale, som vedrører psykiatri, herunder begreberne psykisk sårbarhed, psykisk lidelse eller sygdom samt psykisk eller psykiatrisk diagnose. Vi redegør ligeledes for de forskellige årsager, der kan være til disse lidelser, samt for pædagogiske tilgange og behandlingsmetoder, som kan mindske lidelsen for de pågældende borgere.

Der findes cirka 450 forskellige psykiske lidelser. Vi har i dette kapitel valgt overordnet at benytte begrebet psykisk lidelse og beskrive de mest kendte lidelser, som vedrører vores målgruppe. Mennesker med nedsat psykisk funktionsevne har ofte en større psykisk sårbarhed og dermed en markant øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Viden herom er således særdeles relevant i det neuropædagogiske arbejde.

Forfattere: Marianne Dalsgaard og Anna Marie Langhoff Nielsen, specialpædagogiske konsulenter

### 8.1 Begrebsafklaring

Hver tredje dansker kommer på et eller andet tidspunkt i sit liv ud for psykiske problemer eller får symptomer på en psykisk lidelse, som fører til behandling enten hos egen læge, psykiater eller ved indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Psykiske lidelser, der også betegnes med begrebet psykiske eller psykiatriske diagnoser, har været omgærdet af megen mystik og ofte ført til stigmatisering af personen. I dag ses en større åbenhed end tidligere i forhold til at tale om psykiske lidelser og ofte benyttes diagnosebegrebet i helt almindelig, daglig sprogbrug. Mange nye diagnoser er kommet til i løbet af de sidste halvtreds år, og kritiske røster vil hævde, at der er sket en patologisering, hvor helt almindelige menneskelige træk og egenskaber diagnosticeres som lidelser, der kræver behandling (Brinkmann, 2010; Gøtzsche, 2015).

Til trods for, at diagnoserne er blevet en del af den almindelige sprogbrug, hersker der fortsat fordomme om det at være psykisk syg. Mange opfatter en psykisk sygdom eller lidelse som noget uhelbredeligt og mener, at der bag diagnoserne ligger en individuel, biologisk, psykisk sårbarhed hos det psykisk syge menneske, som altid vil være der. Som optakt til kapitlet indledes derfor med en afklaring af begreberne psykisk sårbarhed, psykisk lidelse eller psykisk sygdom og psykiatrisk eller psykisk diagnose.

#### 8.1.1 Psykisk sårbarhed

Psykisk sårbarhed kan defineres som en særlig skrøbelighed, der betyder, at risikoen for at få en psykisk lidelse øges. Begrebet psykisk sårbarhed benyttes ofte for at tydeliggøre sammenhængen mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold, men også for at vise, at vi alle kan have en iboende sårbarhed og dermed få en psykisk lidelse, hvis vi udsættes for traumer eller et stort pres. Ved anvendelse af begrebet psykisk sårbarhed ansues mennesket i et helhedsperspektiv, hvor sårbarheden kan være både medfødt, erhvervet eller udfoldes på baggrund af en række udløsende faktorer (Mark & Gerlach, 2008).

#### 8.1.2 Psykisk lidelse eller psykisk sygdom

Begreberne psykisk lidelse og psykisk sygdom benyttes synonymt, men der ses en stigende tendens til at benytte begrebet psykisk lidelse frem for psykisk sygdom. Begrebet psykisk lidelse anvendes blandt andet som en samlebetegnelse i WHO's ICD-10 internationale sygdomsklassifikationssystem - International Classification of Diseases 10. udgave (WHO, 2009).

En psykisk lidelse defineres som en tilstand, der medfører forandringer i en persons tænkning, følelser eller adfærd (eventuelt alle tre), og som medfører lidelse eller nedsat funktion. Lidelsen er kendetegnet ved en række særlige psykiske symptomer, som påvirker helbredstilstand, livskvalitet og social funktionsevne i meget betydelig grad (Rosenberg, 2013).

#### 8.1.3 Psykiatrisk eller psykisk diagnose

I Den Danske Ordbog defineres diagnose, som:

*"1. bestemmelse af hvilken sygdom en patient lider af, ud fra dens symptomer og andre tegn*

*2. bestemmelse af årsagen til en unormal tilstand, fejlslagen udvikling el. lign."*

(www.ordnet.dk, lokaliseret 9.4.2018)

En diagnose er således en betegnelse for en gruppe samtidigt optrædende symptomer, og en psykiatrisk eller psykisk diagnose refererer til en diagnosekategori, der er beskrevet i enten det amerikanske klassifikationssystem DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) eller i WHO's klassifikationssystem ICD 10's kapitel 5: (*Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser*). I Europa anvendes primært ICD 10, når diagnosen skal stilles, hvor DSM V primært anvendes inden for forskning. I henhold til WHO's nye begrebsanvendelse (ICD 11, som er på vej) vil "psykisk diagnose" blive anvendt frem for "psykiatrisk diagnose".

En psykiatrisk diagnose eller en psykisk diagnose klassificeres ud fra symptomer og forløb og stilles på baggrund af en klinisk vurdering og ofte i et tværfagligt regi. Diagnosen bygger overvejende på patientens og eventuelle pårørendes udsagn, men observationer, tests og undersøgelser kan også indgå. Modsat somatiske diagnoser kan det derfor være langt vanskeligere at stille en psykiatrisk diagnose, da det ikke er muligt at få objektive data på, hvad patienten fejler. Med andre ord kan man for eksempel ikke blot tage en blod- eller urinprøve eller scanne patientens hoved for at få svar. Samtidig kan det være vanskeligt at skelne mellem, hvad der er symptomer på psykisk lidelse, og hvad der er symptomer afledt af funktionsnedsættelsen (Bakken, 2018).

I forhold til mennesker med nedsat psykisk funktionsevne har de professionelle observationer og vurderinger afgørende betydning for, at psykiateren kan stille en gyldig diagnose. En vigtig pointe er, at psykiatriske diagnoser såvel som somatiske diagnoser begge er et øjebliksbillede på en given tilstand hos patienten, og patienten har kun den pågældende diagnose, så længe kriterierne for diagnosen opfyldes. Psykiske lidelser kan altså opstå og forsvinde igen på samme måde som somatiske sygdomme.

#### 8.1.4 Komorbiditet

Ofte kan det være vanskeligt at kategorisere symptomer på psykisk lidelse i en afgrænset diagnosekategori. Begrebet komorbiditet, som benyttes både i somatikken og i psykiatrien, betyder samsygelighed. Det vil sige, at flere sygdomme eller syndromer kan optræde samtidigt hos den samme person, foruden den primære sygdom. Komorbiditeten i en persons sygdomsbillede registreres i praksis som grundmorbus og bidiagnoser. Hos personer med fx OCD ses hos 60 % en forekomst af tics. Hos 15 % af denne gruppe ses Tourettes syndrom, og hos 50 % ses depression. Depression og angst er nogle af de hyppigst forekommende komorbide lidelser, som ses ved en række forskellige sygdomme og syndromer.

Det store omfang af komorbiditet i psykiatrien ses af kritikere som et resultat af et kategorielt klassifikationssystem, der forsøger at inddele de tidligere overordnede diagnosebegreber som fx 'neuroser' eller 'nerver' i mere specifikke, afgrænsede sygdomme. Komorbiditet er, efter deres opfattelse, en konstruktion, der skal afbøde klassifikationssystemernes begrænsning i forhold til at klassificere rene psykiske lidelser, som i praksis kun ses hos få personer. Komorbiditetens formål er således at forklare symptomoverlap mellem forskellige diagnoser (Larsen & Gausbøl, 2011; Horwitz, 2015; Gøtzsche, 2015).

I DSM V og i betaversionen af den nye ICD-11, som forventes at udkomme i løbet af 2019 (ICD-11 Beta kan hentes her), ses en bevægelse mod, at diagnosesystemerne bliver mere dimensionale frem for kategorielle. En diagnose bevæger sig her på et kontinuum afhængigt af symptomer, hvor der er en glidende overgang til normalområdet. Der er således tale om funktionelle beskrivelser, hvor der er fokus på, hvilke funktioner der er påvirkede hos personen, samt i hvilken grad de har betydning for personens funktionsniveau (WHO, 2019).

#### 8.2 Forekomst af psykiske lidelser hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne

Efter Åndssvageforsorgen blev nedlagt i 1980, er der ikke længere præcise tal på, hvor mange mennesker der har nedsat psykisk funktionsevne i Danmark, men det skønsmæssige tal ligger ifølge Flachs et al. (2014) omkring 51.000, og ifølge psykiater Kurt Sørensen og mag. art. i psykologi Per Lindsøe Larsen (2018) ligger tallet mellem 80.000 til 110.000. Dette gør det derfor svært at vurdere, hvor mange i målgruppen der også har en psykisk lidelse. Tallet antages dog at ligge noget højere end de 20 % af normalbefolkningen, som på et tidspunkt i livet oplever at få en psykisk lidelse (www.oligo.nu, lokaliseret 19.7.2017).

I en rapport fra Dansk Psykiatrisk Selskab og LEV fra 1994 skønnes det, at omkring 30 % af voksne med funktionsnedsættelse udvikler adfærdsforstyrrelser, og 12 - 17 % har symptomer på bagvedliggende psykiske lidelser. Til sammenligning gælder dette kun for 1 - 1,5 % af normalbefolkningen (Jansen, 1994).

I forskellige internationale undersøgelser af mennesker med mild og alvorlig mental retardering, ses en øget forekomst af psykiske lidelser svarende til mellem 1/3 til 2/3 af gruppen. For eksempel viser en dansk epidemiologisk undersøgelse fra 1985 af 302 voksne med funktionsnedsættelse en forekomst af psykiske lidelser hos cirka 1/3. I undersøgelsen blev der også påvist en sammenhæng mellem faldende prævalens og stigende IQ, samt en stigende prævalens med stigende alder (Gjærum & Ellertsen, 2005).

I 2003 påvises i en rapport fra Oligofreni-psykiatri i Syddanmark et stigende antal udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Rapporten peger på, at ca. 30 % af mentalt retarderede har en behandlingskrævede psykisk lidelse. I rapporten konkluderes, at der er en stigende efterspørgsel af psykiatrisk behandling fra gruppen, der benævnes "sinker" (<http://www.socialportalsys.dk/wm214351>, lokaliseret 25.7.2017).

Variationen i tallene skal ses i sammenhæng med personernes grad af retardering samt valg af diagnostik, hvor det kan være vanskeligt at afgøre, om bestemte symptomer fx stereotyp bevægelser eller hyperaktivitet eksisterer parallelt med eller er et træk ved den mentale retardering (Gjærum & Ellertsen, 2005).

Der kan også være stor usikkerhed i forbindelse med diagnosticering, da den traditionelle psykiatriske undersøgelse foregår ved samtaler med patienten, som giver indblik i dennes tankeverden og symptomer. Da samtalen, som kræver patientens evne til selvrefleksion, ofte ikke er en mulighed hos denne målgruppe, har psykiateren derfor behov for supplerende oplysninger fra pårørende og personale.

Der kan endvidere være kulturelle og samfundsmæssige faktorer, der påvirker, at gruppen af de bedst fungerende (omkring IQ 70) i Oligofreni-psykiatri Sydjylland rapport fra 2003, modsat den danske undersøgelse fra 1985, nu i højere grad efterspørger psykiatrisk behandling. Med andre ord ses der (jf. Brinkmann, 2010) samme tendens som i normalbefolkningen, hvor flere får en diagnose.

Selvom undersøgelserne har forskellige konklusioner, viser de, at der er en øget sårbarhed hos målgruppen, en sårbarhed som let kan udfoldes, når krav og forventninger ikke stemmer overens med personens ressourcer og mestringsstrategier.

#### 8.3 Afgrænsning i forhold til andre lidelser med lignende symptomer

Som nævnt, kan det være vanskeligt at diagnosticere et menneske med nedsat psykisk funktionsevne, og det er derfor vigtigt at kunne skelne psykiske lidelser fra andre sygdomme og lidelser fx erhvervede hjerneskader.

En erhvervet hjerneskade kan fremkalde psykiske symptomer, der til forveksling ligner symptom billedet ved en psykisk lidelse, da der forekommer mange af de samme symptomer så som hallucinationer, angst og vrangforestillinger. Skader i frontallappen kan ændre personligheden, og skader i det limbiske system kan gøre ellers fredsommelige mennesker aggressive.



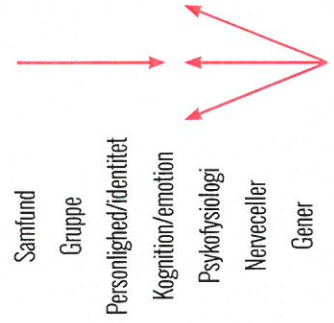
Fysiske tilstande som dehydrering, der fx ofte ses hos mennesker med demens, samt blærebetændelse kan også medføre hallucinationer, tvangstanker og forvirring. Det er derfor afgørende i første omgang at afklare, om det er somatiske forhold, der har foranlediget symptomerne, så borgeren får den rette behandling. Hvis symptomerne ikke har været der tidligere, og borgeren er undersøgt for fx dehydrering, blærebetændelse og misbrug af alkohol eller stoffer, kan det være tegn på, at det er en psykisk lidelse, som er årsag til symptomerne.

#### 8.4 Årsager til udvikling af psykisk lidelse hos målgruppen

Hjernen er plastisk og ændrer sig i takt med de påvirkninger, personen udsættes for gennem livet. Ifølge Raben Rosenberg er det nødvendigt at acceptere både neurobiologiske betingelser for bevidstheden uden dog at reducere et menneskes bevidsthed til ren biologi. Rosenberg introducerer begrebet hjernens eller psykens emergens, men også hjernen eller psyken som emergens. Der er tale om både et bottom-up perspektiv, som afspejler bevidsthedens afhængighed af biologiske processer, og et top-down perspektiv, som viser afhængigheden af både det psykobiologiske niveau og de påvirkninger, personen udsættes for i interaktion med samfund og gruppe.

Emergensmodellen nedenfor viser den gensidige påvirkning mellem de forskellige elementer i hierarkiet: gener – enzymer, hormoner – neurotransmittere – psykofysiologi – emotioner – kognition – identitetsfølelse (Rosenberg, 2013). Modellen er sammen med den bio-psyko-sociale model brugbar i en integrativ forståelse af neuropædagogik, da den sammenstiller forhold på mange forskellige niveauer og dermed lægger op til en multifaktoriel forståelse af psykiske lidelser.

#### Emergensmodel



Egenskaber, der opstår på et hierarkisk højere niveau, kan ikke reduceres til de underliggende niveauer, om end disse er det pågældende fænomens forudsætning.

Figur 8.1: Emergensmodel  
Kilde: VISS (inspireret af Rosenberg, 2013)

#### 8.4.1 En multifaktoriel forståelse af psykisk lidelse

I ICD 10's klassifikation af psykiske lidelser har man tilstræbt at undgå at pege på årsagsfaktorer i diagnoserne. Udviklingen af en psykisk lidelse opfattes også her som et samspil mellem en medfødt eller erhvervet psykisk sårbarhed og de belastninger, personen kommer ud for på forskellige tidspunkter i livet.

Årsagen til en psykisk lidelse er multifaktoriel og rummer både biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle og samfundsmæssige aspekter, der gensidigt påvirker hinanden. Det kan derfor have stor betydning, hvordan fx barndommen tilrettelægges, herunder dagtilbud, skole og uddannelse samt de gældende politikker på områderne. Samspillet mellem de forskellige faktorer kan give en stor variation i lidelsens omfang og udtryk, hvilket betyder, at den kendte diskussion om enten arv eller miljø ikke længere er meningsfuld. Mange faktorer skal således tænkes sammen i vurderingen af, hvad der kan ligge til grund for en psykisk lidelse. Behandlingen af den pågældende lidelse indebærer derfor en tværfaglig tilgang i en professionel praksis (Lier et al., 2009; Rosenberg, 2013).

Fremkomsten af psykiske lidelser forekommer oftere i nogle familier og mindre ofte i andre. Meget peger på, at der er en øget risiko for at udvikle en psykisk lidelse, hvis der er andre i familien, som også har en psykisk lidelse. Derfor er det nærliggende at konkludere, at der er tale om en genetisk disposition.

I klassiske studier i 1900-tallet blev forholdet mellem gener og miljø undersøgt hos både enæggede og tvæggede tvillinger. Enæggede tvillinger har samme arvemasse, dvs. de har samme genotype, og tvæggede tvillinger har 50 % fælles arvemasse, som det også ses ved andre søskende.

Studierne viste en øget arvelighed for psykisk sygdom hos de enæggede tvillinger, især i forhold til lidelser som skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse. Hvis den ene tvilling fx har haft en eller flere perioder med bipolar lidelse, er der en øget risiko på 70 – 80 % for, at den anden tvilling også udvikler lidelsen. At miljøet i denne sammenhæng har stor betydning, påvises af de 20 – 30 % af enæggede tvillinger, som ikke udvikler lidelsen (Madsen, 2018).

Nyere studier, som har fokus på epigenetiske mekanismer, understreger netop miljøets betydning for, at en disposition for psykisk lidelse kan komme til udtryk. Epigenese er en proces, hvor gener tændes eller slukkes, alt efter hvilke påvirkninger personen og dermed generne udsættes for. Enæggede tvillinger med samme arvemasse kan, modsat tidligere studier, således vise store forskelle i forhold til, hvilke somatiske og psykiske lidelser de kommer til at udvikle (Kjærgård et al., 2012). Miljøpåvirkninger i form af kemiske stoffer, fx pesticider, men også mangelfuld ernæring påvirker ikke blot fosterets hjerne, men også både børn og voksne hjerner og fysik generelt.

Det er endnu ikke påvist, at bestemte gener fører til bestemte psykiske lidelser, men der er udbredt enighed om, at generne har en betydning i forhold til at udvikle psykisk sårbarhed – en sårbarhed, som kan realiseres i kontakten med miljøet, og som kan føre til forskellige psykiske lidelser (Gøtzsche, 2015).

#### 8.4.2 Epigenetisk medicin

Et nyt forskningsfelt er epigenetisk medicin, der undersøger, hvordan livstilsfaktorer kan påvirke vores DNA og dermed have betydning for hjernens sundhed. Inden for dette forskningsfelt undersøges sammenhængen mellem hjernen og mave-tarmsystemet. Studierne peger på, at risikofaktorer for neurologiske og psykiske lidelser kan findes i sammensætningen af vores tarmbakterier. I forsøg med mus, viser det sig muligt at ændre musens psykiske tilstand ved at indsætte tarmbakterier fra mentalt sunde mus i mus, der lider af enten angst eller depression.

Antagelsen om, at fx depression skyldes en kemisk ubalance i hjernen, kritiseres i disse år og udfordres også af den epigenetiske medicin. Tryptophan, forstadiet til serotonin, reguleres af tarmbakterierne, hvorfor tarmens sundhed er afgørende for den mentale sundhed. Det hævdes her, at det især er udviklingen af inflammation og graden heraf, som det ses ved en usund tarm, der er afgørende for depressionens sværhedsgrad. Antidepressiv medicin øger serotoniniveauet i hjernen, men det har også en dæmpende effekt på inflammation. Det er derfor nødvendigt, i behandlingen af for eksempel depression, at bevæge sig ud over det biologiske niveau og se på miljøfaktorer som livsstil og kost.

Selvom forsøgene endnu ikke kan overføres til mennesker, har de fleste nok på egen krop oplevet en forbindelse mellem psykik og mave ikke mindst, når vi bliver bange. I daglig sprogbrug kender vi udtryk som "at have sommerfugle i maven", have is i maven" eller "have en god mavefølelse"- udsagn, som alle peger i retning af denne sammenhæng (Enders, 2015; Perlmutter, 2015).

#### 8.4.3 Kan psykisk lidelse forebygges

Den arvelige disposition kan i teorien hindres i at bryde ud, hvis barnet vokser op i et stimulerende miljø med nærværende voksne, hvor der sikres en god udvikling og en sund livstil samt grundlægges et godt selvværd.

Den medfødte disposition kan modsat bryde igennem, hvis miljøet ikke er tilpas udviklende og støttende, eller barnet er udsat for direkte omsorgssvigt. Biologi og miljø påvirker hinanden, og derfor er børn af forældre med psykiske lidelser, som fx skizofreni eller bipolar lidelse, særligt sårbare i forhold til selv at udvikle en psykisk lidelse. Den eventuelt medfødte disposition får lettere ved at blive realiseret, da forældrene i deres sygdomsperioder ikke i samme grad har ressourcer til at tilgodese barnets behov. Hvis den voksne ikke er følelsesmæssigt tilgængelig, har opmærksomhed på barnet og dermed evner at regulere og afstemme sig med barnets forskellige tilstande, opstår der en risiko for fejludvikling, som kan øge barnets psykiske sårbarhed. Et tydeligt eksempel på dette er fx de rumænske børnehjemsbørn.

En vigtig pointe er dog, at det er umuligt til fulde at kontrollere miljøet, da de fleste familier, også ressourcerstærke, kan komme ud for belastninger, som kan sætte en anderledes udvikling i gang. Børn kan fødes med alvorlige sygdomme og handicaps, som påvirker deres udvikling og mestringsstrategier, hvilket kan sætte processer i gang i familien, der kræver uanede ressourcer fra både forældre og søskende.

Børn kan miste deres forældre, vokse op i fattigdom og krig, være nødt til at flygte, blive udsat for mobning – forhold, som stiller store krav til omgivelsernes ressourcer i forhold til at tilgodese barnet.

Derudover er det også vanskeligt at kontrollere miljøet i forhold til kemikalier, pesticider, og andre farlige stoffer i luft, vand og fødevarer. Alt sammen stoffer, som kan påvirke det lille barns hjerne og dermed resultere i forskellige udviklingsforstyrrelser, der på sigt også kan føre til psykiske lidelser.

#### 8.4.4 Udsathed hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne

Som nævnt i forrige afsnit er det forbundet med en øget sårbarhed og dermed udsathed at blive født med nedsat psykisk funktionsevne. Ofte har det spæde barn brug for, at forældrene skal yde en ekstra indsats i forhold til at tilgodese barnets basale behov for kontakt, mad og søvn. Et lille barn, som har svært ved at spise og sove, og som ikke responderer normalt på forældrenes kontakt, kan være vanskeligt at afstemme følelsesmæssigt. Når en funktionsnedsættelse eller udviklingsforstyrrelse først opdages i løbet af førskole- eller skolealder, kan barnet ofte have været udsat for en manglende forståelse og kravtilpasning i omgivelserne. Disse forhold kan, alt afhængig af vanskelighedernes omfang og samspillet med miljøet, føre til en anderledes udvikling, som på sigt kan resultere i en psykisk lidelse (jf. kapitel 10).

Når mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er særligt udsatte i forhold til at få en psykisk lidelse, skyldes det ikke mindst deres kognitive funktionsniveau. Som vist ovenfor ses fx en øget forekomst ved faldende IQ samt en øget forekomst ved stigende alder. Udover kognitive funktionsnedsættelser ses der ofte sensoriske forstyrrelser hos målgruppen, hvilket samlet resulterer i større stressårbarhed hos den enkelte, som dermed øger risikoen for en psykisk lidelse, fx depression, tvangshandlinger og i værste fald psykoser.

Borgere med nedsat psykisk funktionsevne er også sårbare i forhold til at få en psykisk lidelse, da de har begrænset mulighed for at forme deres eget liv. De vælger fx ikke selv, hvor de vil bo, hvem de skal bo sammen med samt hvem og hvor mange, der skal drage omsorg for dem. Der kan af mange grunde ikke altid ændres på disse forhold, men det er vigtigt, at borgeren får så stort medborgerskab som muligt, inddrages i beslutningerne omkring eget liv samt får tilstrækkelig hjælp og støtte. Hos borgere, der mistrives i deres botilbud, ses ofte et øget konflikt- og stressniveau, som kan resultere i en psykisk lidelse.

Samtidig kan det nedsatte kognitive funktionsniveau betyde, at borgeren ikke forstår egen situation og heller ikke kan vurdere konsekvenserne af egne valg. I de situationer, er det afgørende, at medarbejderen formår at iagttage og tolke borgerens signaler og give valg på et passende niveau, der hvor det er muligt. Det er kendt, at et øget stressniveau belaster hjernens funktioner og dermed øger risikoen for fx depression og angst (Thybo, 2013).



Borgere på botilbud har ofte haft mange skift i løbet af livet. Ex kan betydningsfulde omsorgspersoner være forsvundet ud af borgerens liv, ofte uden særlig forklaring, eller uden efterfølgende bearbejdning af den sorg, dette har afstedkommet for borgeren. Borgeren kan kognitivt have begrænsede muligheder for at forstå den meget abstrakte situation, det er at miste en, man holder af. Fravær af meningsfuldhed, sammenhængskraft og håndterbarhed i livet spiller således også ind på den psykiske sårbarhed.

En psykisk lidelse hos et menneske med nedsat psykisk funktionsevne øger sandsynligheden for udfordrende adfærd, men er ikke i sig selv en forudsætning herfor. Mange mennesker med nedsat psykisk funktionsevne udviser også en udfordrende adfærd uden at have en psykisk lidelse (Tetzchner, 2003).

Når mennesker er psykisk sårbare, fordrer det en øget opmærksomhed på de faktorer i omgivelserne, som kan virke stressende på borgeren. Den professionelle skal derfor kunne aflæse borgerens advarselstegn for at forebygge, at borgeren skubbes over sin stresstærskel.

#### 8.4.5 Stress

I ICD-10'en klassificeres forskellige belastningsreaktioner, som fx akut og posttraumatisk belastningsreaktion (WHO, 2009). Her er tale om belastninger af en sådan grad, at personen ikke længere kan indgå i dagligdagen på samme måde som før belastningsreaktionen.

Stress betegner både en legemlig og en psykisk belastning, men er ikke i sig selv en sygdom. Stress er fysiologisk set en instinktiv kamp eller flugtreaktion, hvor kroppen er i alarmberedskab. Dette ses blandt andet ved, at personen er anspændt i kroppen, årvågen og har svært ved at koncentrere sig og rette opmærksomheden mod det, der er vigtigt. En stressreaktion involverer både hormoner, nerve- og immunsystem. Hvis belastningerne ikke aftager, og stresspåvirkningen bliver langvarig, hæmmes immunsystemet, hvilket kan føre til kroniske sygdomme såsom astma, allergi, forhøjet blodtryk, sukkersyge m.m. Sygdomme, som man formentlig har anlæg for, aktiveres nu på grund af stress. Når et menneske oplever stressbelastninger, er der også en øget risiko for depression og angst (Thybo, 2013).

Borgere med nedsat funktionsevne stresses naturligt af det, der generelt stresser alle mennesker. Det kan fx være voldsomme ændringer i livet, overgreb, at blive mødt med krav, man ikke kan honorere, at have flere aftaler og opgaver, end man magter, bo i et botilbud, hvor der er uro og støj, eller blot være usikker på, hvor man skal holde jul, eller hvilke medarbejdere der kommer næste dag. Selvom mennesket med nedsat psykisk funktionsevne er stressfølsomt på baggrund af det medfødte handicap, skal stress stadig forstås som noget relationelt og kontekstuel, der opstår på baggrund af en ubalance mellem borgerens ressourcer og omgivelsernes evne til at skabe et miljø, der sikrer, at borgeren kan mestre livet med de ressourcer, der er tilgængelige.

#### CASE 8.1

*Sofie har haft en dag på dagtilbuddet, hvor der har været en gruppe og spille. Hun har været meget spændt på dette arrangement, og i mange dage forinden har hun glædet sig. Hun har haft svært ved at sove og har ikke kunnet koncentrere sig om de dagligdags rutiner, men har hele tiden talt om koncerten på dagtilbuddet, om hvad hun skulle have på, hvem der skulle med, hvilken medarbejder hun mon skulle sidde ved siden af og så videre. Det har været helt umuligt at fasholde hende i de daglige gøremål, og hun har haft svært ved selv de mest simple rutiner.*

Casen viser, at en positiv begivenhed, som Sofie glæder sig voldsomt til, også stresser hende meget, fordi den ikke hører til den daglige trykke og forudsigelige hverdag. Stressbelastningen her opstår på baggrund af de mange uforudsigelige og ubekendte faktorer, som begivenheden rummer.

Generelle tiltag i forhold til at imødegå stress vil være at tilrettelægge indsatsen, så den kompenserer for borgerens forskellige kognitive udfordringer, ikke mindst i forhold til begrænsninger i de eksekutive funktioner, central kohærens og mentalisering (Elvén, 2012). Indsatsen må sikre, at borgerens basale behov for søvn og hvile, mad og drikke samt fysisk aktivitet og berøring, tilgodeses. Derudover skal der skabes en forudsigelig hverdag, stilles passende krav samt arbejdes med at skabe mening i borgerens liv under hensyntagen til de ressourcer, borgeren har.

#### 8.5 Psykiske lidelser hos mennesker med nedsat funktionsevne

I den professionelle praksis er det afgørende at have et tæt samarbejde med en psykiater, når borgeren udvikler en bekymrende adfærd, som ikke udelukkende kan afhjælpes pædagogisk. Det er vigtigt, at psykiateren har et solidt kendskab til målgruppen og dens forskellighed samt har forståelse for, i hvilken grad anvendte pædagogiske tilgange i kombination med medicin kan fremme eller hæmme borgerens muligheder for at komme sig. Derfor skal det undersøges, hvilke faktorer i relationen til medarbejdere, bofæller, pårørende og til miljøet, som er medvirkende til at vedligeholde symptomerne.

Diagnosen er vigtigt i forhold til behandlingen, og det er endvidere afgørende, at borgeren bliver mødt af medarbejdere, som har viden om de specifikke diagnoser. Diagnosen kan, som nævnt, besvare spørgsmålet om, hvad personen fejler, men dette vil ikke fortælle alt, da mennesker med samme diagnose er meget forskellige i både personlighed og reaktioner.

Borgere med nedsat psykisk funktionsevne har ofte nogle meget komplekse problemstillinger, som rummer et broget symptom billede, hvor der er et overlap mellem forskellige psykiatriske diagnoser og udviklingsforstyrrelser – med andre ord en høj grad af komorbiditet. Derudover kan der være misbrugsproblemer og andre problemer, som fx relaterer sig til tidlig omsorgssvigt eller manglende social inklusion. Denne kompleksitet kræver en særlig tilgang, når vi skal forstå psykisk lidelse fra borgerens perspektiv og efterfølgende hjælpe borgeren til en højere grad af trivsel. Den professionelle kan kvalificere sin forståelse af og hjælp til den psykisk lidende ved fx at lade sig inspirere af den salutogenetiske tilgang.

### 8.5.1 Salutogenese

Salutogenese (saluto = sundhed og genese = årsag til) betyder årsager til sundhed. Det er et forskningsområde, der undersøger de mekanismer, som ligger til grund for et menneskes trivsel, sundhed og robusthed. Der er tale om en dynamisk og ressourceorienteret tilgang til sundhed, udviklet af Aron Antonovsky, som var israelsk-amerikansk professor i medicinsk sociolog.

Han blev inspireret til den salutogenetiske idé omkring 1970, hvor han undersøgte flere israelske kvinder fra forskellige etniske grupper og observerede, hvordan de tilpassede sig overgangsalderen både fysisk og psykisk. Antonovsky undersøgte, om der var en sammenhæng mellem det at have været i koncentrationslejre, oplevelsen af stress og den fysiske helbredstilstand (Thybo, 2013).

Aron Antonovsky sætter lighedstegn mellem sunde mennesker og evnen til at håndtere stressorer. I hans undersøgelse af årsager til sundhed fandt han frem til at kalde evnen til at håndtere stressorer for *oplevelse af sammenhæng*. Antonovsky definerer oplevelse af sammenhæng (OAS) som:

*"en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i (Antonovsky, 2000:37).*

OAS opnås gennem en opmærksomhed på følgende tre faktorer i borgerens liv:

- Begribelighed - støtte til, at borgeren forstår det, der sker, og at det er forudsigeligt
- Håndterbarhed - at borgeren oplever at kunne håndtere de krav, der stilles, og at belastningsbalancen er i orden
- Meningsfuldhed - det at livet giver mening, og at borgeren oplever sig som 'aktiv deltager' i sit liv (Thybo, 2013).

Den salutogenetiske tilgang kan hjælpe os til at få øje på, hvor der er et misforhold mellem fx funktionsniveau og krav, forudsigelighed samt meningsfuldhed i dagens aktiviteter.

I næste afsnit belyses gennem eksempler, hvordan en kompleks problemstilling, som også rummer en psykisk lidelse, kan se ud i en professionel praksis.

### 8.5.2 Depression og sorg

#### CASE 8.2

*Peter er en venlig og høflig mand på 45 år. Peter vil pludselig ikke på dagtilbud længere og uanset, hvor meget medarbejderne forsøger at motivere han, afviser han at stå op og gøre sig klar. Han har tidligere været glad for sit arbejde og for at køre med bostedets bus derover. Peter vil heller ikke med på busture sammen med de andre og kun køre med bus, hvis det er sammen med en medarbejder.*

*Peter begynder at sove dårligt, vågner tidligt om morgenen eller modsat sover mere end sædvanligt. Han mister appetitten, men spiser meget gerne søde sager, og samtidig mister han interessen for det, han plejer at være optaget af. Når medarbejderne forsøger at motivere ham til noget, bliver han sur og råber: "Nej, gider ikke, gå væk!" Peter trækker sig mere og mere væk fra det sociale liv og bruger meget tid under dynen. Når medarbejderen inviterer Peter ind i følelseskabet, siger han: "Jeg er syg, ondt i hovedet." Peters tanker og tale kredser om, at han ikke kan finde ud af noget, at han er dum, og at andre synes, han er dum. Ofte siger han: "Far og mor kan ikke lide mig. Peter skal tage sig sammen. Jeg kan ikke noget. Ulrik er dum."*

Et af kernesyntomerne ved depression er nedsat stemningsleje. Det karakteriseres ved, at borgeren oplever omgivelserne som gennem en gråtonet film, hvor intet lys trænger igennem, og hvor intet kan ændre den knugende sindstemning. Det er for vedkommende en fremmed og ubegribelig følelse, som ikke kan og må forsvikles med sorg efter gængs opfattelse. Alt, hvad man normalt glæder sig over, mister interesse, og personen plages samtidig af en overvældende træthed og følelse af uoverkommelighed. Trætheden kan være i sådan en grad, at det giver hovedpine og muskelsmerter. På grund af den lammende udmattelse kan personlig pleje føles fuldstændig uoverkommelig. Søvn er ofte påvirket ved depression, således at man ofte sover meget døgn igennem. Trods kronisk træthed er det kendetegnende, at den depressive vågner tidligt om morgenen og ikke kan sove igen.

Medarbejderne begynder at undersøge, om der kan være forhold, der har skubbet til udviklingen af en depression hos Peter. Det viser sig, at der er startet en ny bruger i dagtilbuddet, som Peter er utryg ved. Brugeren hedder Ulrik, og han er ikke blot i dagtilbuddet, men skal også køre med samme bus som Peter, da han bor i nærheden af Peter. Ulrik har fået til opgave at lave kaffe om formiddagen sammen med Peter, et gøremål som Peter indtil da har klarer selvstændigt og følt glæde og stolthed over at kunne udføre. Peter plejede at kalde de andre brugere til kaffe, når den var brygget færdig, og han nød stor anerkendelse, når brugerne sagde 'tak for kaffe' til ham.

Ulrik har været truende over for Peter, når Peter siger, han selv vil lave kaffe. Medarbejderne har primært anvist Peter i forhold til, at de nu sammen skal hjælpes ad med kaffen. For at sikre, at Peter og Ulrik ikke kommer for tæt på hinanden under kaffebrygningen, har de flyttet kaffemaskinen til et nyt sted i køkkenet. Når Peters forældre er på besøg, opfordrer de Peter til at tage på arbejde. De siger, at han ikke bare kan slappe af hver dag, men skal se og tage sig lidt sammen.



Peter har ikke haft indflydelse på eller magt til at gøre noget ved sin situation. Han er ikke blevet inddraget i beslutningen om, at han skal samarbejde med Ulrik. Han oplever et tab af status, i og med han ikke længere må lave kaffen selvstændigt, og han høster ikke længere anerkendelse fra de andre. Kaffebrugen er også blevet besværliggjort, da rutinen nu er lavet om, idet kaffemaskinen er placeret et nyt sted, langt væk fra køkkenvask, affaldsspand, kaffebønner og kaffefiltre. Med andre ord kan Peter ikke længere anvende en allerede indlært rutine, når han skal lave kaffe.

Peter har følt sig truet, både af Ulrik, men også af sit tab af status. Truslen fra Ulrik forekommer ikke blot i dagtølbuddet, men også i bussen til og fra arbejde. Peter har reageret på truslen ved at fortælle Ulrik, han selv vil lave kaffe. Da dette ikke hjælper, har han reageret ved at trække sig.

Medarbejderne hjælper Peter med at sætte ord på det, der er sket. De stiller ikke krav om hans deltagelse i aktiviteter eller arbejde, men bruger meget tid sammen med ham i hans lejlighed, hvor de blandt andet giver ham massage. Efterhånden som Peter får det bedre, undersøger medarbejderne, hvilke andre veje der er til at Peter igen kan opnå status og anerkendelse blandt de andre. De har et tæt samarbejde med dagtølbuddet og med forældrene, så alle trækker på fælles hammel. En medarbejder fra dagtølbuddet kommer også på besøg og taler med Peter om, hvad der skal til, for at han kan vende tilbage til sit arbejde.

Når et menneske med nedsat psykisk funktionsevne bliver deprimeret, er det således vigtigt at undersøge, om personen har oplevet tab, som vedkommende søger over. Tabene kan ligge langt tilbage i tiden, hvor de i ubearbejdet form til stadighed kan have indflydelse på personens stemningsleje. Dette ses ofte i forbindelse med dødsfald af nære pårørende, hvor tabet kan blive til en kronisk sorg, hvis der ikke arbejdes med sorgen på en måde, som er meningsfuld for borgeren.

#### CASE 8.3

*Gitte har mistet sin mor for seks måneder siden. Hun var ikke med til begravelsen, da familien ønskede at skåne hende. Da Gittes mor levede, kom hun på besøg hos Gitte næsten hver søndag, hvor de blandt andet altid gik en tur sammen og tog på cafe. Gitte kom også hjem på besøg til højtiderne. Gitte bliver ofte ked af det, græder uhæmmet og er utroelig. Hun gentager ofte ordene: "savner mor, savner mor." Pludselig kan Gitte blive glad igen, hvor hun ler og griner tilsyneladende sorgløst.*

Sorg er en følelsesmæssig situation, der alt efter kultur og historisk periode opfattes forskelligt. Sorg er ikke en sygdom, men en proces, der igangsættes af tab, som dødsfald, skilsmisse, tab af arbejde eller andre eksistentielle ændringer. I de fleste tilfælde fremkalder andres død en sorgperiode (Holland & Rudbeck, 2009).

Mennesker med psykisk nedsat funktionsevne oplever ofte mange tab. Det er derfor af stor vigtighed at have fokus på at støtte borgeren i at få bearbejdet sorgen over de tab, der opstår for eksempel ved flytning, tab af kontaktperson, tab af funktioner, dødsfald i familien og blandt bofæller.

Sorgarbejde med børn viser, at barnet ofte går ind og ud af sorgen, hvor det kan være dybt ulykkeligt det ene øjeblik og kort tid efter lege sorgløst. Det samme ses ofte hos mennesker med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Det betyder ikke, at de ikke sørger, men at de på grund af deres mentale udviklingsniveau ofte sørger på samme måde som børn. Sorgen kan dog være ved længe og her tales om fastlåst eller patologisk sorg, der kan forveksles med depression.

Sorgprocessen kan hos mennesker med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne have andre udtryk og være forsinket, fx på grund af vanskeligheder med at forstå, hvor fx en af afdød pårørende er henne og hvorfor denne ikke kommer igen, vanskeligheder med at udtrykke følelser samt manglende erfaring og viden om, at følelser forandres igen. Sorgreaktionen kan forløbe følelsesmæssigt i forhold til det mentale udviklingsniveau og ikke i forhold til kronologisk alder, som beskrevet i eksemplet med Gitte ovenfor. Det betyder ikke, at Gitte skal behandles som et barn, men at man skal hjælpe hende med at bearbejde sorgen på en måde, der er meningsfuld for hende for eksempel gennem brug af billedmateriale og let forståelige bøger om temaet. Ved dødsfald kan man sammen besøge den afdødes gravsted, lave en mindebog med billeder af de oplevelser, man havde sammen samt tale om den afdøde og anerkende de følelser, borgeren har i forhold til savnet.

Det er også vigtigt, at den professionelle får viden om, hvordan man kan trøste borgeren, samt hvilket indhold borgeren havde i relationen med den afdøde, en savnet medarbejder eller bofælle. Opgaven går da ud på, at finde muligheder for at tilbyde samme indhold i den relation den professionelle har med borgeren.

#### 8.5.3 Angsttilfælde

##### CASE 8.4

*Lone er for nylig flyttet hjemmefra sine forældre. Hun har inden indflytningen været i aflastning samme sted, så hun er bekendt med de fysiske rammer og de andre, som bor der. Hver søndag pakker hun sin kuffert, da hun tror, hun skal hjem til forældrene igen. Hun affinder sig med, at medarbejderen hjælper hende med at pakke ud igen, men virker tydeligvis skuffet og trist. Lone får nogle gange besøg af sine forældre, og kommer også ind imellem på besøg hos dem.*

*Efter et stykke tid begynder Lone at vaske hænder meget tit, både når der af omgivelserne synes at være en grund til det, og når der ikke synes at være nogen grund. Hænderne vaskes mange gange og efter et bestemt ritual. Forsøger man at afbryde hende i ritualet, bliver hun irriteret og urolig. Når Lone tager bad og efterfølgende tager tøj på, afmærker hun alle kanter på undertøjet med et vådt fingeraftryk efter et ganske bestemt mønster. Hvis hun afbrydes, skal hun starte forfra. Når hun er klar til at tage på arbejde skal hun afmærke dørkarmen efter samme princip, før hun kan komme ud af døren.*

OCD (Obsessiv Compulsive Disorder) er en angstlidelse, der er karakteriseret ved tvangstanker (obsessioner) og tvangshandlinger (kompulsioner). Lidelsen kan variere meget i sværhedsgrad.

Tvangstanker er ubehagelige og skræmmende idéer eller forestillinger, der trænger sig på og er umulige at slippe. Sædvanligvis er personen klar over, at det er dennes egne tanker, selvom de opleves ufrivillige. De mest almindelige tvangstanker handler om smitte, snavs, dødelig sygdom samt forestillinger med aggressivt eller seksuelt indhold.

Tvangshandlinger er gentagne handlinger og ritualer, som skal udføres, og hvor personen har en oplevelse af, at hvis han ikke gør det, vil der ske noget frygteligt. De mest almindelige tvangshandlinger handler om sikkerhedsfjæk, overdreven renlighed, orden, optælling og symmetri. Personen ved sædvanligvis, at handlingerne er irrelevante, men de tjener til at neutralisere det frygtede indhold i tvangstanker. Følelsen af angst for, at tankerne skal realiseres, er så ubehagelig, at den dermed tvinger personen til at udføre tvangshandlingen (Mark, 2008).

Det formodes, at mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er karakteriseret med en overvægt af tvangshandlinger frem for tvangstanker, og at denne overvægt øges i takt med nedsat kognitiv funktion. Personen kan have svært ved at mærke og forklare sin angst, og har også reducerede evner til at finde en passende måde at dæmpe og håndtere angsten på. Tvangshandlingerne kan derfor ses som en måde at bevare kontrollen på i en angstfyldt situation.

Det er vigtigt, at skelne mellem OCD og de udfordringer, som målgruppen har pga. af deres reducerede kognitive evner og overbliksvanskeligheder. Disse udfordringer betyder, at de har et større behov for kontrol og forudsigelighed, som blandt andet kan etableres gennem ydre struktur, tilpasning af kommunikation og krav.

Hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne, samtidig autisme spektrum forstyrrelser eller blot et meget lavt kognitivt niveau, kan det være vanskeligt at skelne, hvornår der er tale om tvangshandlinger eller stereotypier. Ofte ses stereotypier, hvis personen er understimuleret. Understimuleringen kan fx handle om manglende kontakt med medarbejdere, manglende mulighed for at kommunikere med andre på et tilpasset niveau samt en manglende evne til at håndtere de stimuli, der er i omgivelser, for eksempel på grund af sensoriske forstyrrelser, hvorfor det bliver nødvendigt at opsøge eller tilføre sig selv stimuli, som kan tilfredse personens særlige behov (Tetzchner, 2010).

Den primære behandling af OCD er kognitiv adfærdsterapi, og for at være virksom, skal den tilpasses personens kognitive niveau. Da der er stor angst forbundet med lidelsen, er det generelt nødvendigt, at være opmærksom på at sænke kravene og reducere de angstskabende situationer mest muligt. Her er det vigtigt at kortlægge sårbarhedsfaktorer og begrænse stressorer, der kan vedligeholde symptomer og dermed stå i vejen for borgerens mestring af situationen.

Dette indgår også i eksponeringsbehandling, som er en tilgang, der ofte praktiseres af psykologer. Medarbejderen kan i denne behandlingssammenhæng støtte borgeren på følgende måde:

- ved at hjælpe borgeren med at møde angsten i små doser, dvs. ikke undgå den helt
- ved at hjælpe borgeren med at tale om mærke angsten ved at være tæt på, støtte sprogligt, spejle og anerkende
- ved at understøtte eksponeringen blidt
- ved at tilpasse krav og forberede borgeren
- ved at undgå at understøtte sikkerhedsadfærd
- ved at forvente tilbagefald – tænke i pauser frem for tilbageskridt
- ved at have tålmodighed ([www.oligo.nu](http://www.oligo.nu))

I casen med Lone kontaktes psykiateren, som sætter Lone i medicinsk behandling med SSRI-præparater. Sideløbende støtter pædagogerne Lone med at få en højere grad af selvkontrol. Dette gøres gennem en visuel struktur, der skaber forudsigelighed omkring, hvornår Lone skal hjem på besøg, og hvornår forældrene kommer på besøg. Lone får bevilget flere timer i en seks måneders periode, hvor medarbejderen kan give mere kontakt med et indhold, som tager udgangspunkt i det, Lone er motiveret for at lave. Den mere hyppige kontakt med medarbejderne betyder, at Lone gradvist kan udsætte behovet for at vaske hænder og udføre sine ritualer i længere tid.

#### 8.5.4 Skizofreni og border-line

##### CASE 8.5

*Sussie bor på et botilbud sammen med andre borgere med nedsat psykisk funktionsevne og psykiske lidelser. Sussie har et godt sprog og er selvhjulpne i mange sammenhænge. Sussie kan let blive utålmodig med andre, og hun er ofte meget insisterende i forhold til, hvordan tingene skal foregå. Sussie begynder en dag at følge efter medarbejderen på en listende og årvågen måde, og selvom medarbejderen i første omgang forsøger at lede Sussies opmærksomhed på andre ting, bliver hun ved. Medarbejderen spørger da venligt og undersøgende: "Hvorfor bliver du ved med at følge efter mig". Sussie svarer: "Jeg har netop hørt i radioen, at fordi jeg i går talte med dig om, at jeg er spion, har du fået en viden, som betyder, at du er på Al Qaedas dødsliste. Derfor passer jeg på, at der ikke er nogen efter dig".*

Skizofreni er en meget belastende og invaliderende sygdom, som påvirker en persons tænkning, perception, (opfattelsesevne) følelsesliv og social funktion. Skizofreni udvikler sig langsomt, hvor der kan forekomme både lette og meget svære symptomer.

Diagnosen skizofreni kan stilles, hvis der forekommer vedvarende bizarre vrangforestillinger, eller hvis det observeres, at mindst to symptomer inden for gruppen hallucinationer med vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, kataton adfærd eller negative symptomer forekommer.



Katoton adfærd er legemlige motoriske symptomer, fx stilstand eller motorisk uro ofte i form af stereotyp bevægelser. De negative symptomer har med det afladede følelsesliv og den reducerede sociale funktion at gøre (Vestergaard & Sørensen, 2001).

Tidligere antog man, at mennesker med funktionsnedsættelse og en IQ under 50 ikke udviklede skizofreni. I dag er der enighed om, at skizofreni hos mennesker med nedsat psykisk funktionsevne kan identificeres og behandles (www.oligo.nu), lokaliseret 19.7.2017).

I casen støtter medarbejderen den medicinske behandling ved at anerkende og rumme Sussies oplevelse og de følelser, der er forbundet hermed, ved at sige: *"Jeg kan høre, du er meget forpint over, at du tror, du har bragt mig i fare. Det er flot, at du i den situation vælger at passe på mig, og jeg kan se, du er bange"*.

Derefter beskriver medarbejderen sine tanker om situationen: *"Jeg er sikker på, at ingen har fået en viden, der er farlig for mig, for du fortalte mig det i et rum, hvor ingen andre har kunnet høre, hvad vi snakkede om."* Hertil svarer Sussie: *"Vi blev aflyttet"*. Så kan man sammen tjekke lejligheden for aflytningsudstyr, og der bliver ikke fundet noget. Det overbeviser ikke Sussie helt, men medarbejderen fastholder respektfuldt, at det så ikke er sandsynligt, at de blev aflyttet, og siger: *"Jeg er ikke bange for at være forfulgt, og iøvrigt er jeg god til at passe på mig selv"*.

Hos borgere, som Sussie, med vrangforestillinger diskuteres det ofte, hvorvidt der skal realitetskorrigeres eller ej. Sussies forestillinger er forstyrrede, men virkelige for hende, og derfor kan de ikke blot korrigeres. Ved at fastholde en korrigerende af hendes forestillinger, kan der desuden opstå risiko for, at hun bliver angribende og farlig for sine omgivelser. Samtidig er det dog vigtigt, ikke at "køre med" på hendes vrangforestillinger, som om man oplever det samme. Opgaven består i nænsomt at anerkende hendes perspektiv af virkeligheden som værende reel for hende samtidig med, at man præsenterer et andet perspektiv uden krav om, at hun skal godtage dette perspektiv. På denne måde får Sussie et grundlag for at føle sig løst fra opgaven.

#### CASE 8.6

*Susanne er en kognitivt forholdsvis velfungerende kvinde. Hun er opvokset i et hjem med forældre, der har haft misbrugsproblemer, og hvor hendes behov ikke er blevet tilgodeset. Der har siden førskolealderen været mistanke om seksuelt misbrug. Susanne er meget impulsstyret og reagerer kraftigt på ikke at få sine umiddelbare behov tilfredsstillet. Hun kan i sin tilgang til andre mennesker virke meget grænseoverskridende.*

*Susanne er en livlig pige, med gang i mange ting på værkstedet, hvor hun arbejder. Hun kører lidt med Bo, men er imidlertid også lidt køreste med Kjeld fra sit boligud. Det swinger meget, hvem hun er mest glad for af de to. Nogle gange vil Kjeld ikke være køreste med hende, fordi hun er så svingende i sin adfærd. Når Kjeld afviser hende, bliver hun meget ked af det og føler sig svigtet og angst for, at han vil forlade hende. I sådanne situationer kan det ske, at hun reagerer ved at skære sig i armene.*

*Afvisningen fra Kjeld overskygger nu alt, og hun vælger fx ikke at tage hjem til sin mors fødselsdag, da hun hellere vil prøve at genetablere forholdet til Kjeld. Hun reagerer ikke syndeligt på, at hendes mor bliver ked af denne prioritering.*

*Susanne har flere medarbejdere, hun er meget glad for, og er optaget af at sige meget godt om dem. Andre af medarbejderne hader hun nærmest og lægger ikke skjul på dette. Der skal ikke meget til, før en medarbejder, hun er glad for, pludselig kan blive afvist af hende. Susanne kan vært verbalt krænkende og truende over for den afviste medarbejder.*

*Ifølge medarbejderne laver Susanne ofte splitting i personalegruppen, hvor hun har lavet opdeling af gode og onde medarbejdere. Susannes meninger om de enkelte medarbejdere er dog svingende og afhængig af, hvad hun lige har hørt, andre har sagt."*

Susanne er blevet diagnosticeret med en borderline lignende personlighedsforstyrrelse. Det karakteristiske ved diagnosen er en manglende identitetsfølelse, der fører til manglende indre psykisk stabilitet samt ustabile relationer til andre. Symptomerne omhandler bl.a. usikker og forstyrret identitetsoplevelse, intense og ustabile forhold til andre, separationsangst og tomhedsfølelse. Mange vil også have en tendens til at være selvdestruktive. Derudover ses en række umodne og neurotiske forsvarsmekanismer som fx projektion, projektiv identifikation, splitting, idealisering, devaluering, fortæring (Vestergaard & Sørensen, 2001; Mark, 2008).

Når der er tale om mennesker med nedsat psykisk funktionsevne er borderline personlighedsforstyrrelse en omdiskuteret diagnose, der ikke stilles nær så hyppigt som eksempelvis angst- og depressionsdiagnoser. Det er vanskeligt at skelne mellem funktionsnedsættelse, umoden personlighed og personlighedsforstyrrelse, og i praksis stilles diagnosen derfor meget sjældent (www.oligo.nu, lokaliseret 19.7.2017). I stedet benyttes begrebet borderline lignende personlighedsforstyrrelse.

Ofte taler professionelle om splitting, når en borger med nedsat psykisk funktionsevne og en borderline lignende personlighedsforstyrrelse forsøger at få opfyldt et behov. Hvis borgeren fx giver udtryk for et ønske og får afslag fra medarbejderen, ses det ofte, at borgeren vil forsøge sig hos en anden medarbejder og bliver måske imødekommet her. Her er der ikke tale om splitting, men om en brugbar strategi i forhold til at få et behov opfyldt.

Borgeren med borderline lignende personlighedsforstyrrelse har brug for tryghed, omsorg, kravtilpasning, angstreduktion og grænseætning, uden konfliktoptrapning.

I relation til Susanne søger medarbejderne for at skabe en høj grad af forudsigelighed i miljøet samt for at give tryghed i relationen blandt andet gennem en tydelig kommunikation. I det daglige sikres tydelige rutiner og strukturer, der er med til at give Susanne en indre struktur, som også kan gøre hende mere tryk.

Medarbejderne undersøger sammen Susannes handlinger og forsøger at se verden med hendes øjne, fx hvilke bagvedliggende trusler oplever Susanne, som kan give anledning til, at hun må bruge en række umodne og neurotiske forsvarsmekanismer.

Da det er let at blive ramt personligt af Susannes verbale angreb og afvisninger, modtager medarbejderne supervision, så de kan rumme de forskellige roller Susanne tildeler dem, hvor de enten er inde i varmen eller ude i kulden. De er bevidste om, at Susanne til stadighed vil afprøve deres relation og forsøge at genetablere tidligere relationsmønstre. Dette hjælper medarbejderne til ikke at tage det personligt, når Susanne er grænseoverskridende, truende og afvisende i relationen.

### 8.6 Andre tilgange til behandling

Som flere af eksemplerne viser, er det nødvendigt at lave en grundig udredning af borgerens udfordringer for at kunne tilbyde den rette behandling. Som nævnt er personer med samme diagnose ikke ens og skal derfor heller ikke have den samme behandling, selvom diagnosen kan være med til at understøtte de overordnede retningslinjer for den medicinske og pædagogiske behandling.

For borgere med nedsat psykisk funktionsevne er det vigtigt, at den individuelle tilgang passer til borgerens kognitive funktionsniveau. Hos borgere med et relativt højt funktionsniveau, kan tilgange som fx recovery, psykoedukation, samtale og jeg-støtte benyttes. For borgere med et lavt funktionsniveau kan kropslige, musik- og kunstterapeutiske samt spædbarn- og legeterapeutiske tilgange anvendes. Disse tilgange kan dog også være virksomme hos borgere med et højere kognitivt funktionsniveau.

I den integrative neuropædagogik er det netop den professionelle opgave at skræddersy tilgangen til den enkelte ved at trække på en bred vifte af tilgange, som understøtter den måde borgeren oplever sin verden på. De forskellige tilgange kan derudover tilpasses borgerens funktionsniveau gennem en alternativt støttet kommunikation.

---

### Supplerende læsning

Der findes mange tilgange til behandling i arbejdet med borgere med psykiske lidelser. Hvis du vil læse mere uddybende om de forskellige tilgange kan følgende litteratur anbefales:

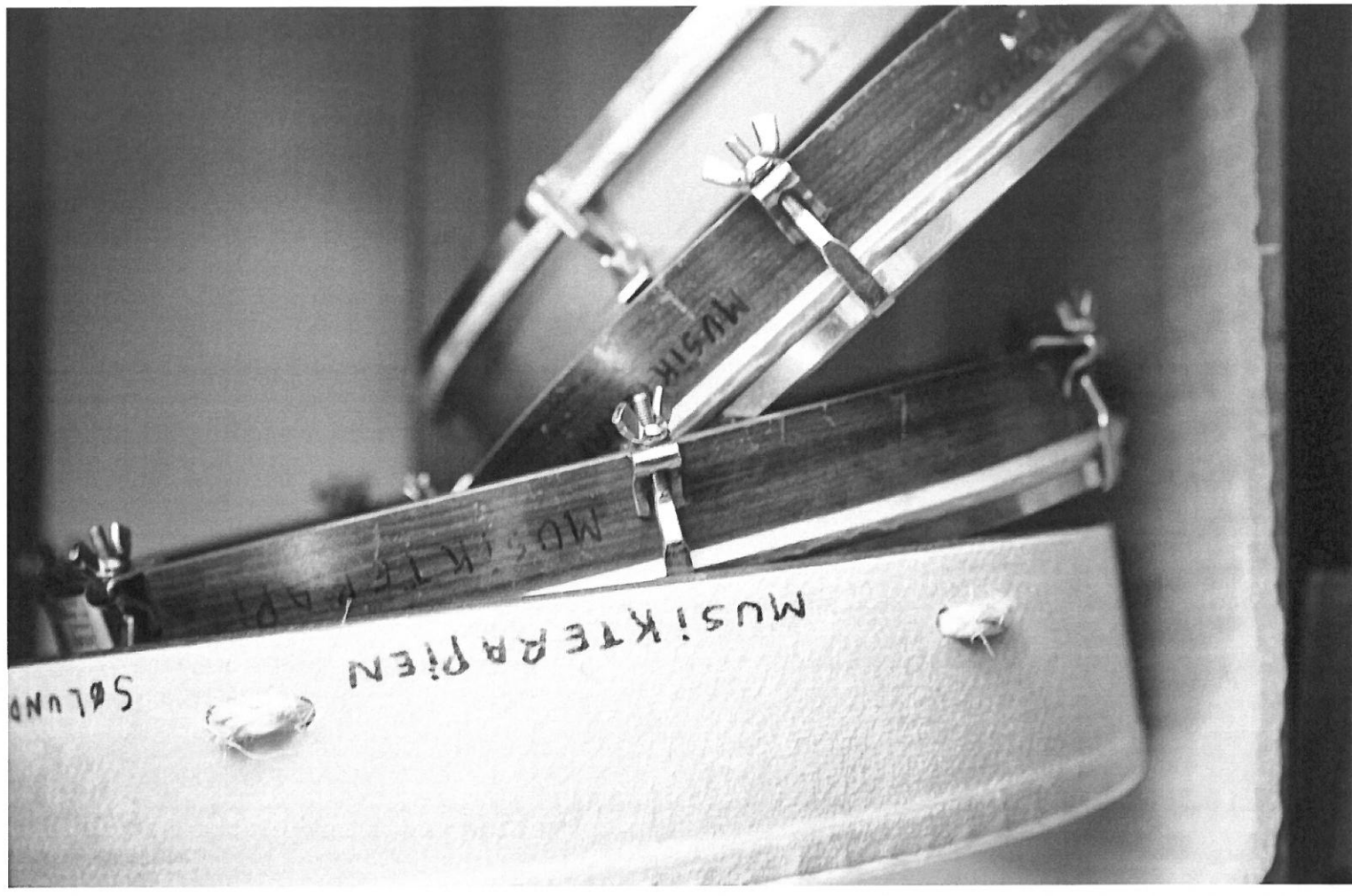
Gul, M.A.C., Andersen, S.A. og Lydersen, G. S.(red): *Hjerne & psykiatri i professionel praksis*. Viborg: VIA Systeme.

### Litteratur

- Bakken, T. L. (2018): Behov for psykiatrisk behandling for mennesker med udviklingshæmning. I Sørensen, K., Eifer, D. & Olsen, M. E. (red.): *Udviklingshæmning - en grundbog*. Aarhus: Forlaget Oligo.
- Brinkmann, S. (red.) (2010): *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) (2015): *Diagnoser. Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Enders, G. (2015): *Tarme med charme - Alt om et undervurderet organ*. København: Art People/Peoples Press.
- Flachs, E. M., Michelsen, S.I., Uldall, P. & Juul, K. (2014): *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Odense.
- Gul, M.A.C. & Andersen, S.A. (2012): Kort introduktion til hjernen og til redaktionens videnskabelige position. I Gul, M.A.C., Andersen, S.A. og Lydersen, G. S.(red): *Hjerne & psykiatri i professionel praksis*. Viborg: VIA Systeme.
- Gøtzsche, P.C. (2015): *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. København: People's Press.
- Hollund, S. & Rudbeck, L. (2018): *Når udviklingshæmmede sørges: en bog om tab, sorg og trøst*. Odense C: Socialt Fagforlag.
- Horwitz, A.V. (2015): Firkantede klodser og runde huller: Er psykiatri og medicinske diagnoser sammenlignelige. I Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) (2015): *Diagnoser. Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Jansen, H. m. fl. (1994): *Udviklingshæmmede med psykiske lidelser*. Dansk psykiatrisk selskab og Landsforeningen LEV.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018): *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.
- Larsen, I. U. & Gausbøl, U. K. (2011): *Gentagelser, vaner og tvang - om OCD og OC-spektrumforstyrrelser*. Aarhus: Frydenlunds Forlag.
- Lier, L., Isager, T., Jørgensen, O.S., Larsen, F. W. & Aarckrog, T. (2009): *Børne og ungdomspsykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, P. L. (2018): *Frihedens pris. En kort historie om menneskehjernen*. København K.: Lindhardt og Ringhofs Forlag A/S.
- Mark, D. og Gerlach, J. (red.) (2008): *De almindelige psykiatriske lidelser. Håndbog for pårørende*. SIND, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Psykiatririfonden & Psykiatriske Vest.



- Perlmutter, D. (2015): *Hjernens nye liv. Tarmfloraens forbløffende evne til at helbrede og beskytte din hjerne*. København: Borgens Forlag. Gyldendal.
- Rosenberg, R. (2013): Neuropsykiatri: definition, afgrænsning og sygdomsopfattelse. I Rosenber, R., Jørgensen, P. & Videbeck, P.: *Klinisk neuropsykiatri – fra molekyle til sygdom*. 2. udgave, 1. oplag. København: FADL's Forlag.
- Sørensen, K. & Larsen, P. L. (2018): I Sørensen, K., Eifer, D. & Olsen, M. E. (red.): *Udviklingshæmning – en grundbog*. Aarhus: Forlaget Oligo.
- Tezchner, S. v. (2003): *Udfordrende afferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikation, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thybo, P. (2013): *Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Vestergaard, P. & Sørensen, T. (2001): *Psykiatri - En lærebog om voksne psykiske sygdomme*. København: FADL's Forlag.
- WHO (2009): *WHO ICD 10. Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.
- Internetkilder**
- www.who.int (2018). Lokaliseret den 4.7.2018: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/ICD-11>: The 11th Revision of the International Classification of Diseases.
- oligo.nu (2017). Lokaliseret den 19.7.2017: <http://www.oligo.nu/Center-for-oligofrenopsykiatri>.
- ordnet.dk (2018). Lokaliseret den 9.4.2018: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=diagnose+diagnose>.
- socialportalsyd.dk (2017). Lokaliseret 25.7.2017: <http://www.socialportalsyd.dk/wm214351/Udviklingshemmede+med+psykiatrisk+overbygning+sam+svært+psykisk+syge+udviklingshemmede>.



## 10. NEUROAFFEKTIV UDVIKLING

En stor del af det neuropædagogiske arbejde handler om reguleringen af følelser. Dette kapitel gennemgår en udvalgt del af den forskning og den teoretiske viden, der findes om den betydning, sociale relationer har for udviklingen af hjernens regulering af følelser.

Indledningsvis beskrives fysiologiske markører, neurobiologiske forhold samt nogle grundlæggende neuroudviklingsmæssige principper, der handler om, hvordan hjernen lærer, husker og udvikler sig i følelsesmæssige og relationelle forhold. Kapitlet præsenterer efterfølgende menneskets medfødte behov for tilknytning og den betydning, de første tilknytningsforhold har for evnen til at kunne indgå i relationer og regulere følelser gennem hele livet, herunder den rolle, berøring og fysisk kontakt spiller for hjernens regulering af følelser. I den forbindelse præsenteres nogle af de udviklingspsykologiske temaer og forsvær, der relaterer sig til kontakten og samspilsprocesserne med omsorgspersoner.

Forfatter: Christina Gundgaard Pedersen, psykologisk konsulent

### 10.1 Hvad er neuroaffektiv udvikling?

Neuroaffektiv udvikling henviser til menneskets udvikling af neurale følelsesmæssige reguleringsmekanismer. I tråd med den biopsykosociale model har en række faktorer betydning for udviklingen af hjernens evne til regulering af følelser, herunder både biologiske og miljømæssige forhold i komplekse interaktion.

Med sigte på neuropædagogik i praksis tages der afsæt i sociale relationers betydning. Betydningen af sociale relationer for neuroaffektiv udvikling belyses af forskning omhandlende fysiologiske markører, neurobiologiske, genetiske og neuroudviklingsmæssige forhold, tilknytningsteori samt udviklingspsykologi. Disse forhold peger på behovet for, at den pædagogiske indsats justeres ind efter den enkelte tilpasningsreaktioner og udviklingsalder.

Med afsæt i en udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse gives der eksempler på konkrete pædagogiske tiltag.

### 10.2 Fysiologiske markører for neuroaffektiv udvikling

Sociale interaktioner spiller en central rolle for neuroaffektiv udvikling og for neuroprotektive effekter (dvs. en beskyttende/forebyggende indvirkning på hjernen) livet igennem. Forskning har gennem de senere år peget på en medierende rolle af hjernens oxytocin- og opiatsystemer for sociale relationers udviklende og neuroprotektive betydning gennem livet (Colonnello et al., 2017). Oxytocin kaldes også "kærlighedshormonet", fordi det fx stimulerer tilknytning. Opiatsystemet regulerer bl.a. kroppens belønningshormoner, såsom acetylcholin, noradrenalin, dopamin og serotonin, og spiller derfor en rolle for bl.a. motivation, velvære og smertelindring. Det betyder også, at oxytocin- og opiatsystemerne har betydning for effekten af det pædagogiske samspil.

Uddybbende har oxytocin- og opiatsystemet receptorer distribueret i både det centrale og perifere autonome nervesystem samt i endokrine væv. Opiatsystemet er med til at regulere kroppens alarmeredskab, herunder modulering af sympatiske og kardiovaskulære systemer samt frigivelse af kortisol via HPA-aksen (hypothalamus-hypofyse-binyreaksen). Oxytocinsystemet er ligeledes impliceret i stressregulering, herunder dæmpning af kortisolniveauet efter psykologisk stress, facilitering af autonom kardiovaskulær kontrol samt modulering af amygdala aktivering under angstprovokerende stimuli.

Det er i den sammenhæng af særlig betydning, at oxytocin indvirker på vagusnerven og dermed på regulering af fysiske funktioner forbundet med det parasympatiske nervesystem.

Hjerterytmevariabilitet (HRV) er et udtryk for vagal funktion, der kontinuerligt giver hjernen besked om organismens tilstand (McCraty, 2015). HRV er et mål for de almindelige ændringer (acceleration eller deceleration) i tiden mellem hjertets slag og generes gennem neural interaktion mellem hjerte og hjerne. Det betyder, at tanker og subtile følelser via hjernestammen (truncus cephalic) kan indvirke på HRV, og at afferente (tilførende) signaler fra hjertet via hjernestammen influerer på de hjernecentre, der er involveret i emotionel selvregulering.

Mønstre i HRV er også direkte sammenhængende med vores oplevelse af følelser (Edwards, 2016). HRV er dermed en markør for kroppens mest basale fysiologiske reguleringsfunktion, der har vist sig sammenhængende med neuroaffektiv udvikling (Shahrestani et al., 2014). Det skal nævnes, at helbredsmæssige forhold naturligvis i sig selv kan indvirke på ens HRV, og at selvreguleringsteknikker har vist sig at have gavnlig indvirkning i den sammenhæng også (McCraty, 2015). HRV kan måles med bl.a. biofeedbackudstyr, og man kan derfor også inddrage måling af HRV i fx supervisionsforløb.

### 10.3 Neurobiologiske og neuroudviklingsmæssige principper

Undersøgelser peger på genetiske forhold af betydning for effekten af social støtte (Colonnello et al., 2017). Mennesker, der er bærere af allel G på oxytocin receptorgenet (OXTR), har vist at være mere sensitive over for samt at profitere af mere social støtte under stress end mennesker, der er bærere af allel A. Ligeledes har variationer på opiat receptorgenet (OPRM1) vist sig at have betydning for, om man oplever sociale interaktioner som behagelige og givende, samt for stressrespons på social eksklusion. På samme måde ses gen\*miljø interaktionen væsentlig i forhold til adfærdsvanskeligheder (Viding & Frith, 2006; uddybet i kapitel 3). Undersøgelser peger således på nuværende tidspunkt på, at gen\*miljø interaktion bør tages i betragtning under sociale neuroprotektive interventioner. Med andre ord kan man ikke forvente, at alle mennesker profiterer ligeledes af social støtte af både genetiske og opvæksbetingede årsager. Det er således vigtigt, at man tilpasser den pædagogiske indsats til den enkelte forudsætninger og behov (uddybes nedenfor).



Neurobiologisk peger undersøgelser på, at amygdala og udviklingen af amygdalas forbindelser med det mediale præfrontale cortex (mPFC) er fundamental for følelsesmæssig adfærd i voksenalderen (Tottenham, 2015). Undersøgelser baseret på scanning, læsninger og endokrinologiske parametre peger på, at aktivitet i og udvikling af amygdalas forbindelser især moduleres af omsorgsgivere frem til puberteten. Barnets opvækst frem til puberteten er således en særlig sensitiv periode, hvor tilgængeligheden af omsorgspersoner influerer på udviklingen af amygdala reaktivitet og dermed på følelsesmæssig reaktivitet. Dette er i tråd med nogle grundlæggende identificerede neurobiologiske og neuroudviklingsmæssige principper, der omfatter følgende (Perry, 2009; 2006):

1. Hjernen er hierarkisk organiseret, og sensorisk input bearbejdes først i den nederste del af hjernen
2. Neuroner og neurale systemer skulptureres på en 'bruger-afhængig' måde
3. Hjernen udvikler sig sekventielt
4. Hjernen udvikler sig hurtigst tidligt i livet
5. Neurale systemer kan ændres, men nogle ændrer sig hurtigere end andre
6. Hjernen er evolutionært set skabt til at være social

Disse principper blev bl.a. i 2014 understøttet i relation til udviklingen af psykoser (Read et al., 2014) og uddybes nedenfor.

### 10.3.1 Hjernen er hierarkisk organiseret

De mest simple regulerende funktioner, såsom regulering af vejtrækning, hjerterytme/HRV, kropstemperatur og blodtryk, medieres af de nederste dele af hjernen dvs. hjernestammen og mellemhjernen (diencephalon), bestående af thalamus og hypothalamus. De mest komplekse funktioner, såsom sprog, logisk og abstrakt tænkning, medieres af hjernens mest komplekse kortikale strukturer. Figur 10.1 illustrerer hjernens funktioner hierarkisk organiseret.

Hjerneområde	Hierarkiske hjernefunktioner	Fokus for tilgang
<b>Neocortex</b>	Abstrakt tænkning Konkrete tanker Tilknytning	Reflekter: Opfordre til fornuft og abstrakt tænkning
<b>Limbisk system</b>	Tilknytning Seksuel adfærd Emotionel reaktivitet	Relater: Faciliter socio-emotionel vækst
<b>Mellemhjernen</b>	Motorisk regulering Arousal/vågenhed Sult/mæthed	Reguler: Somatosensorisk integration
<b>Hjernestammen</b>	Søvn Blodtryk HRV Kropstemperatur	Reguler: Tilstandsregulering

Figur 10.1: Hjernens funktioner hierarkisk organiseret i forhold til hjerneområde og fokus for tilgang  
Kilde: VISS (inspireret af Perry, 2006)

På baggrund af Paul MacLeans udvikling af teorien om den tredelte hjerne mellem 1949-1990 (MacLean, 1990) kan hjernens strukturer også ansues som værende opdelt i tre lag, beskrevet af bl.a. Susan Hart, som et sansende lag (hjernestamme og mellemhjernen), et følelses lag (det limbiske system) og et tænkende lag (det præfrontale cortex) (Hart, 2008). Denne anskuelse er dog omdiskuteret (Overgaard, Ramsø og Skov, 2005).

Kroppens sanser transformerer kontinuerligt via sensoriske neuroner energi fra verden omkring os til mønstre i neural aktivitet i hjernestammen og mellemhjernen. Ligesom sensorisk input fra vores indre kropslige miljø (fx kropstemperatur og blodsukker) bearbejdes. Disse bølger og mønstre i neural aktivitet sammenlignes med tidligere mønstre i neural aktivitet (fx lagret hukommelse), når de bevæger sig op i hjernens højere og mere komplekse områder (de limbiske og kortikale områder).

Hvis et mønster er nyt eller forbindes med en tidligere trussel, stiger arousalniveauet og kroppens alarmberedskab. Mønstrene i neurale signaler sendes til højere dele af hjernen, hvor trusselsbilledet tolkes og en strategi for håndtering heraf kan udarbejdes. En aktiveret trusselsrespons reaktiverer samtidig processer i hjernestammen og mellemhjernen, der sikrer refleksive reaktioner, når trusselsbilledet fordrer det. Det betyder også, at refleksive reaktioner kan finde sted, før de neurale signaler har været folket i de højere kortikale områder. Vi kan derfor trække en hånd til os, før vi er bevidste om, at vi har brændt os, eller springe til siden, før vi har registreret, hvor en høj lyd, der forskrækker os, kommer fra.

**10.3.2 Neuroner og neurale systemer skulptureres på en 'bruger-afhængig' måde**  
Neural stimulation eller mangel på samme modificerer celler og neurale netværk (Perry, 2009; 2006). Med andre ord udvikles de færdigheder, der bruges. Systematiske gentagelser er således en forudsætning for læring. En borgers symptomer og fysiske signaler fortæller således meget om dennes erfaringsgrundlag. Hvis de neurale netværk, der er involveret i stressrespons overaktiveres som følge af traumer eller kronisk stress, bliver disse og relaterede symptomer mere sensitive, overaktive og dysfunktionelle.

Eksempelvis kan angst blive til et træk i stedet for en tilstand, og der kan ses hyperarvågenhed, søvnproblemer, impulsivitet og affektreguleringssvækkelser. Alle disse traumerelaterede symptomer udgår fra hjernestammen og mellemhjernen, hvorfor det også er nødvendigt, at en pædagogisk eller terapeutisk indsats indvirker herpå. Man kan derfor også opleve, at man både kan tale om og kognitivt forstå sine reaktionsmønstre, men at man samtidigt ikke umiddelbart kan ændre dem. Dette kræver mange gentagne og systematiske korrektive oplevelser, der er tilpasset ens udviklingsalder frem for ens fysiske alder.

#### **10.3.3 Hjernen udvikler sig sekventielt**

Hjernens udvikling er karakteriseret ved sekventiel udvikling og sensitivitet fra hjernestamme til cortex, og ved en brugerafhængig organisering af disse områder (ibid.). Stressresponsystemerne fra den nederste del af hjernen er således med til at regulere og organisere de øvre dele af hjernen. Det betyder, at traumatisk eller kronisk stress har indflydelse på udvikling og funktion medieret på hjernestammeniveau (fx hjerterytme og blodtryk), mellemhjerneniveau (fx regulering af finmotorik, forskrækkelsesrespons), i det limbiske system (fx affektregulering) samt i cortex (fx kognition). Det betyder også, at terapeutisk og pædagogisk indsats nødvendigvis bør starte med regulering af de nederste dele af hjernen, hvis der ses behov herfor, da disse områder ellers fortsat vil dysregulere og forstyrre funktionen i de øvre dele af hjernen. Vedvarende stress- og angstrespons vil således forstyrre akademisk, sproglig, social og emotionel indlæring. Med andre ord er det nødvendigt for en borger at føle sig tryk, før anden helingsproces kan initieres.

#### **10.3.4 Hjernen udvikler sig hurtigst tidligt i livet**

Størstedelen af hjernens brugerafhængige og sekventielle udvikling finder sted i de første leveår (ibid.). Faktisk har hjernen nået 90% af sin voksne størrelse ved fireårsalderen. Det betyder også, at skader, traumer, stress og omsorgssvigt tidligt i livet forårsager større skader sammenlignet med tilsvarende senere i livet, ligesom det også har betydning, hvor længe et barn udsættes herfor (Rutter et al., 1999). Det er således relevant at yde støtte og handle, når der er behov herfor, så hurtigt og tidligt som muligt.

#### **10.3.5 Neurale systemerpræinatale kan ændres**

Plasticiteten er ikke ens i alle områder af hjernen (Perry, 2009; 2006). Når hjernen har organiseret sig efter 3-årsalderen, er erfaringsbaserede

modifikationer af de regulerende nedre dele af hjernen mindre sandsynlige sammenlignet med erfaringsbaserede modifikationer af de kortikalt medierede systemer, såsom sproglig udvikling. Det har den implikation, at der er behov for langt flere konsistente, gentagende korrektive oplevelser for at lave ændringer i den neurale organisering i hjernestammen sammenlignet med neurale ændringer på kortikalt niveau. Det er med andre ord lettere at ændre tanker og overbevisninger, end det er at ændre affekt og følelser.

#### **10.3.6 Hjernen er evolutionært set skabt til at være social**

Mennesket har tilpasset sig og levet det meste af sin tid på planeten i mindre grupper bestående af 40-50 jægere og samlere på tværs af generationer (ibid.). Det relationelle miljø i stammesamfundet betød, at der i ratio var fire voksne til at varetage opfostringen af hvert nyt barn med alt, hvad det indebærer. Neurobiologisk er vi forbundne til hinanden, vores overlevelse afhænger af hinanden og evnen til at danne og opretholde forhold til andre. Vi blev født dependente og vokser ud af vores gensidige afhængighed af hinanden. Vi producerer belønningshormoner i relationelle forhold, og vi oplever smerte, når vi afvises, ydmyges eller mister. Jo lavere udviklingsniveau et menneske befinder sig på, des større behov for relationel interaktion. Det er således ikke ualmindeligt, at en borger kan finde sig godt med 1:1 kontakt, men udviser store vanskeligheder i andre og mere komplekse sociale sammenhænge. Og når udviklingsniveauet er tilstrækkeligt lavt, er det nødvendigt at tilvejebringe tilsvarende mere og vedvarende relationel kontakt, hvis tryghed skal kunne etableres, og helingsprocesser initieres.

#### **10.4 Den prænatale periode**

Allerede under svangerskabet er fosteret sensitivt over for miljømæssige stimuli samt moderens følelsesmæssige og hormonelle tilstande (Colonnello et al., 2017). Et enzym (11 beta-HSD2) i moderkagen beskytter fosteret mod moderate mængder af stresshormon fra moderen (glukokortikoider). Stresshormoner når imidlertid frem til fosteret, hvis mængderne af moderens stresshormoner er for høje til, at disse kan omdannes (metaboliseres). Udsættelse for psykosocial stress fra moderen under den prænatale periode er blevet forbundet med en række risici. Det kan fx være dysregulering af fosterets stressresponsystem, HPA-aksen, øget risiko for emotionelle forstyrrelser og psykiske lidelser, forsinket udvikling, mentale og motoriske forstyrrelser blandt 8-måneders gamle spædbørn, for tidlig fødsel samt forkortelse af telomererne, der udgør kromosomets ender, og som er en markør for biologisk aldring. Der er således en række incitamentter til at understøtte fosterets neurale udvikling ved at forebygge stress og glukokortikoidniveauer i moderen.

Undersøgelser peger i den sammenhæng på, at positiv social støtte under svangerskabet, herunder oplevet social støtte fra ens partner, er forbundet med en lavere stressrespons (lavere kortisolniveauer) på psykologisk stress, mindre stress lige efter fødslen samt hurtigere spædbarnsreaktion på nye stimuli (ibid.). Oplevet social støtte er endvidere blevet forbundet med normal fødselsvægt og fødselslængde samt facilitering af mor-barn tilknytning.



Programmer med fokus på at fremme pars fælles forældreevne har endvidere peget på positive effekter på fødselsvægt, gestationsalder og indlæggelsestid på hospitalet blandt kvinder med høje prænatale kortisolniveauer. Der er brug for mere forskning på området, men de eksisterende undersøgelser tyder på nuværende tidspunkt på, at den positive effekt af social støtte medieres af oxytocin- og opiatssystemerne. Måden vi indgår i sociale relationer på og evnen til at modtage social støtte er under indflydelse af tilknytningsevnen, hvilket har stor betydning for den pædagogiske praksis.

### 10.5 Betydning af tilknytning for neuroaffektiv udvikling

Det er et grundvilkår, at vi som individer er forbundet i sameksistens med andre individer. Børnepsykiateren og psykoanalytikeren, John Bowlby, var den første til at påpege, at det er karakteristisk for flere pattedyrstracer at danne selektive og vedvarende tilknytningsforhold gennem social interaktion (Hart & Schwartz, 2008). Fra et evolutionært perspektiv fremmer det biologisk medfødte behov for nærhed og tilknytning til en omsorgsfigur sandsynligheden for at overleve.

Dette kraftfulde biologiske instinkt betyder, at man knytter sig til sin omsorgsgiver, uagtet om denne er præget af trykthed, hårdhed eller svigt. Relationen med vores første omsorgsperson, som oftest vores mor, udgør det første prototypiske eksempel på et tilknytningsforhold og danner dermed kimen for ens tilgang til fremtidige relationer. Gennem de seneste 25 år har mere end 200 undersøgelser baseret på over 10.000 interviews (Adult Attachment Interview) identificeret forskellige tilknytningsstile, herunder de prototypiske: tryk tilknytning, ængstelig/afvisende tilknytning og ængstelig/ambivalent tilknytning (Strathearn, 2011).

Disse forskellige tilknytningsmønstre kan tænkes at afspejle forskelle i måden hvorpå, hjernen processerer sensorisk information, herunder temporalt arrangeret 'kognitiv information' (dvs. mentale evner og erkendelsesprocesser) og intensitetsbaseret 'affektiv' information (dvs. følelsesmæssige fornemmelser). Analyser af tilknytningsinterviews tyder på følgende (ibid.):

1. Mennesker med en ængstelig/afvisende tilknytningsstil udviser tendens til at minimere affektiv information, afvise egne følelser, intentioner og perspektiver. De stoler mere på regler og temporalt indlærte sekvenser i forhold til at prædiktere fremtidig belønning. "Afvisende" mødre udviser endvidere mindre respons og varme som forældre, hvorfor dette tilknytningsmønster kan være forbundet med muligt omsorgssvigt.
2. Mennesker med en ængstelig/ambivalent tilknytningsstil organiserer til gengæld deres adfærd omkring affektiv information, herunder vrede, angst eller ønske om komfort. De udviser tendens til at være optaget af egne følelser og perspektiver, imens kognitiv og temporalt arrangeret information forstyrres eller udelades.

3. Mennesker med et trykt tilknytningsmønster er til gengæld i stand til danne tætte relationer, træffe beslutninger og prædiktere fremtidig belønning baseret på integration af temporalt arrangeret information om årsag og effekt såvel som affektiv information (følelsesstilstande, visualiseret hukommelse m.v.).

### 10.6 Samspilsprocesser, HRV-synkronisering og tilknytning

Moderens og andre omsorgspersoners evne til affektivt at afstemme sig med spædbarnet har betydning for tilknytning og den neuroaffektive udvikling.

En nylig systematisk oversigtsartikel afdækker de underliggende processer i den såkaldte dyadiske dans (dvs. udvekslingen) mor-barn imellem (Provenzi et al., 2018). Der identificeres 7 specifikke underliggende processer, der karakteriserer og har betydning for den overordnede gensidighed (gensidig indflydelse på hinanden) og vekselvirkning (bidrag fra begge parter, der ikke nødvendigvis er ligeværdigt i forhold til den adfærdsmæssige frekvens og intensitet) mor-barn imellem. Flere af disse processer uddybes yderligere i forbindelse med udviklingspsykologiske perspektiver nedenfor og omfatter:

1. Samstemning (deling af handlinger og intentioner, der omfatter moderens identificering af barnets indre følelser og tilstande, samt barnets oplevelse af, at moderen refererer til barnets tilstand)
2. Kontingens (tilpasning af affektive og adfærdsmæssige signaler i tidsmæssige mikrosekvenser, der leder til læring, reguleringsfærdigheder og interaktive mønstre for barnet)
3. Koordination (rytmiske udvekslinger karakteriseret ved turtagning og timing, der faciliterer fremtidig evne til at forudsige adfærdsmæssige tilstande)
4. Matchning (samtidig fremvisning af samme affektive og/eller adfærdsmæssige tilstand af mor og barn)
5. Spejling (moderens overdrevne/markerede tilbagespejling af barnets adfærd ved fx imitation)
6. Reparation (dyadiske processer, hvor ikke-mødte tilstande transformeres via dyadisk matchning, hvilket fremmer læring af interaktive strategier samt stress- og emotionsregulering)
7. Synkroni (tidsmæssig overensstemmelse mellem parternes adfærd, hvilket fremmer læring af emotionsreguleringsfærdigheder og understøtter forventninger til interaktionsmønstre)

Disse processer udspringer sig typisk i bestemte cyklusser og kan også gøre sig gældende i det pædagogiske arbejde med borgere med lav udviklingsalder, som eksemplificeret nedenfor.

## CASE 10.1

*Mads er infantil autist og har ikke noget verbalt sprog. Han er stort set udelukkende optaget af sodavand, hvilket giver anledning til mange konflikter. Mads er en stor dreng og bliver ofte uadægerende, når der sættes grænser for ham eller stilles krav. Det betyder, at andre mennesker let bliver bange for ham. Under observation bemærkes det, at Mads jævnligt selskader ved bl.a. at krads i sine neglerødder, når han begynder at blive urolig. Han giver indtryk af at blive urolig hvert eneste øjeblik, han ikke har en umiddelbar belønning på vej (sodavand, næste måltid, en køretur eller andet han godt kan lide). I det øjeblik han har fået "belønningen", bliver han relativt hurtigt urolig og potentielt konfliktoprappende igen. Det er således en stor udfordring at holde Mads tilpas i løbet af en dag, og det er en udfordring at etablere kontakt med ham.*

*Mads giver ikke indtryk af at forstå tid, kompleks tale eller komplekse sammenhænge. Det er indtrykket, at han udelukkende er til stede i øjeblikket og er fuldstændig afhængig af udefrakommende stemning og regulering (ligesom et spædbarn). Det bemærkes, at Mads' frustrationsniveau kan brydes med pludselige stemningsskift og lyde, der markerer en helt anden stemning og afleder ham (fx spejling/matching, kontingens og reparation). Når man har fanget Mads' opmærksomhed i et legende blik eller en sjov lyd, spejler han medarbejderen og griner og kan blive optaget af duften fra fx ens hår. Han kan også lide og aflædes af at blive rørt på sine hænder, hvis det er rytmisk eller i en legende stemning. Det kræver dog, at man afleder ham, imens han stadig bygger spænding op (han bider fx sine kæber sammen og skærer tænder), og inden hans arousalniveau er så højt, at han potentielt bliver uadægerende.*

*Under observation bemærkes det, at Mads i lange perioder kan finde ro og slippe sin belønningsstyrede adfærd, når han er i synkroni med sine omsorgspersoner og kontinuerligt optages af tilpassede samspilsprocesser. I disse perioder virker det som om, Mads låner sine omsorgspersoners nervesystem og evne til selvregulering for en stund. Det opleves som om, man i disse stunder opnår at få kontakt med Mads. Pædagogisk er dette arbejde krævende, fordi det kræver fuldt nærvær, opmærksomhed og overskud til at bryde Mads' stemning og arousal (læs mere herom nedenfor). Det kræver således jævnligt skift, så man ikke som omsorgsperson når at blive påvirket af Mads' frustrations- og kontinuerlige tendens til øget arousal.*

### 10.6.1 Mor-barn synkronisering

Under ansigt-til-ansigt interaktion og fysisk kontakt stimulerer moderen spædbarnets fysiologiske reguleringsprocesser. Undersøgelser peger på, at mødre og deres spædbørn tilpasser deres hjerterytme under disse aktiviteter, således at accelerationer og decelerationer i hjerterytme synkroniseres (Colonnello et al., 2017).

Denne synkronisering kan prædiktere selvregulerende og interaktive kapaciteter gennem de første leveår blandt både for tidligt fødte børn samt børn født til termin. En metaanalyse af undersøgelser på området peger sammenfattende på, at HRV er en brugbar markør for effektiv social regulering, og at HRV-respons kan bruges til at identificere social dysfunktion og psykopatologi, fx autismespektrumforstyrrelse blandt børn (Shahrestani et al., 2014). I tråd hermed har HRV (i dette tilfælde lavere vagal tone, dvs.

mindre vagusnerveaktivitet) bl.a. vist sig at hænge sammen med forstyrrede interaktionsmønstre mor-barn imellem blandt børn født til termin (ibid.).

Blandt for tidligt fødte børn har HRV i den neonatale periode vist sig at kunne forudsige mor-barn synkronisering efter tre måneder. For tidligt fødte børn med lavere vagal tone modtog mindre moderlig positiv affekt og øjenkontakt lige efter fødslen samt mindre berøring efter tre måneder sammenlignet med børn, der udviste højere vagal tone. HRV har blandt for tidligt fødte børn endvidere vist sig at hænge sammen med positiv affekt og engagement fra moderen samt barnets positive affekt og sociale kompetence fra fire måneder og op til 24-måneders alderen. Udviklingsmæssigt har HRV vist sig at have neuroprotektive effekter, herunder for fødselsvægt, adfærdsproblemer i femårsalderen samt social kompetence i skolealderen.

HRV-regulering spiller således en vigtig rolle for neuroaffektiv udvikling og fortsætter med at have betydning livet igennem.

### 10.7 Berøring

Et andet forhold, der har vist sig at have betydning for neuroaffektive processer, er berøring og fysisk kontakt.

Grundet den høje neurale plasticitet hos nyfødte har det vist sig muligt socialt at intervenere og derved reducere vanskelighederne efter for tidlig fødsel. Det har fx vist sig muligt med hud-til-hud kontakt at facilitere fysiologisk selvregulering, undersøgende adfærd og kognition samt at sænke produktionen af stresshormoner (Casacio et al., 2018). Neuroprotektive interventioner, såsom berøring og fysisk kontakt, aktiverer oxytocin- og opiatsystemerne og indvirker dermed på udviklingen af fremtidige sociale og følelsesmæssige reguleringsfærdigheder, sandsynligvis via indflydelse på vagusnerven med HRV som markør for biologisk og psykologisk funktion. Berøring sikrer dermed både tilknytning og fysiologisk regulering af stressrespons.

Undersøgelser peger i den sammenhæng på, at det ikke er underordnet, hvor og hvordan man berører.

Nænsom, let og affektiv berøring (men ikke hurtig berøring) aktiverer specialiserede nervefibre, der stimulerer posterior insula og superior temporal sulcus i både børn og voksne (Jönsson et al., 2018). Disse områder er involverede i emotionsregulering og social perception, og de aktiveres ikke på samme måde ved hurtig eller for fast berøring. De specialiserede nervefibre aktiveres via berøring på de behårede hudoverflader, imens berøring i fx håndfladerne primært aktiverer fibre, der bruges til at skelne former, tekstur m.v., og som er forbundet med det somatosensoriske cortex. Frigivelsen af oxytocin og specifikke opiatier er desuden afhængig af, hvorvidt vi oplever berøringen som behagelig. Vores biologi er således med til at sikre, at vi er modtagelige over for social støtte og lettere knytter os til mennesker, der bl.a. i deres berøring demonstrerer kærlig affekt over for os.

Pædagogisk er det væsentligt at være opmærksom på, at berøring kan kræve en nænsom tilvænnning, og at andre tilgange kan være at foretrække for



noGLE. Eksempelvis kan der ved udviklingsforstyrrelser (fx autisme) ses en hypersensitivitet i de nervefibre, der aktiveres under berøring (Cascio et al., 2018). Det er således vigtigt, at berøring bliver introduceret og tilpasset til den enkelte.

#### CASE 10.2

*Sune er 23 år, er i bo-træning og har fået konstateret intellektuel funktionsnedsættelse af lettere til middelsvær grad. Sune led omsorgssvigt som barn og kom i plejefamilie som fireårig. Han udviser tendens til tvangsprægede og autistiske træk med ritualiseret adfærd. Han er meget samarbejdsvillig, knytter sig til sine faste pædagoger og vil meget gerne gøre alle tilfredse. Det betyder også, at han har svært ved at sige fra, når andre jævnaldrende gerne vil lave noget med ham. Sune kommer således ofte til at indvilge i mere, end han magter, og bliver dermed stresset. Han kan i disse situationer udvise tendens til at blive psykotisk og har været indlagt herfor.*

*Sunes pædagoger har bemærket, at han bliver meget rød i kinderne, når han bliver stresset. Udover strukturelle tiltag aftales det i samarbejde med Sune at prøve at "slappe lidt af sammen", når han begynder at blive stresset og rød i kinderne. Sune får at vide, at mange finder det rart at slappe af sammen ved at blive strøget med faste rytmiske og rolige strøg hen over ryggen. Han får at vide, at det betyder, at man kan slappe godt af i hovedet. Adspurgt fortæller Sune under introduktion til berøring, at det føles "meget rart", og i løbet af få strøg på ryggen har Sune fået normal ansigtskulør. Sune modtager nu dagligt forebyggende berøring med gavnlig effekt.*

#### 10.8 Tilknnytning under opvæksten

Et trygt og sikkert tilknyningsmønster dannes gennem positiv omsorgsgiver-barn interaktion. Dannelsen af trygge indre tilknyningsmodeller har vist sig at øge evnen til at føle tryghed og følelsesmæssig sikkerhed under stress. Den positive tilknnytning bliver dermed en central neuroprotektiv faktor for socio-emotionel og kognitiv udvikling og menes at facilitere udviklingen af de kortiko-limbiske kredsløb samt subkortiko-limbiske strukturer, der er essentielle for emotionsregulering (Tottenham, 2015). Børn, der er opfostret i trygge og stimulerende miljøer, er således også mere tilbøjelige til at udvikle kognitions- og emotionsreguleringsfærdigheder. Støttende forældre skaber har endvidere vist sig at moderere effekten af biologisk sårbarhed over for psykologiske symptomer i teenageårene.

Omvendt er forstyrrede tilknyningsforhold en anerkendt risikofaktor for neuroaffektiv og adfærdsmæssig udvikling. Belastende sociale tilknyningsforhold er blevet forbundet med nedsat effekt af social støtte under stress samt ændringer i oxytocinsystemet (Colonnello et al., 2017). Børn, der er opvokset under trygge og sikre tilknyningsforhold, oplever øget oxytocinproduktion, når de interagerer med deres mødre efter en stressende begivenhed. Denne oxytocinrespons ses ikke blandt børn, der har været udsat for tidlig omsorgssvigt. Den stressdæmpende effekt af omsorgsgiver-barn interaktion moduleres endvidere af opiatssystemet, der har betydning for varierende oplevelser af sensitivitet og resiliens (robusthed) over for social stress.

Som børn bliver ældre, udvides betydningen af tilknyningsforhold til andre jævnaldrende. En række undersøgelser peger på, at børn, der ikke har et tilknyningsforhold til jævnaldrende, udviser stressrespons (ibid.). Eksempelvis udviser børn, der holdes udenfor af jævnaldrende, forhøjede niveauer af stresshormonet, kortisol. Børn udsat for mobning udviser flere depressive symptomer samt forhøjet kortisol om aftenen, hvilket er blevet forbundet med senere nedsat hukommelse blandt før-teenagere.

Børn, der er ensomme, ængstelige og ekskluderede børn, udviser endvidere vaginal suppression (dvs. mindre vagusnerveaktivitet og dermed nedsat stressregulering) og forhøjet hjertetryk efter de begivenheder, der medførte eksklusion fra jævnaldrende grupper.

Positive forhold til jævnaldrende hænger derimod sammen med en mere positiv selvevaluering og processing af social information. Venskab fungerer som en beskyttende faktor for børn, der er generete og tilbagetrukkne, men som har en god ven, og de udviser mindre tendens til at bebrejde sig selv for sociale vanskeligheder, sammenlignet med de børn, der ikke har en god ven.

#### 10.9 Tilknnytning i voksenalivet

Også i voksenalivet har social interaktion og støtte, i form af fx romantiske forhold, venskaber og sociale netværk, en modererende betydning for HPA-aktiveringsrespons på stress samt en neuroprotektiv betydning for kognitiv svækkelse. Undersøgelser har således peget på, at den fysiologiske stressrespons på belastende stimuli er mindre, når der er en famililær person til stede sammenlignet med, når der ikke er en famililær person til stede (Colonnello et al., 2017). Denne effekt synes at være medieret af oxytocin. Undersøgelser har peget på, at oxytocin som et medicinpræparat i sig selv forebygger stressrespons. Effekten er imidlertid mindre blandt mennesker, der føler sig ensomme. En persons tilknyningshistorie og selvhenvinsningsprocesser (dvs. selvrefleksion/måde at tænke og se sig selv på) har således betydning for den faciliterende rolle af oxytocin og sociale interaktioner.

#### 10.10 Tilknnytning blandt ældre

Ældre mennesker har generelt færre tilknyningsfigurer end yngre, og disse omfatter ofte voksne børn, afbøde eller gudsbilleder (Cicirelli, 2010). Tilknyningsfigurer menes imidlertid fortsat at være vigtige for tilpasningsvegne og velbefindende blandt ældre. Undersøgelser peger bl.a. på, at visualiseringer af positiv social interaktion har en neuroprotektiv effekt på hjernens aldringsprocesser.

På baggrund af en biopsykosocial tilgang er der blevet foreslået seks dimensioner af velbefindende med betydning for resiliens og optimale aldringsprocesser, herunder autonomi, selvaccept, mening i livet, mestring af miljømæssige forhold, positive forhold og personlig vækst (Ryff, 2014). Social støtte og tilknnytning har i den sammenhæng betydning for psykologisk og fysisk velbefindende via de psykobiologiske mekanismer, der regulerer stressrespons. Betydningen afhænger af det enkelte menneskes emotionelle processing af sociale stimuli.

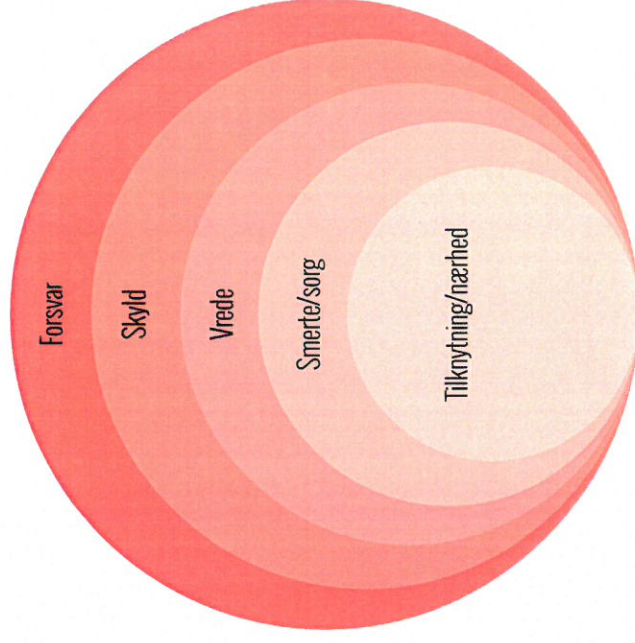
En række langtudnede undersøgelser (dvs. undersøgelser med gentagende opfølgninger) har i den sammenhæng belyst en tendens til, at negative følelser mindskes og vredeshåndtering bedres med alderen, imens positive følelser øges eller stabiliseres (Colonnello et al., 2017). Denne dæmpning af vrede kan anses som neuroprotektiv, idet hjernens plasticitet og fleksibilitet mindskes, hvorfor ophidselse kan forårsage større skade. Positive sociale tilknytningsforhold spiller i den sammenhæng en væsentlig rolle for dæmpning af dysfunktionel stressrespons samt for øget resiliens. Betydningen af forstyrrelser i oxytocinsystemet for tilknytning kan her eksemplificeres ved involveringen i en række neurodegenerative sygdomme, såsom eksempelvis adfærdsmæssig frontotemporal demens, der er karakteriseret ved forstyrrelser i interpersonel adfærd, social kognition og følelsesmæssig apati. En banebrydende undersøgelse har i den sammenhæng vist, at én dosis oxytocin bl.a. bedrede de neuropsykiatriske symptomer, herunder depressive symptomer, angst, agitation, irritabilitet, vrangforestillinger m.v. (Jesso et al., 2011).

### 10.11 Udviklingspsykologiske perspektiver

Det evolutionært medfødte behov for tilknytning betyder, at det er smerteligt og sorgfuldt at blive frataget, ignoreret eller frustreret i ens grundlæggende behov for nærhed og samhørighed. Selvpredatationsdriften vil i det indre psykiske miljø betyde, at påført smerte kan fremkalde gengældelsesvrede mod den, der påfører den. Vreden overtages imidlertid normalt af skyldfølelser og leder til angst, fordi vreden er en trussel mod det tilknytningsbånd, der efterstræbes.

Af samme årsag kan oplevelser med svigt, overgreb eller misbrug nogle gange lede til selvskadende adfærd grundet den ubevidste angst og skyldfølelse over uforløst vrede og destruktive kræfter, den påførte smerte har udløst. Man vil også kunne udvikle en følelsesmæssig undgåelsesadfærd, hvis man har haft oplevelsen af at blive ignoreret, eller på en eller anden vis har følt sig afvist eller straffet over oplevelse af følelsesmæssig smerte, sorg eller sårbarheden i at åbne op for kærlighed.

Når de indre drifter mod samhørighed, nærhed og tilknytning forsømmes eller forstyrres tilstrækkeligt mange gange i betydelig grad, begynder den enkelte at skabe en distance fra både egne og andres følelser. Denne følelsesmæssige barriere mod nærhed og intimitet betegnes psykologisk set som 'følelsesmæssige forsvar mod nærhed' (Davaniolos terminologi), 'karakterologiske forsvar' (Reichs terminologi) eller 'et falsk selv' (Winnicotts terminologi; Abbass, 2016). Figur 10.2 illustrerer denne indre psykiske dynamik (Malan & Selva, 2007).



Figur 10.2: Den indre psykiske dynamik, der leder til etableringen af følelsesmæssige forsvar, når medfødte behov for tilknytning og nærhed ikke mødes  
Kilde: VISS (inspireret af Malan & Selva, 2007)

#### 10.11.1 Forsvar og angst

Forsvaret tjener det formål at undertrykke de intense blandede følelser af længsel, følelsesmæssig smerte, sorg, vrede og skyldfølelse både over for en selv og andre. Forsvaret bliver til en modstand mod følelsesmæssig nærhed og kan blive en hindring for både trivsel og relationsdannelse.

Der er mange forskellige måder, forsvar kan give sig til udtryk på. Uagtet har det betydning for måden, hvorpå det er muligt at arbejde i den pædagogiske relation. Når man fx pædagogisk søger at opbygge en relation, kan den følelsesmæssige kontakt udløse angst og mobilisere en borgers karakterologiske forsvar. Verbalt kan forsvar tage karakter af vaghed, generalisering, sarkasme, argumentation, selvmodsigelser og forhøjet talehastighed. Nonverbalt kan forsvar omfatte undgåelse af øjenkontakt, krydsede arme og ben, smil, latter, grådabilitet og raserianfald.



Der er identificeret tre overordnede måder, hvorpå angst fysisk kanaliseres (Abbass, 1016), herunder:

1. Isolation af affekt: Kropslig kanalisering i den såkaldte tværsmitsmuskulatur, der er frivillig muskulatur, og udtryk for en bevidst høj tilpasningskapacitet til at modstå oplevelsen af kernefølelser (dvs. medfødte neurofysiologiske tilstande på et kontinuum af hhv. behag-ubehag og arousal, herunder søvnløsheden, fx glæde, angst, vrede, afsky og sorg). Det kan fx være sammentrækning af håndmuskulaturen, anspændt mave, ben, rastløshed mv. Det kan være et forsvar mod at mærke egne følelser, således at man kender sine følelser uden at mærke dem. Det kan også være en modstand mod følelsesmæssig nærhed, hvor man frakobler sig egne følelser og laver en følelsesmæssig mur over for andre.
2. Repression: Kanalisering i en ufrivillig langstribet muskulatur, der ofte resulterer i somatiske symptomer, såsom fx hovedpine/migræne, træthed, irriteret tyktarm, tissetrang, lokal/generel smerte eller astma. Det kan fx omfatte intellektualisering, rationalisering, minimalisering og fortrængning. Forsvaret medfører ofte, at vrede vendes indad, og man kan være præget af depressive træk, selvkritik eller selvskaide.
3. Regression: Forstyrrelser i kognitive og perceptuelle processer, såsom fortabelse i tanker, visuelle forstyrrelser, svimmelhed, besvimelser, sitvnet tilstand eller hallucinationer. Det kan omfatte projektion, fornægtelse, dissociation, udadreagerende adfærd og somatisering. Regression er udtryk for en skrøbelig selvfølelse, der kan lede til tab af realitetssans og fraspiltelse af egen følelse over i en anden.

I de to sidstnævnte tilfælde er det nødvendigt fx via samspilsprocesser at understøtte og forstærke borgerens selvfølelse og tilpasningskapacitet/regulering af arousal, før man i relationsarbejdet søger at tilnærme sig de bagvedliggende kernefølelser.

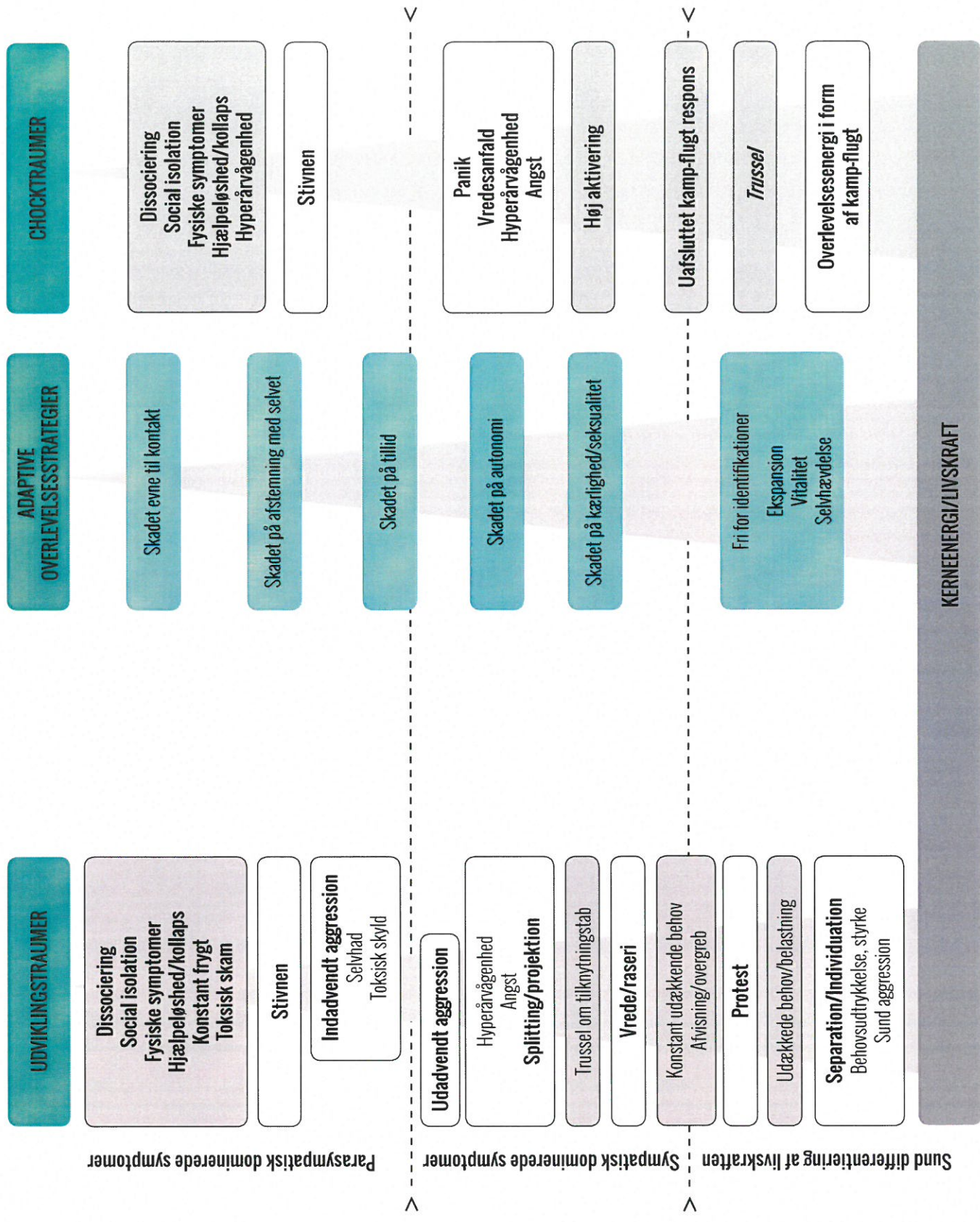
Såfremt angsten kanaliseres over i den frivillige tværsmitsmuskulatur, og der opleves selvreguleringskompetence (fx dybe suk, der regulerer vejtrækning og hjerterytme, synlig sammentrækning af håndmuskulaturen, fx knuge eller knytte hænderne, rastløshed, anspændte ben, fødder og mave), kan det tolkes som et tegn på, at de ubevidste bagvedliggende følelser kan tolereres. Borgerens forsvar kan i det tilfælde udfordres nænsomt og tilpasset i relationsarbejdet i det omfang, det tjener borgerens trivsel og funktionsevne.

### 10.11.2 Forsvar og overlevelsstrategier

NARM, Neuro Affective Relational Model (<http://www.narm.dk/NARM>), lokaliseret 23.10.2019; Heller & LaPierre, 2014) identificerer i den forbindelse fem overordnede forsvar eller adaptive overlevelsstrategier, der som beskyttelse af tilknytning kan aktiveres under ens udvikling eller af traumatiske begivenheder. Disse strategier er nært sammenhængende med arousal og reguleringen af HRV, herunder sympatiske og parasympatiske symptomer, og karakteriseres dermed af særlige tematikker, behov og vanskeligheder. Man kan med fordel tilpasse den pædagogiske tilgang til den enkeltes udviklingspsykologiske problematikker i et neuroaffektivt perspektiv. De fem overlevelsstrategier eller forsvar omfatter kontakt, afstemning, tillid, autonomi og kærlighed/sekssualitet. Disse uddybes nedenfor.

Figur 10.3 på det følgende opslag illustrerer, hvordan udviklingstraumer og choktraumer indvirker på fem overordnede forsvar eller adaptive overlevelsstrategier.





Figur 10.3: Belysning af udviklingsstrømmer og choktraumer på forsvar og adaptive overlevelsesstrategier  
 Kilde: VISS (inspiration af Heller & LaPierre, 2014)



### 10.11.3 Kontakt

Kontakt handler om evnen til at mærke sin krop og sine følelser samt være i kontakt med sig selv og andre. Som forsvar og overlevelsesstrategi som følge af udviklingstraume eller choktraume er det karakteristisk at lukke af for kontakt med sin krop og sine følelser. Der er således også problemer med socialt engagement, herunder at relatere sig til og at være i kontakt med andre, og der kan ses forsøg på at gøre sig usynlig.

Det pædagogiske arbejde rettet mod understøttelse af dette udviklingstema har fokus på basal tilstandsregulering og sansestimulering samt at understøtte et overordnet budskab om, at: "Jeg er her".

Kontakt som forsvar og overlevelsesstrategi Pædagogisk fokus: "Jeg er her"	
<b>Udviklingsalder</b>	Før fødslen til 6 måneder
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Dissociering Social isolation Fysiske symptomer Kollaps Indadvendt aggression
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Udadvendt aggression Splitting/projektion Frygt for tilknytningstab Vrede/raseri Protest
<b>Afbalanceret HRV</b>	Trussel mod overlevelse Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed

Figur 10.4: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved én af fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvisning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang (se også Figur 11.3)

Kilde: Heller & LaPierre, 2014

### 10.11.4 Afstemning

Afstemning handler om evnen til at afstemme sig med sine behov og følelser samt til at opdage, række ud efter og modtage fysisk og følelsesmæssig omsorg. Som forsvar og overlevelsesstrategi er der vanskeligheder med at mærke sig selv og sine behov samt med at føle, at man fortjener at få opfyldt sine behov. Der vil ofte være en tendens til at fokusere på andres behov.

Det pædagogiske arbejde ind i dette udviklingstema hviler på samspilsprocesser, fx spejling, og rettes overordnet mod at vise og signalere, at "Jeg ser dig".

Afstemning som forsvar og overlevelsesstrategi Pædagogisk fokus: "Jeg ser dig"	
<b>Udviklingsalder</b>	6 måneder til 1½ år
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Resignation Depression
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Manglende behovskontakt Frygt for tilknytningstab Protest Svigtende tilknytning og omsorgssvigt
<b>Afbalanceret HRV</b>	Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed

Figur 10.5: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved én af fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvisning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang (se også Figur 11.3)

Kilde: Heller & LaPierre, 2014

### 10.11.5 Tillid

Tillid handler om evnen til sund gensidig afhængighed og samhørighed. Tillid kan som forsvar og overlevelsesstrategi betyde, at man ikke føler, man kan stole på andre end sig selv. Der kan ses tendens til at opgive sin autenticitet for at blive, som andre ønsker. Man kan også have oplevelsen af, at man altid skal have kontrol.

Den centrale intention i det pædagogiske arbejde rettet mod dette udviklingstema handler om at vise, at "Jeg passer på dig".

Tillid som forsvar og overlevelsesstrategi Pædagogisk fokus: "Jeg passer på dig"	
<b>Udviklingsalder</b>	2 - 4 år
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Forsvaret kan ikke opretholdes Kollaps
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Udadvendt aggression Belønnet for at sælge ud af sig selv Frygt for tilknytningstab Føler sig brugt og svigtet
<b>Afbalanceret HRV</b>	Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed

Figur 10.6: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved én af fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvisning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang (se også figur 11.3)

Kilde: Heller & LaPierre, 2014



### 10.11.6 Autonomi

Autonomi handler om evnen til at sætte passende grænser, sige nej samt sige, hvad man har på hjerte uden skyld eller frygt. Som forsvar eller overlevelsesstrategi kan man have vanskeligt ved at sætte grænser og sige fra direkte. Der kan være tendens til at respondere med, hvad, man tror, forventes. Man kan være præget af følelsen af at være tyngt eller presset. Der kan ses opgivelse af udtryk for selvstændighed af frygt for afvisning.

Pædagogisk er det relevant at understøtte udvikling inden for dette udviklingstema ved at vise, at relation og nærhed ikke er på bekostning af den enkelte. Man kan med ord, kropssprog og handlinger tydeliggøre, at "jeg overskrider ikke dine grænser. Og jeg står fast".

<b>Autonomi som forsvar og overlevelsesstrategi</b> <b>Pædagogisk fokus: "Jeg står fast – uden at overskride dine grænser"</b>	
<b>Udviklingsalder</b>	2 - 4 år
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Lammet af indre modsætninger
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Siger ja, men mener nej Splitting Frygt for at blive forladt eller angrebet Protest/vrede Selvhævdelsen er truet eller blokeret
<b>Afbalanceret HRV</b>	Selvstændighed

Figur 10.7: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved én af fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvistning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang (se også Figur 11.3)  
Kilde: Heller & LaPierre, 2014

### 10.11.7 Kærlighed/sekusalitet

Kærlighed og seksualitet handler om evnen til at leve med et åbent hjerte og integrere en kærlig relation med vital seksualitet. Som forsvar og overlevelsesstrategi kan man være præget af at lukke af for kærlighed, lukke af for seksualitet samt have vanskeligheder med at integrere kærlighed og seksualitet, nærhed og belønning i sine relationer. Man kan have vanskeligheder med sin selvfølelse og selvverd, og basere sin selvtillid på præstation eller udseende. Der kan ses forsøg på at undgå afvisning ved at være 'perfekt' samt opnå kærlighed gennem præstation.

Anerkendelse og validering er centrale elementer i det pædagogiske arbejde, der understøtter udviklingen inden for dette udviklingstema. Det kan være væsentligt i sin tilgang at understøtte budskabet, at: "Jeg anerkender dig – du har værdi og tilbydes nærhed og belønning alene for din væren".

<b>Kærlighed/sekusalitet som forsvar og overlevelsesstrategi</b> <b>Pædagogisk fokus: "Jeg anerkender dig – du har værdi og tilbydes nærhed og belønning alene for din væren"</b>	
<b>Udviklingsalder</b>	4 - 6 år
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Aseksuel Lidenskabsløs
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Enten romantisk eller seksuelt orienteret Selvverd baseret på udseende eller performance Splittelse mellem kærlighed og sex Frygt for tilknytningstab Føler sig afvist og hjerte knust
<b>Afbalanceret HRV</b>	Kærlighed Lidenskab Seksualitet

Figur 10.8: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved én af fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvistning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang (se også Figur 11.3)

Kilde: Heller & LaPierre, 2014

### 10.12 Psykiske udviklingstemaer gennem opvæksten

I et udviklingspsykologisk perspektiv ansues tilknytning således som et livstema. Spædbarnsforskningen har gjort op med den model for udvikling, der stammer fra Freud, og som ser barnets udvikling som fortløbende faser eller trappetrin, der er bestemmende for senere problemtyper. Udviklingsdomæner anses i dag ikke som noget, der forsvinder, men som noget, der forbliver aktivt i et dynamisk samspil med de andre udviklingsdomæner. Der findes ikke nogen samlet forskning eller normdata om nervesystemets vækst, hvorfor en stadienddeling herfor må ansues som værende vejledende.

Susan Hart redegjorde i 2009 for nogle særligt sensitive vækstperioder på baggrund af et forskningsprojekt af bl.a. Chugani (Hart, 2009). Det er væsentligt at bemærke, at her ikke er tale om normbaserede stadienddelinger, og at der ej heller har været taget hensyn til køns- og/eller kulturforskelle. Sådanne inddelinger skal således tages med betydelige forbehold. Som nævnt, er der dog generelt enighed om, at der er visse perioder, hvor udviklingen af specifikke områder og funktioner i hjernen udvikler sig lettere. Udviklingen af disse områder og færdigheder er stadig mulig, men kræver større indsats, herunder gentagelser og tid.

Figur 10.9 illustrer eksempler på psykiske udviklingstemaer, der udspiller sig gennem samhørigheds erfaringer gennem opvæksten sat i relation til ovennævnte forsvar og overlevelsesstrategier. Flere af disse temaer belyses yderligere nedenfor ved hjælp af Winnicott, Stern, Schore og Fonagys teoridannelse.



(tabel 1/2)

Alder	Forsvar og overlevelsesstrategi	Udviklingstemaer
0-2 mdr.	Kontakt	<b>Fornemmelse af væren i verden.</b> Berøring er essentiel for udvikling af kropssansning. Fornemmelse af væren udvikles gennem tilstande af tilfredshed og ubehag. <b>Interaktion og nonverbal kommunikation.</b> Fornemmelse af selv og følelser. Oplevelsen af at være forbundet gennem nonverbale dialoger/samspilsprocesser.
2-6 mdr.		<b>Fra interaktion til relationsdannelse.</b> Oplevelse af subjektivt selv. Afhængig af omsorgsperson til regulering frem til 7-9 måneder, hvorefter selvreguleringssevne udvikler sig.
6-12 mdr.		<b>Den begyndende socialisering.</b> Begyndende evne til impulshæmning og forståelse for andre. Mentaliseringssevne udvikles. Formidling af følelser via sprog. Skamfølelser får central betydning for socialisering. Brug for udefrakommende hjælp til at regulere skam.
12-18 mdr.	Afstemning	<b>Verbal og kognitiv bearbejdning.</b> Sproglig udvikling og større uafhængighed. Evne til at bruge symboler og sprog udvikler legeevne. Skelnen mellem genstand og symbol har betydning for mentaliseringssevne. Begyndende udvikling af empati.
18-24 mdr.		<b>Forståelse af andres sind og fortællinger.</b> Mening og sammenhæng ud fra selvbiografi baseret på omsorgspersoners formidling af virkeligheden. Kan opleve modstridende følelser og kimen til selvrefleksion. Impulser reageres ikke nødvendigvis ud. Skyldfølelser, forlegenhed og misundelse udvikles. Mindre afhængighed af fysisk tilstedeværelse af omsorgsperson.
2-4 år	Tillid og autonomi	

(tabel 2/2)

Alder	Forsvar og overlevelsesstrategi	Udviklingstemaer
4-7 år		<b>Symboliseringssevne.</b> Symboler og leg er vigtig for deling af information. Udvikler evnen til at tolke følelser. Bruger selvtale til at styre adfærd. Tanker begynder at dominere indre liv. Selvcentrering, konsekvens og regelморal kan medføre skyld. Fra 6-årsalder udvikles mentaliseringssevne yderligere, selvcentrering opløses. Usymboliserede følelser kan ikke bearbejdes bevidst og verbalt og kan komme til udtryk adfærdsmæssigt eller gennem psykosomatisk symptomdannelse.
7-13 år	Kærlighed og seksualitet	<b>Abstraktion og logisk tænkning.</b> Højere kognitive abstraktioner og symboldannelse. Identitetsdannelse gennem selvrefleksion, selvobjektivering og fortolkning. Kan sætte ord på følelser, hvis kognitive refleksioner kan forbinde sig med vitalitets- og kategorialfølelser via adgang til autonome og limbiske strukturer. Fastholdelse af opmærksomhed, samvittighed og selvindsigt udvikles. Sammenligning med andre påvirker selvopfattelse.
13 og op		<b>Individuation og pubertet.</b> Ungdomsindividuation og gruppedannelse. Skærping af social kompetence. Præfrontal cortex i vækst frem til 20-23 årsalder. Hormoner og øget aktivitet af limbiske system kan lede til humørsvingninger. Reorganisering af mentale organiseringsniveauer kan lede til større fleksibilitet eller udvikling af sårbarhed i form af rigiditet eller kaos. Personlighedsudvikling afhængig af følelsesmæssig interaktion, der støtter selvrefleksion og identitetsudvikling.

Figur 10.9: Forsvar, overlevelsesstrategier og psykiske udviklingstemaer, der udspiller sig gennem samhørigheds erfaringer.  
Kilde: VISS (inspireret af Hart, 2009, samt Heller & LaPierre, 2014)

### 10.12.1 Winnicott – potentielle rum, spejling og holding

Daniel Woods Winnicott, der var engelsk børnelæge og psykiater, var blandt de første, der for alvor satte fokus på omverdenes og interaktionens betydning for udviklingen af det enkelte barn (Hart & Schwartz, 2008). Han karakteriserede en såkaldt 'faciliterende omverden' som en intens optagethed af barnet, der gør omsorgspersonen i stand til at tilpasse sig barnets behov. Herigennem styrkes barnets fornemmelse for sig selv.

Winnicott beskrev det sted, hvor interpersonelle samspil kan udfolde sig, som det 'potentielle rum', hvor barnets indre verden forbindes med den ydre virkelighed. Hvis omgivelserne ikke er faciliterende eller befordrende for skabelsen af et 'potentielt rum', vil barnet ikke modnes, men i stedet udvikle et 'falsk selv', der virker som et skjold mod omverdenen. Dette kan betyde, at barnet forsøger at indfri andres forventninger uden at have spontanitet og emotionalitet i kontakten. Hvis ikke barnet får støtte til at genvinde sin stabile rytme, kan denne reaktion og beskyttelse af selvet blive til et mønster, der danner grundlag for en udviklingsmæssig forvrængning eller dissociering, hvor bestemte oplevelser, følelser eller kropslige fornemmelser fraspaltes resten af psyken.

'Væren' er den tilstand, der opstår som følge af barnets oplevelse af at være forenet med en omsorgsfuld mor. Når barnets fornemmelse for 'væren' afbrydes, kan det udløse en 'reaktion', et sammenbrud og 'disintegration', og barnets fornemmelse af at være en enhed trues af fragmentering. 'Integration' opstår i korte øjeblikke, når barnet har oplevelsen af, at noget samler sig og får en form i samspillet med den anden.

Overgangsobjekter (dvs. et primitivt symbol på både relationen og adskillelsen imellem barn og omsorgsperson. Det kan fx være et tæppe, en sut, en bamse, et stykke tøj) bliver i Winnicotts forståelse centrale for barnets udvikling, idet de hverken hører den indre eller ydre verden til, men er i det mellemliggende 'potentielle rum'. Evnen til at kunne identificere sig med barnet og tilpasse sig det næsten fuldstændigt betegnes som 'holding', hvilket giver det ikke-integrerede barn mulighed for at opleve tilværelsen som sammenhængende.

Den anden side af moderens funktion er 'spejling', der indebærer, at hun ser barnet og formidler det, hun ser, til barnet, så det får oplevelsen af at blive set. At se sig selv spejlet og set i moderens ansigt menes at være en forudsætning for internalisering af oplevelsen og for, at barnet kan udvikle sig.

### 10.12.2 Stern – intersubjektiv matrix, selffornemmelser og nuværende øjeblikke

Daniel N. Stern, der var psykoanalytiker og psykiater, anvendte videooptagelser af mikroekvenser af mor-barn interaktioner og kunne på baggrund af disse med sine kollegaer pege på en synkronisering i adfærdsmønstre med forskellige variationer (Fonagy, Schore & Stern, 2006; Hart & Schwartz, 2008). Det er igennem denne dyade mor og barn imellem, at barnet identificerer sig selv. Stern identificerer her fire forskellige selffornemmelser, som han mener bliver formet i bestemte faser i barnets liv, herunder:

1. Fornemmelse af et gryende selv (fra fødslen til ca. 2-3 måneders alderen)
2. Fornemmelse af et kerneselv (mellem 2-3 måneders alderen og 7-9 måneders alderen)
3. Fornemmelse af et intersubjektivt selv (fra 7-9 måneders alderen op til 15 måneders alderen)
4. Fornemmelse af et verbalt selv (fra 15-18 måneders alderen)

Hver enkelt selffornemmelse eller udviklingsdomæne letter fremkomsten af senere udviklede domæner, men forbliver i et aktivt dynamisk samspil med andre domæner. De bliver ved med at være aktive selffornemmelser med særlige, tilknyttede sociale kompetencer og 'måder-at-være-sammen-med-andre-på'. Tilknytning er således også et livstema i Sterns optik. Fornemmelser for selvet har betydning for sociale samspil og forstyrrer almindelige sociale funktioner, hvis de bliver alvorligt skadede.

Manglende fornemmelse af at være en individuel, handlende person med fornemmelse af kontrol og fornemmelse af fysisk sammenhæng vil kunne medføre uvirkelighedsfølelser og fragmenteret kropsoplevelse.

Manglende fornemmelse af at have et intersubjektivt selv og følelser vil kunne medføre en oplevelse af ensomhed og gennemsigtighed. Manglende fornemmelse af at kunne organisere kan medføre oplevelse af kaos, og manglende evne til at kunne meningsformidle kan give en oplevelse af manglende sociale kompetencer og kulturel udelukkelse.

For di relationen mellem det lille barn og omsorgspersonen udspiller sig nonverbalt og præsymbolisk stammer psykopatologi ifølge Stern også fra problemer i det præverbale samspil. Igennem samspilsmønstre og interaktive erfaringer konstrueres indre repræsentationer på grundlag af den strukturerede oplevelse af selvet i samspil med den anden. Indre repræsentationer af mennesker skabes på baggrund af imitation, imens indre repræsentationer af objekter dannes gennem berøring/manipulation eller ved at putte dem i munden.

Barnet får igennem den såkaldte "intersubjektive matrix", de interpersonelle danse og sine mellemmenneskelige relationer skabt varige mentale billeder eller indre repræsentationer af den anden og "måder-at-være-sammen-med-andre-på". De intersubjektive tilstande mor og barn imellem bidrager til dannelse af tilknytningmønstre.

Stern udvider Bowlbys forståelse af tilknytningssystemet med en dimension af psykologisk intimitet ud over fysisk tæthed og tilhørsforhold. Stern betegner psykiske tilstande imellem to poler, som han betegner psykologisk ensomhed (afstand, udforskning og nysgerrighed) og psykologisk tilhørsforhold (tæthed og tryghed). Inspireret af spejlnuonforskningen peger Stern på, at man blot ved at iagttage andres handling har mulighed for at blive delagtiggjort heri.



Spædbarn og omsorgsgiver må synkronisere sig med hinanden for at kunne indgå i et resonansfelt. Når omsorgspersonens og spædbarnets svingningsnerveceller (oscillatorer) synkroniseres, opstår der såkaldte nuværende øjeblikke. Der kan også opstå såkaldte nuøjeblikke, der karakteriseres ved, at der pludselig foregår noget af stor betydning, der har indflydelse på det relationelle forhold, og som har indvirkning på fremtiden.

Stern peger på, at barnets kapacitet til selvregulering, herunder både arousal- og affektregulering, udvikles gennem spædbarnets relation til omsorgspersonen. Schore har i tråd hermed søgt at integrere neurovidenskab, udviklings- og tilknytningsteori.

#### 10.12.3 Schore – *matching* og *synkroni*

Allan N. Schores udgangspunkt som forsker og klinisk psykolog er, at arvemæssigt potentielle kun realiseres i det omfang, miljøet gør det muligt (Fonagy, Schore & Stern, 2006; Hart & Schwartz, 2008). Barnets nervesystem, fysiologi, biokemiske tilstande og adfærd reguleres af omsorgspersonen og den følelsesmæssige interaktion mellem barnet og omsorgspersonen. Schore oplever omsorgspersonens funktion som arousal-regulator, der igennem tilknytningrelation modner barnets evne til at balancere og stabilisere sine arousal- og basale affektfunktioner.

Tilknytningrelationen skabes på baggrund af den dyadiske kontakt og synkroni, der defineres som *matching* imellem omsorgspersonens og spædbarnets aktiviteter, der understøtter en positiv atmosfære. Synkroni og følelsesmæssig afstemning sker i det resonansfelt, hvor spædbarnets nervesystem indgår i følelsesmæssig resonans med omsorgspersonens nervesystem. Barnets evne til at klare højere arousalniveauer øges gennem omsorgspersonens hensigtsmæssige interaktion, der regulerer intensiteten. Fejlfafstemning og manglende synkroni øger barnets stressniveau, imens fejlfafstemning efterfulgt af synkroni regulerer og reparerer stressstilstanden. Barnets nervesystem styrkes herigennem og bliver mere robust.

Barnet kan i 12-18 måneders alderen endnu ikke regulere høje arousalniveauer i det sympatiske nervesystem. Når omsorgspersonen med sit ansigtsudtryk signalerer, at interaktionen kræver dæmpning af den eksempelvis glædesfyldte høje arousal, virker ansigtsudtrykket stressende, hvilket udløser skam og negativ lav arousal. Intensitet og varighed af skamfølelsen skal reguleres, da barnet behøver genetablering af den midlertidigt afbrudte relation for at kunne selvregulere.

Massive og kroniske fejlfafstemninger over længere tid kan medføre langvarige begrænsninger i barnets nervesystem, der ofte medfører vanskeligheder med arousalregulering. Kroniske tidlige fejlfafstemninger medfører endvidere ofte overbevisninger om, at barnets følelsesmæssige behov er skamfulde og uacceptable. Det repræsenterer således også et omsorgssvigt, hvis en omsorgsperson ikke søger afstemning med sit barn.

Ved langvarig hyperaktivering fastlåses/fryses barnets nervesystem og karakteriseres ved manglende relationer, vokalisering, undgåelse af øjenkontakt og manglende ansigtsudtryk. Denne fastfrosne immobiliseringsstilstand forekommer hos børn, unge og voksne med et desorganiseret, kaotisk tilknytningsskema.

#### 10.12.4 Fonagy – *mentalisering*, *markering* og *kontingens*

Peter Fonagy er klinisk psykolog og psykoanalytiker (Fonagy, Schore & Stern, 2006; Hart & Schwartz, 2008). Det er centralt for Fonagys teoridannelse, at affektregulering er en forudsætning for, at barnet på et senere tidspunkt kan udvikle evnen til mentalisering.

Mentalisering forstås som evnen til at kunne skelne mellem den indre og ydre virkelighed, mellem intrapersonelle, følelsesmæssige og mentale processer samt evnen til at forstå bevidste og ubevidste mentale tilstande i sig selv og andre. Mentalisering betegner den proces, hvor man bliver klar over, at ens egen opfattelse af verden ikke nødvendigvis er identisk med andres opfattelse. Det gør det muligt at læse andres sind, så adfærd fremstår forudsigelig og meningsfuld, og det er grundlæggende for impuls kontrol, selvopmærksomhed, selvforståelse og selvorganisering.

Mentaliseringsevnen er afhængig af tilknytningstryghed, der gør det muligt at udvikle følelsesmæssig regulering, kognitiv kompetence og undersøgende færdigheder. Mentaliserer affektivitet henviser til en bevidsthed om egne affekter, imens man forbliver i den affektive tilstand, og det karakteriserer evnen til affektregulering. Man kan rumme sine egne affekttilstande uden at være i sine følelsers vold. Utryghed i tilknytningrelationer kan medføre begrænset mentaliseringsevne, idet tidlige erfaringer påvirker neurofysiologien, emotionsregulering og dermed bearbejdning og omsætning af information fra det sociale miljø.

Hensigtsmæssig social feedback indebærer, at barnets behov og mentale tilstand bliver anerkendt, men hvor de følelser, barnet ikke selv kan kontrollere, samtidig modificeres. Fonagy peger i den forbindelse på, at omsorgspersonen følger med barnet, men ikke det samme som barnet. Barnet internaliserer spejling af dets følelser, som kommer til at repræsentere en indre tilstand. Det er afgørende, at omsorgspersonens affektspejling er forskellig fra egen følelse, og at det er en tilpasning af barnets følelser.

Denne tilkendegivelse af forskel mellem affektive udtryk og følelser i moderens handlinger kalder Fonagy 'markering'. Markering betyder således, at omsorgspersonen viser en spejlingsadfærd, der er i overensstemmelse med spædbarnets tilstand, men adskiller sig fra egen emotionelle tilstand. Den markerede affektspejling forbindes ofte med 'kontingens', dvs. tilpasningen af affektive og adfærdsmæssige signaler, der støtter barnet i at adskille egne handlinger fra andres handlinger.

Fonagy taler om tre adskilte grundlag for 'kontingens', herunder et temporalt (tidsmæssigt), et sensorisk (sansemæssigt) og et spatialt (rumligt). Det er via affektspejling og kontingente reaktioner fra omsorgspersonen, at barnet udvikler en forståelse af sig selv og andre som selvstændige psykologiske, tænkelige og følende væsner.

Hvis markeringen af affektspejling og affektive udtryk er mangelfuld, således at barnets affektudbrud gengives umarkeret og i realistisk form, risikeres såkaldt projektiv identifikation som forsvarsmekanisme. Dvs. psykisk uønsket materiale projiceres over på en anden person, som barnet identificerer sig med. Det symboliske i det perceptuelle materiale går tabt i den affektive udveksling, og barnet bliver overvældet eller skræmt. Det kan resultere i en tilbøjelighed til at forveksle egne indre mentale og følelsesmæssige tilstande med den ydre virkelighed. Barnet konstruerer således sin egen virkelighedsopfattelse ud fra sin egen mentale tilstand uden justering i forhold til udefrakommende stimuli.

For børn med et utrygt tilknytningsmønster vil nærhed til tilknytningspersonen ofte opretholdes på bekostning af udvikling af mentalisering. Det kan fx være en afvisende eller ambivalent omsorgsperson, der undlader at spejle barnets følelser og kun formår at spejle sine egne følelser og indre repræsentationer i relationen.

Omsorgspersoner med et ambivalent tilknytningsmønster udsætter ofte barnet for modsatrettede signaler. Nogle gange opfører de sig omsorgsfuldt og andre gange begår de overgreb. Dette medfører ofte en overfølsomhed hos barnet, der forsøger at gætte, hvad omsorgspersonen føler og tænker, så yderligere traumer kan forebygges. Tyingden af omsorgspersonens repræsentationer i barnet kan true med at ødelægge barnets repræsentation af sig selv. Det kan blive så uudholdeligt, at barnet eksternaliserer sin selvrepræsentation (fx i konflikter, splitting og projektiv identifikation), fordi det ikke kan rumme den.

Omvendt kan en overinvolveret og opslugt omsorgsperson, spejle barnets følelser og tilstand med overdreven klarhed uden at markere sig selv, så barnet ikke får mulighed for at spejle sig i omsorgspersonens markerede udtryk. Det symboliske materiale går således tabt ved både afvisning, ambivalens og overinvolvering og kan ofte medføre identitetsforvirring, tomhed, desorganisering, følelsesmæssigt kaos og begrænset evne til impuls kontrol.

Tilknytningsrelationen er således afgørende for udviklingen af de bearbejdningsfærdigheder, der kræves for at fungere under stress, håndtere personlig interaktion og udøve mentaliseret bearbejdning af følelsesladet information.

Den eksisterende viden om neuroaffektiv udvikling peger sammenfattende på behovet for, at samspillet og den samlede pædagogiske indsats skræddersys til den enkelte borgers behov med afsæt i dennes udviklingshistorie og tilpasningsreaktioner på sine omstændigheder. Dette uddybes i kapital 11. ■

## Supplerende læsning

Hvis du ønsker en let læselig bog om betydningen af omsorgssvigt i et neuropsykologisk og neuropædagogisk perspektiv anbefales:

From, K. (2018): *Den sårbare hjjerne. Omsorgssvigt i et neuropsykologisk og neuropædagogisk perspektiv*. Dansk Psykologisk Forlag.

## Litteratur

Abbas, A. (2016): The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment of resistant patients: Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2): 245-280.

Cascio, C.J., Moore, D., McGlone, F. (2018): Social touch and human development. *Developmental Cognitive Neuroscience*. In press.

Cicirelli, V.G. (2010): Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27: 191-199.

Colonnello, V., Petrocchi, N., Farinelli, M., Ottaviani, C. (2017): Positive social interactions in a lifespan perspective with a focus on opioidergic and oxytocinergic systems: implications for neuroprotection. *Current Neuropharmacology*, 15: 543-561.

Edwards, S.D. (2016): Influence of HeartMath quick coherence technique on psychophysiological coherence and feeling states. *African Journal for Physical Activity and Health Sciences (AJPHES)*, 22(4-1), 1006-1018.

Fonagy, P., Schore, A.N., Stern, D.N. (2006): Affektregulering I udvikling og psykoterapi. København: Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2009): *Den følsomme hjjerne*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. & Schwartz, R. (2008): Fra interaktion til relation tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy. København: Hans Reitzels Forlag.

Heller, L. & LaPierre, A. (2014): Udviklingstraumer. København: Hans Reitzels Forlag.

Jesso, S., Morlog, D., Ross, S., Pell, M.D., Pasternak, S.H., Mitchell, D.G., Kertesz, A., Finger, E.C. (2011): The effects of oxytocin on social cognition and behavior in frontotemporal dementia. *Brain*, 134 (9): 2493-2501.

Jönsson, E.H., Kotilahti, K., Heiskala, J., Wasling, H.B., Olausson, H., Croy, I., Mustaniemi, H., Hiltunen, P., Tuulari, J.J., Scheinin, N.M., Karlsson, L., Karlsson, H., Nissilä, I. (2018): Affective and non-affective touch evoke differential brain responses in 2-month-old infants. *Neuroimage*, 169: 162-171.

MacLean, P.D., (1990): *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press. Hart, 2008.



- Malan, D. & Selva, P.C.D., (2007): *Lives transformed: a revolutionary method of dynamic psychotherapy. Revised edition.* Routledge.
- McCraty, R. (2015): *Science of the heart. Exploring the role of the heart in human performance (Volume 2).* Boulder Creek: HearstMath Institute.
- Perry, B.D. (2006): Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: the neurosequential model of therapeutics. I Webb N.B. (Red.), *Social work practice with children and families. Working with traumatized youth in child welfare* (s. 27-52). New York: Guilford Press.
- Perry, B.D. (2009): Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255.
- Provenzi, L., di Mimico, G.S., Giusti, L., Guida, E., Müller, M. (2018): Systematic review: Disentangling the dyadic dance: theoretical, methodological and outcomes systematic review of mother-infant dyadic processes. *Frontiers in Psychology*. 9 (348): 1-22.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. & Perry, B. (2014): The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*. 4(1): 65-79.
- Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, C., Castle, J., Groothuis, C., Keppner, J., Keaveny, L., Lord, C., O' Connor, T.G., English and Romanian Adoptees Study Team. (1999): Quasi-autistic patterns following severe early global deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40: 537-549.
- Ryff, C. (2014): Psychological well-being revisited: Advances in science and practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 83(1): 10-28
- Shahrestani, S., Stewart, E.M., Quintana, D.S., Hickie, I.B., Guastella, A.J. (2014): Heart rate variability during social interactions in children with and without psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 55(9): 981-989.
- Strathearn, L. (2011): Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology*. 23(11): 1054-1065.
- Tottenham, N. (2015): Social scaffolding of human amygdala-mPFC circuit development. *Social Neuroscience*. 10(5): 489-499.
- Viding, E. & Frith, U. (2006): Genes for susceptibility to violence lurk in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 103 (16): 6085-6086.

### Internetkilder

- Heller & LaPierre (2014): NARM, NeuroAffective Relational Model. Lokaliseret den 23.10.2019: <http://www.narm.dk/NARM>
- Metner, L. & Storgård, P. (2007): Anerkendelse og validering. PsykologCentret Viborg. Lokaliseret den 29.11.2018: <https://docplayer.dk/5502006-Anerkendelse-og-validering.html>
- Overgaard, Ramsø og Skov (2005): Psykologi og neurovidenskab. *Psykolog Nyt* (6). Lokaliseret den 17.9.2018: [http://www.neuroaffect.dk/Artikler\\_pdf/Psykoterapi%20og%20neuroaffectiv%20udvikling.%20Dansk%20Psykolog%20NYT%20Nr.%202.pdf](http://www.neuroaffect.dk/Artikler_pdf/Psykoterapi%20og%20neuroaffectiv%20udvikling.%20Dansk%20Psykolog%20NYT%20Nr.%202.pdf)



## 11. SKRÆDDERSYET PÆDAGOGIK

Dette kapitel giver eksempler på konkrete pædagogiske tiltag tilpasset den enkelte udviklingsalder og reaktioner på omstændigheder. Der præsenteres en udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse med konkrete pædagogiske tiltag i forhold til borgeren.

Forfatter: Christina Gumdgaard Pedersen, psykologisk konsulent

Den eksisterende viden om neuroaffektiv udvikling og neuropædagogik peger på, at det er væsentligt at tilpasse terapeutisk og pædagogisk indsats til den udviklingsmæssige alder (med kronologisk alder for øje) og ikke alene den kronologiske alder. En ung mand kan fx rent fysisk godt være 21 år gammel, imens han ved neuropsykologisk udredning under optimale og afgrænsede forhold, kognitivt præsterer på niveau med en gennemsnitlig 6-9-årig. Når man observerer, interviewer eller screener for omgivelsernes indtryk af den unge mand, fx i en neuropædagogisk udredning, kan hans kognitive og øvrige funktionsniveau i en kompleks hverdag med sociale, kognitive og emotionelle krav måske opleves som værende på niveau med en 2½-4-årig afhængigt af den givne kontekst. Dette er relevant at have for øje i måden, hvorpå man søger at lindre, støtte, forebygge og håndtere den pågældende unges mands vanskeligheder i hverdagen.

Hjernens enestående evne til at forbinde mønstre i neural aktivitet, der sker samtidig, betyder, at et menneske, der har været udsat for traumer, kan have en automatiseret trusselsreaktion ved en bestemt lugt, lyden af noget bestemt musik, farven af noget tøj, et bestemt øjenuddryk eller ved vilkårlig let velmenende berøring. Hjernen fungerer primitivt og anderledes i den tilstand, og der vil være en tendens til at regrediere følelsesmæssigt.

Figur 11.1 illustrerer funktionsniveauet på forskellige stadier af arousal under tilpasningsreaktioner, samt hvorledes man pædagogisk kan mindske eller forstærke arousalniveauet.

Der vil være behov for mange oplevelser, der bryder tidligere indlærte neurale sammenhænge, for at mindste traumerelaterede overgeneraliseringer og sammenhænge, hvilket hænger sammen med hjernens brugerafhængige udvikling. Man kan derfor også opleve, at man godt kan både tale om og kognitivt forstå sine reaktionsmønstre, men at man samtidigt ikke umiddelbart kan ændre dem. Dette kræver mange gentagne og systematiske korrektive oplevelser, der er tilpasset ens udviklingsalder frem for ens fysiske alder.

Dette kan selvsagt være en udfordring, særligt jo ældre et menneske er, da en 27-årig muligvis vil kunne finde det akavet at have behov for at blive holdt, vugget og fysisk trøstet. Uagtet er samtale ikke specielt egnet til at indvirke på symptomer, der medieres via hjernestammen og mellemhjernen.

Tilpasningsreaktion		Tilpasningsreaktion			
Tilstand	Hvile	Årvægenhed	Stivne	Flugt	Kamp
<b>Regulerende områder i hjernen</b>	Rolig	Agtpågivende opmærksomhed	Alarmeredskab	Angst	Rædsel
<b>Kognition</b>	Neocortex og cortex	Cortex og det limbiske system	Limbske system og mellemhjernen	Mellemhjernen og hjernestamme	Hjernestamme Autonomt
<b>Udviklingsalder</b>	Abstrakt	Konkret	Emotionel	Reaktiv	Reflektiv
<b>Deeskalerende pædagogisk adfærd på forskellige stadier af arousal</b>	15-30 år/ Teenager-voksen	8-15 år/ Barn-teenager	3-8 år/ Børnehavebarn-barn	1-3 år/ Spædbarn-børnehavebarn	0-1 år/ Nyfødt-spædbarn
<b>Eskalerende pædagogisk adfærd på forskellige stadier af arousal</b>	Nærvær, stille, rokkende eller rytmisk bevægelse	Stille stemme, øjenkontakt, tilidsfuld, tydelige og enkle anvisninger	Rolig, rytmisk og fast berøring, stille melodiske ord, syngende og rynnende musik	Tilstedeværende, stille, tilidsfuld, giv fri	Træk væk
	Støje, pufte eller tale	Frustration, angst, kommunikation på afstand uden øjenkontakt, komplekse sammensatte direktiver, stille ultimatum	Hævet stemme, løftet hånd, rystende fingre, tonefald, råbe trusler, kaos	Øget eller fortsat frustration, mere råben, kaos, fornemmelse af angst	Uoppassende magtanvendelse/ tilbageholdelse, tage fat i, ryste, skrike

Figur 11.1: Forskellige stadier af arousal som tilpasningsreaktion med anvisning af regulerende områder i hjernen, kognition, udviklingsalder, deeskalerende og eskalerende pædagogiske strategier  
Kilde: VISS (inspireret af Perry, 2006)



Figur 11.2 giver eksempler på støttende pædagogiske aktiviteter tilpasset den neuroaffektive udviklingsalder. Disse aktiviteter uddybes i relation til en udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse.

Udviklingsalder	Eksempler på pædagogiske tiltag	Primære regulerende områder i hjernen
<b>Udviklingsalder 0-1 år</b>	Rytmsk og mønstret input (auditivt, taktilt og motorisk), afstemte samspilsprocesser og lydhor omsorg, fx: Massage, rytmisk berøring, taktileg, titte-bøh-leg, musikalske rytmer, vuggende bevægelser (fx i kram, dans eller hængekøje), vejtrækningsregulering	Hjernestamme autonome nervesystem
<b>Udviklingsalder 1-3 år</b>	Mere komplekse rytmisk bevægelse, simple narrativer og sociale erfaringer, fx: Musik og bevægelse, smagsleg, massage/taktil stimulering, interaktion med dyr, grov- og finmotorisk aktiviteter, tilpasset sansedæt	Mellemhjerne og hjernestamme
<b>Udviklingsalder 3-8 år</b>	Komplekse samtale, social interaktion, udforskende leg, alenetid, mætning og tryghed, fx: Samtale, storytelling, drama, kunst, humor, formel uddannelse, mentaliseringsøvelser/sociale historier og følelsesmæssig interaktion, der understøtter selvrefleksion og identitetsudvikling	Limbske system og mellemhjerne
<b>Udviklingsalder 8-15 år</b>	Komplekse samtale, social interaktion, udforskende leg, alenetid, mætning og tryghed, fx: Samtale, storytelling, drama, kunst, humor, formel uddannelse, mentaliseringsøvelser/sociale historier og følelsesmæssig interaktion, der understøtter selvrefleksion og identitetsudvikling	Cortex og det limbske system
<b>Udviklingsalder 15-30 år</b>	Mere komplekse samtale, strategi, planlægning, social interaktion, udfordrende spil, alenetid, mætning og tryghed, fx: Samtale på et højere abstraktionsniveau, konkrete handlestrategier, storytelling, drama, kunst, humor, formel uddannelse, mentaliseringsøvelser/sociale historier og følelsesmæssig interaktion, der understøtter fortsat selvrefleksion og identitetsudvikling	Neocortex og cortex

Figur 11.2: Eksempler på støttende pædagogiske aktiviteter tilpasset den neuroaffektive udviklingsalder  
Kilde: VISS (inspireret af Perry, 2006)

Det er i tilgangen væsentligt at være opmærksom på den enkelte borgers forsvar og adaptive overlevelsesstrategier, da disse har betydning for hvilket overordnet pædagogisk budskab, der understøtter borgeren bedst muligt (jf. uddybet redegørelse i kapitel 10). Der er i den forbindelse identificeret fem overordnede overlevelsesstrategier eller forsvar, der omfatter kontakt, afstemning, tillid, autonomi og kærlighed/sexualitet (Heller & LaPierre, 2014). Figur 11.3 på næste side uddyber de parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved de fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvistning til det vigtigste overordnede budskab i den pædagogiske tilgang.

### 11.1 Udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse

Der er i dag udviklet neurosekventielle (NMT – Neurosequential Model of Therapeutics (<http://childtrauma.org/nmt-model/>, lokaliseret 15.9.2018)) og neuroaffektive programmer (fx NUSSA-Neuroaffektiv Udviklingspsykologisk Struktureret Aktivitet (<http://www.nussa.dk>, lokaliseret 15.9.2018)), der bl.a. tilpasser pædagogisk indsats til sårbare børn og unges udviklingsalder.

Den terapeutiske tilgang (NARM–NeuroAffective Relational Model (<http://www.narm.dk/NARM>, lokaliseret 23.10.2019)), tilstræber at tilpasse den terapeutiske indsats til den enkeltes udviklingspsykologiske problematikker i et neuroaffektivt perspektiv. Der har imidlertid ikke tidligere været udarbejdet en udviklingsbaseret neuroaffektiv tilgang til pædagogik (og terapeutisk indsats), der er skræddersyet til arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelse.

Den pædagogiske indsats på de konkrete områder bør orkestreres på baggrund af udrødning og grundigt kendskab til den enkelte borgers behov. Det vurderes væsentligt, at her er tale om en udviklingsbaseret og ikke en manualbaseret pædagogik. Det er således ikke sikkert, at den enkelte borger er i stand til at bevæge sig til det næste udviklingsniveau, men i stedet har behov for gentagen stimulering på et bestemt niveau permanent eller igennem længere tid for at trives. Det kan også forekomme, at man med fordel kan stimulere flere udviklingsniveauer samtidigt. En udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse omfatter følgende:

1. Etablering af en tryk relation
2. Tilstandsregulering
3. Somatosensorisk integration
4. Socioemotionelle færdigheder
5. Refleksive færdigheder



	Kontakt som forsvar eller overlevelsesstrategi	Afstemning som forsvar eller overlevelsesstrategi	Tillid som forsvar eller overlevelsesstrategi	Autonomi som forsvar eller overlevelsesstrategi	Kærlighed / seksualitet som forsvar eller overlevelsesstrategi
Udviklingsalder	Før fødsel-6 mdr.	6 mdr.-1½ år	2-4 år	2-4 år	4-6 år
<b>Hovedbudskab i den pædagogiske tilgang</b>	Jeg er her	Jeg ser dig	Jeg passer på dig	Jeg står fast – uden at overskride dine grænser	Jeg anerkender dig – du har værdi og tilbydes nærhed og belønning alene for din væren
<b>Parasympatisk dominerede symptomer</b>	Dissociering Social isolation Fysiske symptomer Kollaps Indadvendt aggression	Resignation Depression	Forsvaret kan ikke opretholdes Kollaps	Lammet af indre modsætninger	Aseksuel Lidenskabsløs
<b>Sympatisk dominerede symptomer</b>	Udadvendt aggression Splitting/projektion Frygt for tilknytningstab Vrede/ raseri Protest Trussel mod overlevelse	Manglende behovskontakt Frygt for tilknytningstab Protest Svigtende tilknytning og omsorgssvigt	Udadvendt aggression Belønnet for at sælge ud af sig selv Frygt for tilknytningstab Føler sig brugt og svigtet	Siger ja, men mener nej Splitting Frygt for at blive forladt eller angrebet Protest/vrede Selvhævdelsen er truet eller blokeret	Enten romantisk eller seksuelt orienteret Selvværd baseret på udseende eller performance Splittelse mellem kærlighed og sex Frygt for tilknytningstab Føler sig afvist og hjerteknust
<b>Afbalanceret HRV</b>	Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed	Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed	Sund aggression Selvhævdelse Åben nysgerrighed	Selvstændighed	Kærlighed Lidenskab Seksualitet

Figur 11.3: Parasympatiske, sympatiske og afbalancerede HRV symptomer ved fem adaptive overlevelsesstrategier eller forsvar med anvistning til overordnet budskab i den pædagogiske tilgang  
Kilde: Heller & LaPierre, 2014

### 11.1.1 Etablering af en tryk relation

Udgangspunktet for det pædagogiske arbejde er det relationelle arbejde. Den første opgave, der påhviler en omsorgsperson, er således at lære den pågældende borger at kende, så man kan møde borgeren, hvor han/hun er. Det anbefales fra starten at læse eventuelt eksisterende neuropsykologiske og neuropædagogiske udredninger, tidligere udtalelser o.l., så der er så informeret et grundlag som muligt at møde og tilpasse sin tilgang til borgeren på.

I den professionelle relation er det væsentligt:

- At relationen altid er omsorgspersonens ansvar
- At det er omsorgspersonens relationskompetencer, der er grundlaget for relationsdannelse

- At man i relationen er bevidst om, at man er *ligeværdige*, men ikke *ligestillede* i forhold til ansvar, viden, magt og kompetence
- At borgeren aldrig kan tillægges skyld for mislykkede relationelle handlinger

Relationskompetence er blevet defineret som følgende: *”De personlige færdigheder, den enkelte har og forstår at tage i anvendelse for at fremme forholdet til en eller flere andre i en social kontekst. De er således forskellige og personlige og dermed ikke et generelt fænomen. Relationskompetence er således ikke noget, det giver mening at sammenligne med fx kollegers”* (Metner & Storgård, 2007, s. 9).



Anerkendelse, ros og validering indgår i den forbindelse som centrale begreber i relationsarbejdet. Det er grundlæggende måder at vise omsorg og etablere tryghed på for borgeren.

#### Anerkendelse, ros og validering

Anerkendelse omfatter, at man ses, som man er, af et andet menneske, bliver taget alvorligt som menneske, mødes som værende ligeværdig og oplever at være accepteret, som man er. Man kan udtrykke anerkendelse verbalt, nonverbalt og igennem samvær. Verbalt kan man med ord udtrykke anerkendelse af borgerens eksistens og tilstand. Nonverbalt kan signaleres anerkendelse af borgeren gennem kropslige signaler, gestik, og øjenbevægelse. Anerkendelse samvær henviser til måden, man er sammen med borgeren på, herunder synliggørelse af ønsket om samvær gennem ord, handlinger og måder at opsiges på. For at kunne modtage anerkendelse skal man kunne mærke, at anerkendelsen gives uden bagtanke, krav og betingelser.

Det er væsentligt at skelne anerkendelse fra ros, da disse begreber let kan forveksles, fordi begge baserer sig på en positiv tilgang til andre. Imens anerkendelse danner grundlag for etablering af selvtillid, danner ros grundlag for etablering af selvtillid. Begge dele er vigtige. Anerkendelse er imidlertid udgangspunktet for, at ros kan modtages og bruges på en hensigtsmæssige måde.

Figur 11.4 illustrerer skelnen mellem anerkendelse og ros. Hvis man kan se en borger er i gang med at løse en opgave, kan man fx anerkende ved at sige: *'Jeg kan godt se, du arbejder hårdt, og at det kan være svært og frustrerende, så man ind imellem har lyst til at give op'*. Anerkendelsen kan suppleres med et smil, et kærligt blik og evt. et lille klem med en hånd på skulderen som understøttelse. Den samme situation kan roses ved at sige: *'Hvor er det et flot stykke arbejde, du laver. Det er da blevet rigtig godt'*.

Anerkendelse	Ros
Grundlag for selvværd	Grundlag for selvtillid
Fundament under alle former for social væren	
Kan ikke gives som tilskyndelse	Kan pædagogisk bruges til at tilskynde handlinger
Ikke beregnende	Vurdering, bedømmelse eller værdisætning
Identitetsskabende	
Udgangspunkt i væren	Udgangspunkt i handlinger
Bekræfter borgerens eksistens	Bekræfter borgerens kompetencer og færdigheder

Figur 11.4: Skelnen mellem anerkendelse og ros  
Kilde: VSS (inspireret af Metner & Storgård, 2007)

Imens anerkendelse er et grundlæggende behov, er validering det, der tages afsæt i under forandringsprocesser. Validering handler om accept af det, der ikke kan ændres, og styring hen imod det, der ønskes. Det beskrives, at validering: *"...giver bekræftelse, anerkendelse, forståelse samt håb for fremtiden (ibid.)."*

Validering indebærer, at man søger at forstå og anerkender den måde, borgeren oplever og søger at mestre verden på. Man søger at fornemme, hvordan det er at være borgeren med dennes livshistorie, og tydeliggør herefter, at dette giver mening for en. Man kan fx italesætte og benævne, hvordan man oplever det fra borgerens perspektiv. Hvis en borger eksempelvis er bange i mødet med en ny beboer, vil borgeren blot føle sig misforstået, hvis man prøver at negligere det og siger, at det ikke skal tages så ilde op. Borgeren har brug for at blive mødt med anerkendelse, bekræftelse og forståelse for dennes oplevelse af virkeligheden. Det er i den forbindelse relevant, at validering ikke er det samme som at give andre ret. Man kan godt bekræfte en borgers forståelse, anerkende personen og have forståelse for dennes oplevelse, uden at man samtidig siger, at man er enig. Valideringen er ofte en forudsætning for forandringsprocesser. Der vil ofte være modstand på forandring fra mennesker, der ikke har vist, at de forstår ens livsperspektiv, og har anerkendt den, man er.

Anerkendelse og validering er således væsentlige elementer i tryk relationsdannelse og har betydning for, om borgeren grundlæggende oplever, at man vil denne det godt. Fænomenet som overføring, modoverføring og omsorgspersonens evne til selvregulering kan endvidere have stor betydning for etableringen af en tryk relation borger og omsorgsperson imellem. Disse faktorer uddybes nedenfor.

#### Overføring

Det er væsentligt at have for øje, at en borgers evne til at kunne indgå i en relation med sine omsorgspersoner bl.a. præges af dennes tidligere erfaringer og tilknytningens mønstre. Man vil således ofte kunne mærke, at en borger forventer bestemte typer af reaktioner eller adfærd fra én. Dette er et velkendt fænomen i terapeutiske sammenhænge (Fog, 2007).

Man kalder det 'overføring', når en borger projicerer ubearbejdede følelser ud i fx pædagogen. Det kan være både positive eller negative følelser, og det opleves lidt som at blive tildelt en rolle, der svarer til noget, borgeren tidligere har kendt (fx en oplevelse af, at man er afvisende ligesom borgerens tidligere omsorgsperson eller en forventning om vrede, irritation o.l.). Det kan også være noget, der opleves behov for (fx at man opfattes som moderlig/faderlig/kompensation for tidligere mangler). Når det sker, er det vigtigt ikke at tage projektionerne personligt, uagtet om de er positive eller negative. Hvis ikke man er bevidst herom, kan man let komme til at indgå i et spil, hvor man spiller den forventede rolle, dvs. reagerer som borgeren ubevidst forventer, hvilket kan være med til at fastholde borgeren i et uhensigtsmæssigt mønster. Nogle gange kan det være nødvendigt i nogen grad at tage rollen på sig med henblik på at etablere og opretholde relationen eller samarbejdsalliancen (særligt hvad angår den kompensatoriske omsorgsrolle).

## Modoverføring

De følelser og reaktioner, man som omsorgsperson kan få i relationen til borgeren, kaldes 'modoverføring'. Man kan således lære rigtig meget om en borgers tilknytningsmønster, udviklingsniveau og evne til at indgå i relation ved at være bevidst omkring sine egne reaktioner på borgerens projektioner. Man kan dermed bruge informationen til at aflæse de behov og motiver, der ligger bag en given adfærd, og lave korrigerende erfaringer i samspejlet.

Hvis man fx kan mærke, at man udvikler særlig omsorg for en bestemt borger, har svært ved at gå fra vedkommende, får trang til at beskytte og passe særligt på den pågældende og måske også har svært ved at slippe fornemmelsen af borgeren, når man har fri, kan man med fordel overveje, om borgeren ikke selv oplever at kunne passe på sig og regulere sig på egen hånd. Borgeren føler måske et behov for samhørighed og er bange for at være ene, fordi denne ikke blev mødt tilstrækkeligt på dette tidlige behov i sin udvikling.

Det er således muligt stadig at opleve et behov for samhørighed for at kunne regulere sit arousalniveau gennem relevante samspilsprocesser med en tryk anden. Det gælder fx samstemning (deling af handling eller intention, hvor indre følelser og tilstande identificeres), matchning og reparation (samtidig fremvisning af samme affektive og/eller adfærdsmæssige tilstand i processer, hvor ikke-mødet tilstande transformeres via dyadisk matchning) eller kontingens (tilpasning af affektive og adfærdsmæssige signaler i tidsmæssige mikrosekvenser, der leder til læring, reguleringsfærdigheder og interaktive mønstre). Når man er bevidst omkring disse dynamikker, kan man som omsorgsperson bevidst vælge at imødekomme og møtte dette behov for at regulere arousalniveauet samtidig med, at man fx træner overgange fra at være sammen til at være ene med fx overgangsobjekter.

Et andet eksempel kan være, at man uden helt at kunne forstå hvorfor, føler sig irriteret på, oplever modvilje mod og er negativ stemt over for en bestemt borger uden egentlig grund. Det vil her altid være relevant at overveje, om det eventuelt er den respons, borgeren forventer af sine omgivelser? Om det er sådan, borgeren føler omkring sig selv? Og hvis man føler sig ukomfortabel, lidt akavet eller måske endda ængstelig og har trang til at undgå at være på tomandshånd med en borger, kan man med fordel overveje, om borgeren potentielt bærer et ængsteligt og undvigende tilknytningsmønster med sig.

Pædagogens egen person bliver dermed også helt central i arbejdet, fordi det er med sig selv som instrument, at pædagogen indgår i kontakt og formidler sin viden og sine redskaber. Evnen til at kunne etablere og opretholde relationer med en borger er nært sammenhængende med pædagogens kontaktevne, evnen til at kunne etablere og opretholde relationen og dermed også egen udviklings- og tilknytningshistorie.

Det er således også vigtigt at skelne modoverføringsreaktioner fra reaktioner, der har rod i omsorgspersonens egne ubearbejdede problemer og følelser. Sidstnævnte kræver, at pædagogen bearbejder dette uden for relationen med borgeren, fx i supervision eller terapi. Ligeledes vurderes det afgørende, at man som omsorgsperson opbygger selvreguleringskompetence, så man ikke kontinuerligt påvirkes uhensigtsmæssigt af fx emotioner eller forhøjet arousal i samspejlet med borgeren.

## Den professionelle selvreguleringskompetence i relation til borgeren

De relationelle dynamikker, der er borger og omsorgsperson imellem betyder, at man som omsorgsperson meget let "smittes" og kan udvikle emotioner, der svarer til borgerens. Det kan udtrykke sig på mange måder såsom eksempelvis labilitet, irritation, fordømmelse, oversensitivitet eller overinvolvering, foragt, forråelse, stress eller PTSD-symptomer svarende til borgerens.

Borgerens emotionelle tilstand registreres kontinuerligt via spejlneuroner hos den professionelle omsorgsperson, og nyere forskning har yderligere peget på, at menneskers HRV (hjerterytmeariabilitet) har tendens til at synkronisere sig, når man er i nærhed med hinanden (ligesom det er tilfældet mor og spædbarn imellem) (McCraty, 2015). En tæt relation mennesket imellem har således en meget konkret fysisk indvirkning på nervesystemet og dermed også for ens følelser og velbefindende.

Det betyder også, at man som omsorgsperson, der arbejder professionelt med mennesker, skal finde en balance i at arbejde med både hjerte og hjjerne. Man skal kunne arbejde med følelser og medindlevelse, uden at man overvældes eller, at det bliver til overinvolvering. Og man skal kunne arbejde fagligt og mentalt, uden at det bliver til hårdhed og kynisme. Når der er følelser i spil hos et andet menneske, der berører én, stiller det således store krav til, at ens egne følelser (uagtet hvilke) ikke ender med at stå i vejen for, at man kan se klart og hjælpe. Når man kan regulere sig selv, er man til gengæld i stand til at kunne indleve sig, samstemme sig og føle med et andet menneske, samtidig med at man fagligt forholder sig, indgår i samspilsprocesser og understøtter stemnings- eller arousalregulering.

Som tidligere nævnt er der en direkte sammenhæng imellem emotioner og mønstre i HRV (Edwards, 2017). Alle tanker og følelser indvirker via hjernestammen på HRV, imens HRV via hjernestammen indvirker på de hjernecentre, der er involveret i emotionel selvregulering. Når der er balance i ens grundlæggende arousalsystem<sup>6</sup>, optræder der et kohærent (sammenhængende) HRV-mønster, der relaterer sig til en tryk, afslappet og vågen tilstand præget af positive emotioner såsom nænsomhed, omsorg og taknemmelighed.

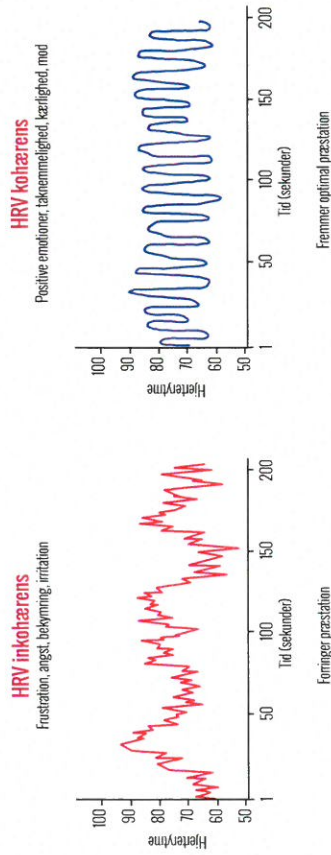
Denne tilstand er forbundet med en række gavnlige effekter, herunder robusthed, stresshåndtering og selvregulering, traumerestitution, følelsesmæssigt velbefindende, mental klarhed, akademisk præstation og kreativitet, arbejdspræstation samt hypertension, helbred og helbredsrelateret restitution (McCraty, 2015).

Et uregelmæssigt HRV-mønster er til gengæld forbundet med en indre uro og følelser, såsom angst, bekymring og irritation. Figur 11.5 illustrerer et henholdsvis kohærent og uregelmæssigt HRV-mønster.

<sup>6</sup> Refererer til det autonome nervesystem bestående af det sympatiske og parasympatiske nervesystem



## Neuroeffektiv udvikling - mønstre i hjerterytme



Figur 11.5: Illustration af et henholdsvis kohærent og uregelmæssigt HRV-mønster, forbundet med forskellige følelser  
Kilde: VISS

I takt med, at arousalniveauet stiger, bliver det tiltagende vanskeligt at tænke klart og bevare overblikket. Dette kan medføre to overordnede typer af tilpasningsreaktioner, herunder at man enten smittes eller dissocierer/ adskiller sig fra sine følelser.

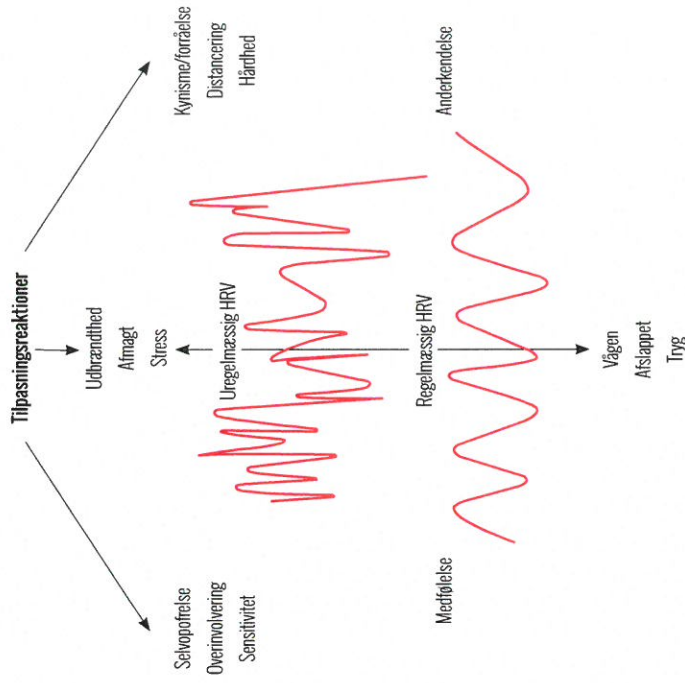
Figur 11.6 illustrer, hvordan ens eget HRV kan indvirke på måden hvorpå, man relaterer sig til borgeren via tilpasningsreaktioner. I den sammenhæng er det væsentligt, at man i det relationelle arbejde mentalt indstiller sig på, at relationelle processer ikke er noget, der kan løses. Mange af de problematikker eller samspisprocesser, man støder på i det pædagogiske felt, kan ikke løses, hvorfor denne indstilling kun kan lede til afmagt. I professionelle relationelle processer er det mere konstruktivt at fokusere på, hvordan man kan være med den anden (borgeren) på så konstruktiv en måde som muligt. Dette indebærer, at man tager vare på sig selv og egne reaktioner i samspillet for dermed bedre at kunne se og tage fagligt og følelsesmæssigt vare på borgeren.

I det neuropædagogiske felt, er det således vigtigt, at man som professionel omsorgsperson arbejder kontinuert med selvregulering, og at man stabiliserer og (gen)etablerer en kohærent HRV-baseline, da det influerer på både velbefindende, præstation, adfærd og sundhed. Samtidigt er det i overensstemmelse med gængs neuroudviklingsmæssig og biologisk viden (Perry, 2009).

Det skal nævnes, at helbredsmæssige forhold naturligvis i sig selv kan indvirke på ens HRV, og at selvreguleringsteknikker har vist sig at have gavnlige indvirkning i den sammenhæng også (McCraty, 2015).

HRV kan måles med bl.a. biofeedbackudstyr, og man kan derfor også inddrage måling af HRV i fx supervisionsforløb. Der findes en række selvreguleringsteknikker, herunder bl.a. brug af visualisering eller kardiorespiratorisk rytme (vejrtrækningsregulering), der modulerer hjertets rytmiske aktivitet.

## Indvirkning af eget HRV på måden, man relaterer sig til en borger via tilpasningsreaktioner



Figur 11.6: Indvirkning af eget HRV på måden, man relaterer sig til en borger via tilpasningsreaktioner  
Kilde: VISS

Som omsorgsperson kan du fx prøve to små øvelser beskrevet nedenfor (Vejrtrækningsøvelsen er beskrevet med inspiration fra McCraty, 2015).

Med træning kan du lære at bruge disse øvelser som effektive beroligende selvreguleringsteknikker, der er relativt lette og hurtige at bruge i praksis i hverdagen, fx i konfliktoptrappende situationer. Organisatoriske forhold, som fx fysiske rammer, der sikrer tryghed i miljøet og arbejdstilrettelæggelse, hvor der er mulighed for kollegial og social støtte i konkrete situationer, har også positiv arousalregulerende effekt.

Det essentielle er, at du kan se for dig, hvordan du (og dine kollegaer) kan passe på dig selv (og hinanden) i løbet af en arbejdsdag. Hvis det er vanskeligt at se for sig, hvordan det er muligt, er det relevant konkret at overveje, hvad der skal til.

## Udvælgte selvreguleringsøvelser

### Øvelse 1

Prøv at rette din opmærksomhed mod din vejtrækning. Forestil dig, at du lader din indånding glide ubesværet gennem området ved dit hjerte i ca. 4-5 sekunder. Og lad din udånding glide ubesværet gennem hjertet igen i ca. 4-5 sekunder. Fortsæt med at trække vejret i den rytme i ca. 5 minutter. Lad dig samtidig fylde med følelsen af omsorg og taknemmelighed for nogen, du har kær. Prøv kropsligt at sansse, hvordan den følelsesmæssige tilstand fornemmes i dig.

Når du er trænet i at bruge denne øvelse, vil du på under et minut kunne regulere din hjerterytmе. Du vil således let kunne bruge øvelsen i situationer, hvor du er sammen med og begynder at føle dig stresset med en borger.

### Øvelse 2

Prøv at rette en nænsom opmærksomhed imod dig selv. Det kan eventuelt støtte dig at tænke på et sted eller en situation, hvor du ved, at du føler dig eller har følt dig afslappet, tryk, kærlig og vågen. Prøv at indleve dig i stemningen, den følelsesmæssige tilstand og de kropslige fornemmelser forbundet hermed, så du lærer tilstanden godt at kende. Er der nogle lyde, du forbinder hermed? Er der noget særligt, du kigger på, på det særlige sted eller i situationen, du tænker på? Er der nogle særlige dufte? Hvordan føles din hud og forskellige områder i kroppen? Slapper du af i dine muskler? Hvordan føles det i maven? Hvordan trækker du vejret? Det væsentlige er, at du over dig i at mærke og let kan genkalde dig den følelsesmæssige tilstand, hvor du føler dig afslappet, tryk, kærlig og vågen i kroppen.

Når du er i den pågældende tilstand, kan du lave dit eget 'kendetegn' eller 'anker' (fx lægge din hånd mod maven lige under navlen, mærke dine fødder mod gulvet, følge din vejtrækning med din opmærksomhed e.l.), som du fremadrettet kan bruge til at genkalde dig følelsen, når du behøver det.

### 11.1.2 Tilstandsregulering

Med henblik på grundlæggende tilstandsregulering er der behov for rytmisk og gentagende sensorisk input, der reorganiserer og stabiliserer hjerterytmеn, der reguleres på hjernestammeniveau (ligesom en mor, der vugger sit spædbarn, eller den prænatale lyd af moderens hjerterytmе). Det kan være auditiv, taktilt eller motorisk input, der tilpasses den enkeltes behov (fx tydeliggjort ved udredning) og præferencer. Dans, tromme, musik, rytmiske lege (fx titte-bøh-leg), massage, rytmisk affektiv berøring og vugge i hængekøje er eksempler på rytmisk gentagende stimuli, der støtter stabilisering i de nederste dele af hjernen. Disse tiltag skal være vedvarende, forudsigelige, i et fast mønster og regelmæssige på daglig basis. Tiltagene anbefales således implementeret i de daglige handleplaner i en fast genkendelig struktur.

Afstemte samspilsprocesser kan være af afgørende betydning på dette niveau. Gennem leg og rytme etableres et tillidsfuldt forhold, hvor man føler, at man er sammen. Tryghed, rytme og synkronisering er nøgleord i den interpersonelle dans, der udpiller sig på dette niveau. Tilstandsregulering modereres og læres igennem tilpasset brug af følgende tidligere omtalte samspilsprocesser i trygge relationelle forhold (se kapitel 10).

Man kan i den forbindelse med fordel være opmærksom sit eget arousalniveau og reguleringen af egen vejtrækningsrytme og HRV, idet dette kan have en synkroniserende og dermed beroligende effekt (McCraty, 2015). Nogle borgere kan også have glæde af selv at arbejde med vejtrækningsregulering som eksemplificeret i casen nedenfor:

### CASE 111

*Simon, der i dag er 19 år gammel, blev adopteret fra Sydamerika som 3-årig og levede forinden formentlig som gadebarn, før han kom på børnehjem. Simon er meget social og tryghedssøgende i sin natur, og han har svært ved at forstå, når andre ikke vil være sammen med ham. Han har haft en kæreste, der forlod ham, hvilket gav anledning til store konflikter og udadreagerende adfærd. Sine fortæller, at han er bange for at blive forladt og være alene. Generelt giver alle overgange fra fx dagbeskæftigelse til bosted eller fra bosted til foreldre anledning til stress og frustration, hvilket giver ham konfliktproblemer undervejs.*

*Simon vil meget gerne lære at styre sit temperament, men det er ikke lykkedes at finde nogle strategier, der fungerer, når han bliver vred. Adspurgt kan Simon godt mærke sit hjerte banke hurtigere, når han begynder at blive vred. Han finder det spændende at prøve at følge en sekundviser, imens han under anvisning lader sin indånding glide fire-fem sekunder ind gennem brystkassen og herefter følge sekundviseren i fire-fem sekunder, imens han lader sin udånding glide ud gennem brystkassen. Med brug af biofeedback udstyr kan Simon selv se, det han mærker, og hvordan han regulerer sin hjerterytmе, der hurtigt bliver stabil og regelmæssig. Simon kan i den tilstand bedre tænke klart og benytte sig af nogle af alle de andre strategier, han har fået, herunder eksempelvis trække sig fra konflikten, gå en tur eller tale med en pædagog om situationen. Simon fortæller efterfølgende, at han har haft stor glæde af øvelsen og også bruger den, inden han skal sove.*

### 11.1.3 Somatosensorisk integration

Det anbefales på baggrund af en sanseudredning at sammensætte en sansedæt, der er tilpasset den enkelte med henblik på somatosensorisk integration og regulering primært på mellemhjerniveau. Eksempler på aktiviteter, der understøtter somatosensorisk integration, er mere kompleks rytmisk bevægelse (fx dans, rytmik, gymnastik), finmotoriske aktiviteter (fx tegning), smagslege og taktil stimulering (fx massage).

I arbejdet med borgere med funktionsnedsættelse er der ofte behov for stimuli, der enten øger (fx stærke farver, hurtig musik med fast rytme, kaffe eller store bevægelser) eller dæmper arousal (fx gyngende frem og tilbage, stille musik, blå og grønne farver) (se kapitel 3).



Interaktion med dyr har uafhængigt af sanseprofil vist sig at have en række positive effekter blandt mennesker med lavt funktionsniveau. Den umiddelbare respons fra dyr fremmer interaktionslysten, hvilket har en gavnlig indvirkning på både somatosensorisk integration og HRV-regulering. Handicapridning eller hundebesøg m.v. kan således være potentielt gavnlige tiltag på dette niveau.

#### 11.1.4 Socioemotionelle færdigheder

Stimulering på dette niveau handler først og fremmest om følelser, der primært reguleres i det limbiske system (i samspil med andre strukturer). Igennem trykke samspilsprocesser (fx markeret spejling) kan man støtte den enkelte i at kunne mærke og udtrykke følelser, eksempelvis glæde, overraskelse, omsorg, afsky, vrede, angst og sorg. Genkendelse af disse emotioner i andre kan understøttes med fx fremvisning af billeder.

Man kan igennem trykke relationer (bl.a. "holding" som beskrevet af Winnicott), sociale erfaringer (fx leg og legeterapi) og simple narrativer (simple sociale historier) træne evnen til at rumme og udtrykke følelser. Kreative udtryksformer så som at tegne, male, spille musik eller danse understøtter også denne funktion. Vinde-/tabelege, teamspil og turtagning kan også være konstruktive aktiviteter i forhold til at oparbejde socioemotionelle færdigheder i interaktionen med andre.

Det er væsentligt at evnen til at stoppe op, mærke og føle trænes med henblik på at kunne oparbejde begyndende bevidstgørelse og evnen til at kunne regulere og impuls hæmme sine følelser. Disse færdigheder er grundlaget for at kunne indgå i sociale samspil, hvor der er fælles regler, der skal følges. Disse evner forudsætter i høj grad evnen til tilstandsregulering i kombination med begyndende refleksionsevne. Disse færdigheder trænes igennem social interaktion, vekslen imellem mætning, tryghed og alenetid, mere kompleks samtale med brug af fx storytelling, drama, kunst, humor og formel uddannelse. Sociale historier og begyndende mentaliseringsøvelser understøtter begyndende evne til selvrefleksion, identitetsudvikling og de selvreguleringsfærdigheder, der er nødvendige i interpersonelle samspil.

#### 11.1.5 Refleksive færdigheder

Mentaliseringsfærdigheder, også kaldet refleksive færdigheder, handler i høj grad om evnen til at kunne tænke og føle klart om sig selv og andre. Disse færdigheder oparbejdes gennem mere komplekse samtaler eller samtaler på et højere abstraktionsniveau samt gennem social og følelsesmæssig interaktion. Sociale historier, mentaliseringsøvelser og storytelling understøtter udviklingen af disse færdigheder. Nedenstående er et eksempel på en social historie udarbejdet af specialpædagogik konsulent, Lotte Avnby:

#### CASE 11.2

*Jeg hedder Mads. Jeg er 21 år og bor på Solgården. På Solgården er jeg nogle gange sammen med Hanne.*

*Når jeg er sammen med Hanne, kan jeg godt lide at kaste tallerkner på gulvet. Jeg kan godt lide lyden, når tallerknerne går i stykker.*

*Når jeg kaster tallerkner på gulvet, synes Hanne det larmet. Så skal hun skal rydde op og hente nye tallerkner. Hanne bliver ked af det, når tallerknerne går i stykker.*

*Når jeg er sammen med Hanne, kan jeg vælte dåser. Det laver også en dejlig lyd. Jeg kan give Hanne en dåse, når jeg gerne vil lave en dejlig lyd.*

*Når jeg gerne vil kaste tallerkner på gulvet, skal jeg give Hanne en dåse. Så laver vi en dejlig lyd sammen.*

*Når jeg vælter dåser sammen med Hanne, kan jeg lave en dejlig lyd, og så bliver jeg glad, og Hanne bliver glad.*

Det kan være relevant at være opmærksom på at tilpasse øvelserne til den enkelte borgers kognitive niveau og oplevelse af, hvad der har værdi og er meningsfuldt. Der kan på dette niveau også indgå formel uddannelse og udarbejdes konkrete handlestrategier i det omfang, det er muligt.

Udfordrende spil, drama, kunst og humor er andre eksempler på mulige tiltag, der understøtter udviklingen af selvrefleksion, identitetsudvikling og socioemotionelle færdigheder.

Den skematiske oversigt på næste side giver eksempler på konkrete pædagogiske tiltag, der kan tilpasses og skræddersyes i forhold til udviklingsbaseret neuroaffektiv pædagogik for mennesker med funktionsnedsættelse.

Overigten illustrerer, at der under hjernens udvikling er særligt sensitive vækstperioder, hvor organiseringen af forskellige kritiske neurale funktioner finder sted. Den neuroaffektive udvikling er i disse perioder særligt afhængig af samspilsprocesser i en tilknytningsmæssig kontekst, der er tilpasset de aktuelle behov. Senere års forskning peger i den sammenhæng på, at man med fordel kan tilpasse og skræddersy den pædagogiske indsats til borgerens neuroaffektive udviklingsalder frem for den kronologiske alder.

## Skematisk oversigt - Anbefalede pædagogiske tiltag

Udviklingsalder	Eksempler på pædagogiske tiltag	Tilpasningsreaktioner	Regulerende områder i hjernen	Kognition	Deeskalerende pædagogisk adfærd på forskellige stadier
<b>Udviklingsalder 0-1 år</b>	Rytmiisk og mønstret input (auditivt, taktilt og motorisk), afstemte samspilsprocesser og lydør omsorg, fx: Massage, rytmiisk berøring, taktile, titte-bøh-leg, musikalske rytmer, vuggende bevægelser (fx i kram, dans eller hængekøje), vejtrækningsregulering	Rædsel	Hjernestamme autonomt	Refleksiv	Træk væk
<b>Udviklingsalder 1-3 år</b>	Mere kompleks rytmiisk bevægelse, simple narrativer og sociale erfaringer, fx: Musik og bevægelse, smagsleg, massage, taktil stimulering, interaktion med dyr, grov- og finmotorisk aktiviteter, tilpasset sansediæt	Angst	Mellemhjernen og hjernestamme	Reaktiv	Tilstedeværende, stille, tillidsfuld, giv fri
<b>Udviklingsalder 3-8 år</b>	Kompleks bevægelse, narrativer og sociale erfaringer, fx: Leg og legeterapi, vinde/tabeleg, kreative udtryksformer og parallellege, teams og turtagning	Alarmberedskab	Limbske system og mellemhjernen	Emotionel	Rolig, rytmiisk og fast berøring, stille melodiske ord, syng og nynnende musik
<b>Udviklingsalder 8-15 år</b>	Kompleks samtale, social interaktion, udforskende leg, alenetid, mætning og tryghed, fx: Samtale, storytelling, drama, kunst, humor, formel uddannelse, mentaliseringsøvelser, socialhistorier og følelsesmæssig interaktion, der understøtter selvrefleksion og identitetsudvikling	Agtgørende opmærksomhed	Cortex og det limbiske system	Konkret	Stille stemme, øjenkontakt, tillidsfuld, tydelige og enkle anvisninger
<b>Udviklingsalder 15-30 år</b>	Mere kompleks samtale, strategi, planlægning, socialinteraktion, udfordrende spil, alenetid, mætning og tryghed, fx: Samtale på et højere abstraktionsniveau, konkrete handlestrategier, storytelling, drama, kunst, humor, formel uddannelse, mentaliseringsøvelser, socialhistorier og følelsesmæssig interaktion, der understøtter fortsat selvrefleksion og identitetsudvikling	Rolig	Neocortex og cortex	Abstrakt	Nærvær, stille, rokkende eller rytmiisk bevægelse

Figur 11.7: Eksempler på støttende pædagogiske aktiviteter og deeskalerende pædagogisk adfærd tilpasset den neuroaffektive udviklingsalder og tilpasningsreaktioner  
Kilde: VISS (inspireret af Perry, 2006)



## Litteratur

- Edwards, S.D. (2016): Influence of HeartMath quick coherence technique on psychophysiological coherence and feeling states. *African Journal for Physical Activity and Health Sciences (AJPHES)*, 22(4-1), 1006-1018.
- Fog, J. (2007): *Saglig medmenneskelighed – grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Heller, L. & LaPierre, A. (2014): *Udviklingstraumer*. København: Hanz Reitzels Forlag.
- McCraty, R. (2015): *Science of the heart. Exploring the role of the heart in human performance (Volume 2)*. Boulder Creek: HearthMath Institute.
- Perry, B.D. (2006): Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: the neurosequential model of therapeutics. I Webb N.B. (Red.), *Social work practice with children and families. Working with traumatized youth in child welfare* (s. 27-52). New York: Guilford Press.
- Perry, B.D. (2009): Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
- Internetkilder**
- Heller & LaPierre (2014): NARM, NeuroAffective Relational Model. Lokaliseret den 23.10.2019: <http://www.narm.dk/NARM>
- Metner, L. & Storgård, P. (2007): Anerkendelse og validering. PsykologCentret Viborg. Lokaliseret den 29.11.2018: <https://docplayer.dk/5502006-Anerkendelse-og-validering.html>
- NMT – Neurosequential Model of Therapeutics. Lokaliseret den 15.9.2018: <http://childtrauma.org/nmt-model/>
- NUSSA-Neuroaffektiv Udviklingspsykologisk Struktureret Aktivitet. Lokaliseret den 15.9.2018: <http://www.nussa.dk>

