

Har barnets och föräldrarnas affektroll samband med barnets ADHD-symtom?

Sara Elg och Elin Johansson

Örebro universitet

Handledare: Håkan Stattin

Psykologi III

VT 2017

Do the child's and their parents' affect control covary with the child's AD/HD-symptom?

Sara Elg & Elin Johansson

#### Abstract

The purpose for this study was to investigate whether children with attention problems and hyperactivity/impulsivity are characterized by having difficulties and having parents with difficulties controlling their affect. The research question in this study was whether the degree of AD/HD-symptoms among the children differs between different combinations of children and parental affect control. Our hypotheses were that children will display more AD/HD symptom when they and their parents have lack of affect control, and that they will display less AD/HD symptoms when they and their parents are in control of their affects. The study was based on a baseline survey of 951 parents, where information about their children's conduct problem and their responding parental strategies were collected. A one-way analysis of variance was conducted to compare the mean values of AD/HD-symptoms in children with different combinations of affect control. The results showed particularly strong attention problems and hyperactivity/impulsivity in the child when the child itself and their parents showed a lack of affect control. It also turned out that minor problems with the child occurred in the families where both the child and the parents had good affect control. This finding indicates that parental control in relation to the child's own affect control is associated with the degree of AD/HD-symptoms. This study shows factors that might covary with children's AD/HD-symptoms. Based on the theory of low-arousal approach and that parents/careers to children with problems keep calm and respond with control, this is an interesting finding for continued research and evaluation of low-impact treatment.

*Keywords: AD/HD, Affect control, parents, children*

Har barnets och föräldrarnas affektkontroll samband med barnets ADHD-symtom?

Sara Elg & Elin Johansson

### **Sammanfattning**

Syftet med denna studie var att undersöka om barn med uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet kännetecknas av att både de själva och deras föräldrar har svårt att kontrollera sin affekt. Forskningsfrågorna är om graden ADHD-symtom hos barnen skiljer sig mellan olika kombinationer av barn och föräldrars affektkontroll, samt om barn med ADHD-symtom kännetecknas av att både de själva och deras föräldrar har svårt att kontrollera sina affekter? Vår hypotes är att barnets ADHD-symtom har ett samband med den samlade affektkontrollen i familjen där mer ADHD-symtom uppvisas vid bristande affektkontroll och mindre symtom uppvisas vid hög affektkontroll inom familjerna. Studien grundades på data bestående av enkätinsamling från 951 föräldrar, där information om deras barns problembeteende samt deras responderande föräldrastrategier uppgavs. En envägs variansanalys genomfördes för att jämföra medelvärden för ADHD-symtom hos barn med olika kombinationer av affektkontroll hos barnet och föräldern. Resultaten visade att barnet uppvisade speciellt kraftiga uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet då både barnet och föräldern hade bristande affektkontroll. Det visade sig också att mindre problem hos barnet uppträdde i de familjer där både barnet och föräldrarna hade god affektkontroll. Detta fynd indikerar att föräldrars affektkontroll i samband med barnets egna affektkontroll har ett samband med graden ADHD-symtom. Utifrån teorin om lågaffektivt bemötande och att föräldrar till barn med problem ska bemöta med ett lugn är resultaten i denna studie ett intressant fynd för fortsatt forskning.

*Nyckelord: ADHD, Affektkontroll, föräldrar, barn*

Har barnets och föräldrarnas affektkontroll samband med barnets ADHD-symtom?

Känslor är en naturlig del hos människan och det finns känslor som skiljer sig åt mellan kulturer i uttryck och innebörd med det finns också känslor som ser likadana ut i alla kulturer och hos alla människor. De känslor som är universella kallas affekter. Affekt syftar till en fysiologisk del medan en känsla syftar till en psykologisk del av känsloupplevelsen. I denna uppsats har vi valt att använda begreppen affekt och känsla synonymt där båda delarna ingår. Affekter tycks ofta smitta av sig; att se någon le sprider genast glädje, att se någon gråta väcker en känsla av sorg och när man ser en bebis skratta så är ens eget skratt sällan långt borta. Denna affektsmitta är någonting som har intresserat psykologer och forskare i alla tider. Tänk dig en situation när du har sett någon gäspa och snart därefter upptäckt att du själv gäspar. Detta är på grund av det som kallas spegelneuroner. Det är hjärnceller som speglar det du ser andra uppleva, och skickar samma signaler i din hjärna som om du själv hade upplevt det. Det innebär att när du ser någon annan göra en rörelse eller få ett intryck skickar dina spegelneuroner samma signaler till hjärnan som om det var du själv som utförde liknande handling. Detta är en fysiologisk förklaring till varför man exempelvis ler som respons på en annan människas leende. Känslor smittar alltså av sig och finns hos alla människor i alla kulturer (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Då känslor smittar av sig är särskiljning av sina egna känslor från andras en nyckel till att förstå och kontrollera sina affekter. Detta är någonting barn lär sig i tidig ålder och det har konstaterats att detta spegelneuronsystem utvecklas hos barn redan innan ett års ålder. Denna utveckling anses vara en central del i att förstå hur andra människor betar sig och fungerar (Falck-Ytter, Gredebäck & von Hofsten, 2006).

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som innebär att personen brister i kognitiva förmågor, i huvudsak uppmärksamhetskontroll och/eller hyperaktivitet/impulsivitet. Andra kognitiva förmågor är

exempelvis förmåga till planering, organisering, konsekvenstänkande, att kontrollera sina impulser och känslouttryck samt styra sin uppmärksamhet. Att ha ADHD innebär att man har betydande och bestående problem med att reglera sin aktivitetsnivå, kontrollera sina impulser samt styra sin uppmärksamhet. För att få diagnosen krävs det att problemen har funnits under en längre tid och är stora i förhållande till barnets utvecklingsstadium. Problemen ska märkas i olika situationer och miljöer samt vara så pass svåra att det är problematiskt i personens vardag (American Psychiatric Association, 2013). Barn med kognitiva funktionsnedsättningar, exempelvis ADHD, har nedsatt förmåga att skilja sina egna känslor från andras. Detta leder till att de i stor utsträckning tar till sig andras känslor och får problem med att hantera sina egna. Att skrika och skälla på ett barn som har en kognitiv funktionsnedsättning leder ofta till att ilskan eller aggressionen smittar av sig på barnet och då förvärras situationen ytterligare (Hejlskov Elvén, Veje & Beier, 2012).

Att känslor styr våra beteenden är någonting som är allmänt känt. Vissa människor är bättre på att inte låta känslorna ta över medan andra alltid tycks bli överväldigade av sina känslor. Förmågan att hantera tillfälliga känslotillstånd så som väldig ilska eller att plötsligt bli ledsen kallas affektkontroll. Det innefattar att förstå, uttrycka och reglera sina olika känslor. Att utveckla en fungerande affektkontroll sker i ett samspel mellan individens temperament och omgivande miljö. Affektkontroll är också känsligt för stressande saker i omgivningen, vilket är lätt att känna igen då vi alla får jobba lite hårdare för att hantera känslor i pressade situationer. I och med uppväxten och i samband med föräldrar och miljö lär sig barn hur man får och inte får hantera och uttrycka sina känslor. Barn kan vid ung ålder snabbt gå från porlande skratt till förtvivlat gråt, men i en trygg miljö kommer barnet så småningom att utveckla en balans i sitt sätt att förhålla sig till sina känslor. Barn blir även medvetna om vilka känslor som är deras egna, och vilka känslor som andra människor känner.

Detta gör det möjligt för barn att skilja sina egna känslor från andras och på så sätt lära sig när de behöver kontrollera sina känslor (Falck-Ytter, Gredebäck & von Hofsten, 2006).

Brister i förmågan att hantera känslor är vanligt när personer har kognitiva funktionsnedsättningar, då affektkontroll kräver den kognitiva förmågan att förstå och hantera sina egna känslor och beteenden (Ochsner & Gross, 2005). Stora delar av affektkontrollen sitter i främre delen av hjärnan, pannloben. Barn med ADHD har visats vara senare i utvecklingen av hjärna och de tenderar att ha en annorlunda utveckling av pannloben, och därmed i många fall problem med sin affektkontroll (Arnsten, 2009).

Det finns många idéer och tankar om hur känsloreglering påverkar människans beteenden, framför allt i känslofyllda situationer. En som har försökt förklara detta är Gross (1998) i sin modell om känsloreglering. Gross (1998) beskriver hur människan kan välja att undvika situationer man tror kommer vara känslomässigt laddade. Eftersom barn med ADHD har svårt att identifiera och förstå sina känslor har de heller inte möjlighet att undvika känsloladdade situationer (Arnsten, 2009). Gross (1998) förklarar även hur människan kan välja att förändra en situation för att minska jobbiga känslor, men detta kräver medvetenhet och kognitiv flexibilitet. Att ett barn med ADHD skulle kunna förändra en jobbig situation, när den förmodligen redan är i affekt, är inte en rimlig förväntning. Grundtanken i teorin om lågaffektivt bemötande: att personer i stark affekt har svårt att kontrollera känslor, blir högst relevant när man talar om teorier om känsloreglering. Då personer med exempelvis ADHD har svårt med flera av de kognitiva förmågor som förväntas finnas för en fungerande känsloreglering blir flera av dessa teorier svåra att applicera (Arnsten, 2009; Gross, 1998).

Många har undersökt relationen mellan ADHD och barns affektkontroll. Att barn med ADHD tenderar att ha en avvikande förmåga att kontrollera känslor visade McQuade och Breaux (2006) i en studie. I en annan studie fick normalutvecklade barn samt barn med ADHD genomföra uppgifter med syfte att identifiera känslor, matcha känsloutryck och

hantera frustration. Resultatet visade att barn med ADHD hade svårare att hantera sin frustration samt identifiera och matcha känslor för den rådande situationen. I förhållande till barnen utan ADHD visade barnen med ADHD nedsatt förmåga att kontrollera sina negativa affekter. Detta styrktes både av barnens egen självrapportering samt forskarnas observationer (Lugo-Candelas, Flegenheimer, McDermott & Harvey, 2016). Att pojkar med ADHD har svårare än pojkar utan ADHD att reglera sina känslor visade Walcott och Landau (2004) i sin studie om affektreglering. De undersökte också om det fanns skillnader mellan hur väl pojkar med och utan ADHD hade förmåga att medvetet dölja sina känslor. Pojkarna fick instruktioner från försöksledaren men trots detta hade pojkarna med ADHD inte förmåga att dölja sina känslor. Deras resultat visade att pojkar med ADHD hade sämre förmåga än pojkar utan ADHD att kontrollera sina känslor men också att medvetet dölja sina känslor. Sjöwall, Roth, Lindqvist och Thorell (2013) studerade förmågan hos barn med och utan ADHD gällande känsloreglering av ilska, sorgsenhet, rädsla och glädje. De undersökte även förmåga till att identifiera känslor av ilska, sorgsenhet, rädsla, glädje, avsmak och förvåning. Barnen med ADHD uppvisade nedsatt förmåga för samtliga känsloregleringar och känsloidentifieringar, förutom förmågan att identifiera avsmak där de visade sig ha likvärdig förmåga med barnen utan ADHD. Denna studie indikerar att barn med ADHD har nedsatt förmåga gällande reglering och identifiering av negativa känslor såväl som positiva känslor. Samtliga ovannämnda studier visar sålunda att barn med ADHD har svårigheter när det gäller att kontrollera sina affekter.

Att barn kan om de bara vill har länge dominerat synen på barn som betar sig problematiskt. Det beteendeterapeutiska perspektivet förespråkar ett konsekvenstänkande där icke önskvärda beteenden ignoreras och önskvärda beteenden belönas, vilket i sin tur leder till förändring i beteende. Psykologen Ross W Greene (2016) håller inte med utan menar istället att barn gör så gott de kan. Denna tanke är formulerad utifrån tron att barn inte medvetet vill

skapa problem utan har begränsad kognitiv förmåga som leder till de problematiska beteendena. Barn med denna problematik benämner Greene och Ablon (2012) som "explosiva" och beskriver deras beteenden som impulsiva, aggressiva, ogenomtänkta handlingar och överreaktioner samt utåtagerande. De menar att explosiva barn brister i förmåga när det gäller problemlösning, konsekvenstänkande, anpassningsförmåga samt känslokontroll. Det bristande konsekvenstänkandet gäller i synnerhet när barnet är i affekt, det vill säga när de är fyllda av starka känslor som frustration, ilska eller glädje (Greene & Ablon, 2012).

Att lugna ett barn som redan är upprörd eller uppe i varv genom att be honom eller henne att lugna sig har inte visat sig vara ett fungerande sätt. När barn redan är i affekt har de inte förmågan att tänka på samma sätt som de annars gör, eller reagera på situationen och impulser som de annars har förmåga att göra. Att höja rösten och skälla i en sådan situation stärker endast den affekt som redan finns hos barnet och impulserna blir starkare än vanligt (Hejlskov Elvén, 2014). McDonnell (2010) har visat att man genom att själv kontrollera sina affekter kan bemöta barn som har svårt med sin känslokontroll. Hans metod om lågaffektivt bemötande utgår, i enlighet med Greene (2016), från att barn gör så gott de kan. Utifrån denna princip väljer man ett icke-konfronterande förhållningssätt till barn med problematiska beteenden. När en person uttrycker känslor smittar dessa, och detta är en anledning till att ett konfrontativt och våldsamt agerande gentemot ett barns problembeteende ofta leder till ännu sämre utfall av situationen. Teorin om lågaffektivt bemötande skiljer det kortsiktiga från det långsiktiga hanterandet av problembeteenden. Grundtanken är att i en situation där ett barn är i hög affekt och därmed är arg, stressad, upprörd eller liknande, bör man undvika konfrontation som sätter ännu mer press på barnet. Detta innebär dock inte att ett sådant beteende eller agerande bör gå förbi obemärkt. En lösning i ett långsiktigt perspektiv är att samtala med barnet när känslorna lagt sig. Detta för att tillsammans med barnet hitta en

lösning för en framtida liknande situation (Hejlskov Elvén, 2014; McDonnell, 2010).

Problemskapande beteende uppstår ofta på grund av felaktigt ställda krav på de individer som redan har svårt att kontrollera sig, enligt en studie av McDonnell med flera (1998).

Utifrån grundantagandet att barn gör så gott de kan (Greene, 2016) och vår kunskap om hjärnan och affektsmitta har metoden om lågaffektivt bemötande kunnat bana väg och ge ett alternativt tillvägagångssätt i bemötandet av barn med problematik. I Sverige är psykologen Bo Hejlskov Elvén en ledande förespråkare för att använda lågaffektivt bemötande i mötet med barn med problematiska beteenden. Han ger en beskrivning av lågaffektivt bemötande och hur denna metod kan användas för att hjälpa barn med problematiska beteenden genom att ge redskap för deras vårdare. Han utgår ifrån teorin om affektsmitta samt att människor med beteendeproblem har svårighet med sin affektkontroll. Han betonar att beteendeproblematik uppstår när en person är i hög affekt, och menar vidare att individens förmåga till att kontrollera sina affekter och hålla sig lugn är en förutsättning för självkontroll. Hans metoder om hur man kan bemöta människor med problemskapande beteenden betonar varje människas rätt att finnas till oavsett förutsättningar. Hans fokus är inte att presentera ytterligare en behandlingsmetod utan fokuserar istället på att förändra tänkandet och förväntningarna på de problemskapande individerna (Hejlskov Elvén, 2014, Hejlskov Elvén & Kosner, 2016).

Som grund till det lågaffektiva bemötandet presenterar Hejlskov Elvén (2014) ett antal principer. Den första principen lyder: den som tar ansvar kan påverka. När ett problematiskt beteende uppstår så behöver det inte vara individen det är fel på utan det kan likväl vara omgivningen som behöver ändra sina förväntningar och krav. Om man menar att det är individen som är problemet så har man själv ingen möjlighet att förändra situationen. Man bör istället fundera över hur ens eget beteende och ens respons gentemot denna person ser ut. På detta sätt kan man arbeta för att reda ut den problematiska situationen utan att skuldbelägga

individ. Nästa princip som tas upp är att människor som kan uppföra sig gör det. Han menar att människor inte har en intention att skapa problem, utan snarare brister i sina förutsättningar och inte lyckas bete sig på grund av för höga krav eller förväntningar från omgivningen (Hejlskov Elvén, 2014). Vi vet att alla människor har olika förutsättningar, och som forskning har visat tenderar personer med ADHD att ha brister i sina kognitiva förmågor, framför allt gällande sin affektkontroll (Walcott & Landau, 2004; Sjöwall, Roth, Lindqvist & Thorell, 2013; Lugo-Candelas, Flegenheimer, McDermott & Harvey, 2016). Denna utgångspunkt bör vi ha i åtanke när vi skapar förväntningar och krav på individer. Hejlskov Elvén (2014) menar att om vi anpassar förväntningar och krav utefter människors förutsättningar kan vi påverka beteenden och undvika att människor misslyckas med att uppföra sig.

Barn med kognitiva funktionsnedsättningar och deras affektkontroll har undersökts utifrån många aspekter, men ännu finns det ingen forskning om sambandet mellan föräldrarnas och barnens affektkontroll med avseende på ADHD. Utifrån denna bakgrund vill vi undersöka huruvida barns och föräldrars förmåga att kontrollera sina känslor hänger samman med ADHD-symtomen hos barnet. De forskningsfrågor vi ämnar besvara genom denna studie är: Skiljer sig graden av ADHD-symtom mellan olika kombinationer av barns och föräldrars affektkontroll? Kännetecknas barn med uppmärksamhetsproblem (ADHD-kriterium 1) och barn med hyperaktivitet/impulsivitet (ADHD-kriterium 2) av att både de själva och deras föräldrar har svårt att kontrollera sina affekter? Eftersom tidigare forskning har visat att barn med ADHD har svårare att särskilja sina affekter från andras är vår hypotes att barnets ADHD-symtom har ett samband med den samlade affektkontrollen i familjen. Vi förväntar oss att speciellt kraftiga uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet hos barnet kommer att återfinnas i de familjer där både barnet och föräldrarna har bristande

affektkontroll. Mindre uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet hos barnet antar vi uppträder i de familjer där både barnen och föräldrarna har god affektkontroll.

## Metod

### Deltagare

Deltagarna i denna studie (n = 951) kommer från första datainsamlingstillfället i ett stort forskningsprojekt som utvärderade olika program för föräldrastöd. Deltagarna är föräldrar till barn mellan 3 och 12 år gamla. Den förälder som var med under de flesta tillfällena i föräldraträningsprogrammen var den förälder som rapporterade för barnet. Av de föräldrar som deltog var 86.7% mammor. Totalt var 72% av föräldrarna gifta eller bodde sambo. Barnens föräldrar var båda födda i Sverige eller Norden i 78% av fallen. Det var endast hos 5% av deltagarna där båda föräldrarna var födda utanför Europa. På en fråga om familjens inkomst svarade 7% att månadsinkomsten inte räckte till deras utgifter, 23% sa att månadsinkomsten knappt räckte till utgifterna, 60% sa att månadsinkomsten räckte till deras utgifter, och 9% sa att månadsinkomsten var god och att de inte tänkte på utgifter.

Medelåldern för flickorna var 7.7 år och för pojkarna 7.8 år.

### Mätinstrument

**Affektkontroll hos föräldrarna.** För att mäta affektkontroll hos föräldrar utformade vi en skala innehållande 11 frågor som vi valde ur enkäten. Skalan innehöll först fyra frågor (ex. ”Jag blir jättearg och får ett utbrott” och ”Jag har svårt att behärska min irritation i en sådan situation”) som svarade på den övergripande frågan ”Vad gör du när ditt barn gjort något du inte gillar?”. Föräldrarna fick gradera sitt svar på en skala mellan 1 (*Aldrig*) och 3 (*Oftast*). Frågan ”Vad gör föräldrar?”, med påståendena ”Höjer rösten (skäller eller skriker)” och ”Hotar att straffa barnet (men gör det faktiskt inte)” ingick också i skalan och svarades på en skala från 1 (*Aldrig*) till 7 (*Alltid*). Frågorna standardiserades och slogs samman.

Cronbachs alfa för skalan var .87.

**Affektkontroll hos barnen.** För att mäta barnens affektkontroll fick föräldrarna svara på 10 frågor. Den huvudfråga som ställdes var ”Hur ofta uppför sig barnet på nedan beskrivna sätt?”, följt av exempel på bland annat bristande affektkontroll (ex. ”Får raseriutbrott”, ”Gapar och skriker” och ”Vägrar göra de sysslor jag ber henne/honom att göra”). Föräldrarna svarade på en 7-gradig skala, från 1 (*Aldrig*) till 7 (*Alltid*). Skalan hade ett Cronbachs alfa på .91.

**ADHD-symtom hos barnen.** Swanson, Nolan och Pelhams frågeformulär SNAP-IV är ett instrument som har visat sig stämma väl överens med klinisk diagnosticering av ADHD (Alda & Serrano-Troncoso, 2013) och därför användes den för att mäta ADHD-symtom i vår studie. De två delar som vi använde oss av var ouppmärksamhet, bestående av nio frågor (t.ex. ”Verkar ofta inte lyssna på direkta tilltal”, ”Har ofta svårt att organisera uppgifter och aktiviteter” och ”Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli”), samt hyperaktivitet/impulsivitet som bestod av nio frågor (t.ex. ”Har ofta svårt att vänta på sin tur”, ”Har ofta svårt att sitta still med händer och fötter eller kan inte sitta still” och ”Lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där man förväntas sitta still”). Föräldrarna fick svara på dessa frågor angående sina barns beteende på en 4-gradig svarsskala med alternativen från 1 (*inte alls*) till 4 (*väldigt mycket*). Detta resulterade i att barnen fick ett medelvärde på hur *höga* ADHD-symtom de uppvisar. När vi benämner barnen och deras ADHD-symtom i denna studie syftar vi till hur deras föräldrar skattat deras beteende utifrån ADHD-kriterierna. Cronbachs alfa för ouppmärksamhetsskalan var .92, och för hyperaktivitet/impulsivitetsskalan .91.

### **Procedur**

I en studie ämnad att mäta effektiviteten av föräldraträningsprogram blev föräldrar utvalda från 30 verksamheter så som skolor, barn-och ungdomspsykiatri (BUP), socialtjänsten och samhällsorganisationer. Forskarna i den studien letade efter kommuner som kunde ge åtminstone två olika familjestödprogram, och man hittade 30 stycken kommuner i

södra och mellersta Sverige. De tog sedan kontakt med kommunalledningen och frågade om en vetenskaplig utvärdering kunde göras. Alla kommuner svarade ja. Sedan tog de kontakt med de olika kommunala enheterna som socialtjänsten, BUP, skolor osv. för att undersöka intresset att vara med. Även här tackade alla ja. Slutligen bjöds alla föräldrar som anmält sig till kommunernas föräldrastödsprogram in till en samlingsträff i varje kommun där de fick information om studien. De fick information om att de skulle bli lottade antingen till ett av de föräldrastödsprogram som användes i kommunen, eller till ett annat föräldrastödsprogram som också användes i kommunen eller till en väntelista. Av totalt 1107 föräldrar var det tre föräldrar som inte ville vara med i studien vilket resulterade i totalt 1104 föräldrar som gav samtycke att delta i studien. En baslinjemätning via ett formulär delades ut på plats som föräldrarna fick fylla i innan de gick hem. I denna enkät upptogs information om föräldrarna samt deras barn vad gäller problematiska beteende hos barnen (ex. barnets uppförande, uppmärksamhet och impulsivitet) samt föräldrastategier (ex. föräldrarnas bemötande, känslor och agerande i olika situationer). I vår studie har vi använt oss av de frågor i enkäten/formuläret som berörde affektkontroll hos barn och föräldrar, samt ADHD-symtom hos barnen. Antalet deltagare som besvarade samtliga av dessa frågor var 951 stycken vilka utgör våra deltagare. Utvärderingsstudien godkändes av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala.

### **Analysmetod**

Vi började med att standardisera måtten på uppmärksamhetsproblem samt hyperaktivitet och impulsivitet. För att undvika lågfrekventa kluster med extrema värden trunckerades variablerna, det vill säga alla värden över 2.5 SD kodades till 2.5 och alla värden under -2.5 SD kodades till -2.5. Vi genomförde sedan en hierarkisk klusteranalys med Ward's metod för att identifiera antalet kluster. Vi valde att använda de fem kluster som förklarade minst 67 % av felvariansen (vilket är ett gängse kriterium i klusteranalytisk litteratur). Sedan genomfördes

en K-means klusteranalys för att identifiera dessa fem klustermönster. Slutligen genomfördes två envägs variansanalyser för att jämföra de olika affektgrupperna mot de två ADHD-kriterierna; uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulskontroll. Detta inkluderade ett post hoc-test, Student Newman-Keuls, för att identifiera om skillnaderna mellan gruppernas medelvärden var signifikanta.

### Resultat

För att undersöka huruvida föräldrars och barns förmåga att kontrollera sina känslor har samband med ADHD-symtom hos barnet genomförde vi en klusteranalys där olika nivåer av föräldrarnas samt barnets affektkontroll grupperades. Det resulterade i fem följande kluster av kombinationer av föräldrar respektive barns nivå av affektkontroll: både barnet och föräldern hade hög affektkontroll, både barnet och föräldern hade medel affektkontroll, både barnet och föräldern hade låg affektkontroll, bara föräldern hade låg affektkontroll, och bara barnet hade låg affektkontroll (se Tabell 1).

Tabell 1.

*Affektkontroll hos barn och föräldrar i olika kombinationer* (siffrorna i tabellen är standardiserade medelvärden för föräldrarnas och barnets affektkontroll).

	<b>Båda bristande kontroll</b>	<b>Barnet bristande kontroll</b>	<b>Föräldern bristande kontroll</b>	<b>Medel- kontroll</b>	<b>Båda hög kontroll</b>
Barnet	1.73	.84	.11	-.55	-1.01
Föräldern	1.22	-.35	1.17	-.09	-1.12
N	102	207	157	319	195

För att sedan kunna besvara vår frågeställning gjorde vi två stycken envägs variansanalyser för att kunna jämföra medelvärden hos de olika affektgrupperna för de två ADHD-kriterierna; uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet. Detta inkluderade post hoc-testet Student Newman-Keuls för att identifiera om skillnaderna mellan gruppernas medelvärden var signifikanta. Vår frågeställning är: Skiljer sig graden av ADHD-symtom mellan olika kombinationer av barn och föräldrars affektkontroll? Resultatet visade att barnens ADHD-symtom, både för uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet, var som störst när både barnet och föräldern uppvisade bristande affektkontroll (se Tabell 2). Post hoc-test visade en signifikant skillnad i medelvärde för ADHD-symtom mellan de fem klustren både gällande uppmärksamhet,  $F(4, 383.08) = 44.51, p < .001$ , samt hyperaktivitet/impulsivitet,  $F(4, 378.04) = 67.56, p < .001$ .

Tabell 2.

*Standardiserade medelvärden av barnets ADHD-symtom i olika affektkluster.*

	<b>Båda bristande kontroll</b>	<b>Barnet bristande kontroll</b>	<b>Föräldern bristande kontroll</b>	<b>Medel- kontroll</b>	<b>Båda hög kontroll</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Ouppmärksamhet	.66 <sup>a</sup>	.38 <sup>b</sup>	.15 <sup>c</sup>	-.19 <sup>d</sup>	-.56 <sup>e</sup>	44.51	.001
Hyperaktivitet/ impulsivitet	.80 <sup>a</sup>	.45 <sup>b</sup>	.17 <sup>c</sup>	-.26 <sup>d</sup>	-.63 <sup>e</sup>	67.56	.001

<sup>abcde</sup> anger om det fanns signifikanta skillnader mellan klustergrupperna efter Student Newman-Keuls post-hoc analys.

Vad gäller första delen om vår fråga: Om barn med uppmärksamhetsproblem (ADHD-kriterium 1) kännetecknas av att både de själva och deras föräldrar har svårt att kontrollera sin affekt, visade resultatet ett signifikant samband,  $F(4, 971) = 44.51, p < .001$ . I de fall där både

barnet och föräldern uppvisade bristande affektkontroll var symtomen för ouppmärksamhet hos barnen störst,  $M = .66$ ,  $SD = 1,17$ . Minst ADHD-symtom uppvisades i de fall där både barnet och föräldern hade hög affektkontroll,  $M = -.56$ ,  $SD = .72$ .

För andra delen av frågan: Kännetecknas barn med problem med hyperaktivitet/impulsivitet (ADHD-kriterium 2) av att både de själva och deras föräldrar har svårt att kontrollera sin affekt? Våra resultat visade ett signifikant samband mellan affektkontroll och det andra ADHD-kriteriet hyperaktivitet/impulsivitet,  $F(4, 966) = 67.56$ ,  $p < .001$ . I de fall där både barnet och föräldern hade bristande affektkontroll var symtomen för hyperaktivitet/impulsivitet hos barnen störst,  $M = .80$ ,  $SD = 1,11$ . Minst ADHD-symtom hittades i de fall där både barnet och föräldern hade hög affektkontroll,  $M = -.63$ ,  $SD = .66$  (se Tabell 2).

Resultaten visar alltså, i enlighet med våra hypoteser, att större problem att kontrollera sina affekter, både för barnet men också deras föräldrar, har ett samband med graden uppvisade ADHD-symtom hos barnet, men att speciellt kraftiga uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet hos barnet uppvisades då både barnet och föräldern hade bristande affektkontroll. Mindre uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet hos barnet uppträdde i de familjer där både barnet och föräldrarna har god affektkontroll, vilket är i enlighet med våra hypoteser.

### **Diskussion**

Barns ADHD-symtom har i vår studie visat sig ha ett samband med hur de själva samt deras föräldrar kontrollerar sin affekt. Att barn med kognitiva funktionsnedsättningar, där ADHD hör hemma, har svårigheter med sin affektkontroll är tidigare känt (Arnsten, 2009). Som resultatet visar finns det en grupp där barnet har svårt att kontrollera sina affekter, men föräldern inte har det. Detta tyder på att det finns en del av bristande affektkontroll hos barn med ADHD-symtom oberoende av föräldrarna. Något som tidigare inte undersökts är hur

föräldrars affektkontroll i förhållande till barns affektkontroll relateras till barnets ADHD-symtom. Denna studie visar att både uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet hos barn är som starkast när både föräldern och barnet har problem med sin affektkontroll. Studien visar även att barn har som minst ADHD-symtom när både barnet och föräldern har hög kontroll över sina affekter. Näst mest ADHD-symtom fanns i den grupp där barnet hade svårigheter att kontrollera sina affekter och föräldern varken hade bristande eller god förmåga. Detta indikerar att barnets affektkontroll är mer avgörande än föräldrarnas affektkontroll för barnets uppvisade ADHD-symtom. Samtidigt har vi i denna studie endast svar på ena föräldrarnas grad av affektkontroll, vilket gör att vi inte vet om den andra föräldern har svårigheter som kan påverka barnet. Våra sammanlagda resultat tyder dock på att kombinationen av barnets och föräldrarnas affektkontroll har ett samband med barnets ADHD-symtom.

En anledning till att det förhåller sig på detta sätt kan vara att personer med ADHD har nedsatt förmåga att kontrollera sina affekter. Eftersom de ofta har nedsatt förmåga att förstå, styra och reglera sina känslor innebär detta att barn med ADHD lättare blir drabbade av affektsmitta, det vill säga tar till sig andra människors känslor. Dessa barn har svårigheter i tolkning av känslor men också särskiljning av sina egna och andras känslor. Detta leder till att andra människors känslor påverkar dem utan att de är medvetna om det vilket leder till bristande kontroll över sina känslor. I vår studie har vi inte undersökt om ADHD leder till bristande affektkontroll eller om bristande affektkontroll leder till ADHD. Det vi däremot kan se är ett starkt samband mellan dessa fenomen, och vi vet att brister i kognitiva förmågor är en del av ADHD-diagnosen likväl som affektkontrollen. Med detta i åtanke vet vi inte om sambandet mellan ADHD och affektkontroll är ett direkt samband eller om det finns en annan faktor som påverkar båda, till exempel en annorlunda utveckling av pannloben. Detta vore intressant för fortsatt forskning att undersöka.

Det är intressant att ha i åtanke att i de fall då barnet och föräldern hade problem med sin affektkontroll uppvisade barnet höga ADHD-symtom. Utifrån detta kan man anta att det finns någonting inom familjens affektkontroll som samspelar med barnets ADHD-symtom. En fråga som ofta diskuteras när det kommer till psykologiska problem är arv kontra miljö, eller gener kontra inläring. I detta fall kan man fundera över om en anledning till att affektkontroll och ADHD-symtom samspelar är på grund av gener. Det är även värt att överväga en social inlärningsaspekt, alltså att barnet tar efter och lär av sina föräldrar eller andra vuxna som följd av att de växer upp i den miljön (Gregely & Watson, 1996; Buckley & Saarni, 2006). Vi kan tydligt se att barn efterliknar andra människors beteenden. Ett barn som exempelvis vill lära sig prata härmar ofta ljud och ord som personerna runt om säger. Ett barn som vill lära sig spela piano tittar på någon annan som spelar och försöker göra likadant. Vi ser tydligt den sociala inlärningsaspekten på många områden under barns utveckling. Det är inte omöjligt att detta också kan vara en förklaring till hur barns affektkontroll utvecklas. Oavsett om ADHD är mest genetiskt eller mer beror på socialt arv och uppväxtförhållanden, verkar förmåga till affektkontroll vara central i uppvisandet av ADHD-symtom hos barn.

I vår studie ser vi att ju mindre affektkontroll en familj har desto mer ADHD-symtom uppvisar barnet. Vi ser även att ju mer affektkontroll en familj har desto mindre ADHD-symtom uppvisar barnet. Det finns alltså ett tydligt samband mellan familjens samlade affektkontroll och barnets uppvisade ADHD-symtom. Detta indikerar att om föräldrarna kan kontrollera sina affekter är det möjligt att barnet uppvisar mindre ADHD-symtom. Forskning visar att det är möjligt att lära sig identifiera, reglera och kontrollera sina känslor (Gregely & Watson, 1996; Österholm, 2016). Om föräldrarna lär sig att hålla sig lugna, i enlighet med Hejlskovs teori om lågaffektivt bemötande, bör detta därför leda till färre problem för barnet. Här menar Hejlskov att föräldrarnas förmåga att kontrollera sin affekt i mötet med barnet är avgörande för barnets beteendeproblematik (Hejlskov Elvén, 2014).

Om vi utgår ifrån tanken att barn gör så gott de kan (Greene & Ablon, 2012), kan vi konstatera att bristande affektkontroll, uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet/impulsivitet inte är barnets fel, utan snarare en brist i deras förmåga. I Gross (1998) teori om känsloreglering ges flera förslag på undvikande strategier som kan användas för att minska känsloladdade situationer som i sin tur kan leda till problem. Ett problem när vi talar om barn med ADHD är att på grund av sina bristande kognitiva förmågor har de svårt att styra sig själva och sina känslor på det sättet som krävs i denna teori. Att försöka hjälpa barnet att hantera sina affekter och kontrollera sina känslor blir då naturligt i mötet med problematiska beteenden hos barnet. Greene och Ablon (2012) menar att dessa barn brister i förmåga vad gäller bland annat känslokontroll och Hejlskovs (2014) svar på hur man kan hjälpa dessa barn är genom ett lågaffektivt bemötande. Då studiens resultat visar att barnets ADHD-symtom har ett samband med hur de själva samt deras föräldrar kontrollerar sin affekt, kan föräldrar arbeta för att minska symtomen av barnets ADHD genom att träna sin egen affektkontroll. Det långsiktiga perspektivet för förändring av problematiska beteenden hos barn är enligt Hejlskov (2014) att i en dialog när barnet inte längre är i affekt samtala om hur framtida liknande situationer kan hanteras. I vår studie fann vi att där barnet och föräldern kunde kontrollera sina affekter uppvisade barnet mindre ADHD-symtom, och i de fall där barnet och föräldern inte kunde kontrollera sina affekter uppvisade barnet mer ADHD-symtom. Detta indikerar att barnet och föräldrarnas sätt att kontrollera affekter samspelar. Utifrån dessa resultat kan man, potentiellt, genom ett lågaffektivt bemötande där föräldern tar kontroll över sina affekter, hjälpa barn att hantera sina ADHD-symtom.

Vi behöver komma ihåg att vår studie inte tar hänsyn till hela familjesituationen så som syskon och båda föräldrarna. I majoriteten av fallen var det mammor som svarade för barnen men också för sitt eget bemötande. Vi har alltså inte uppgifter om båda föräldrarnas agerande eller huruvida det finns symtom av ADHD i släkten eller hos föräldrarna. För vidare

forskning vore det intressant att undersöka båda föräldrarna samt ta hänsyn till huruvida ADHD finns i övriga familjen. Eventuella könsskillnader har inte heller tagits hänsyn till i denna studie, men tidigare studier är oense om förekomsten av könsskillnader gällande kognitiva funktioner hos barn med ADHD. En studie av Sjöwall, Roth, Lindqvist och Thorell (2013) visade att det inte finns könsskillnader medan andra studier hittade signifikanta könsskillnader gällande kognitiva funktioner hos barn med funktionsnedsättningar (Fossati, Gratz, Borroni, Maffei, Somma & Carlotta, 2015; Rumsey, 2004). Detta är ett intressant område för fortsatt forskning att ta hänsyn till.

Den främsta styrkan i denna studie är att resultaten bidrar med ny kunskap till detta forskningsfält där familjens samlade affektkontroll och ADHD-symtom hos barn visas ha ett starkt samband. Detta är någonting man tidigare inte visste då forskning inte undersökt detta. Eftersom vår studie gett tydliga resultat som visar att barn och föräldrars affektkontroll är starkt relaterade till barnets ADHD-symtom anser vi att fortsatt forskning om detta bör genomföras. Andra styrkor med denna studie är att våra data kommer från en stor nationell studie där familjer från olika enheter så som barn-och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, skolor och vårdenheter deltagit. Detta gör att vi har ett omfattande och representativt resultat som speglar verkligheten för föräldrar som upplever stora problem i att hantera barnets beteende och som har vänt sig till samhällsinsatser för att få hjälp. Det stora antalet föräldrar och barn som ingått i studien, samt att enkäten som samlats in varit omfattande och inkluderat många olika aspekter är ytterligare styrkor hos studien. I mätningen av ADHD-symtom har vi i studien använt oss av samma mätinstrument som används vid klinisk diagnostisering. Detta gör att vår benämning av ADHD-symtom i denna studie ligger nära den kliniska diagnosen. Att vår operationalisering av ADHD stämmer överens med den kliniska diagnosen gör i sin tur att vi kan jämföra våra resultat med annan forskning kring ADHD. Vi är medvetna om de begränsningar studien har men i förhållande till vår intention med studien anser vi att den är

väl operationaliserad, representativ gentemot urvalsgruppen samt bidrar med ny kunskap för fortsatt forskning.

Känslor är någonting vi alla kan relatera till och vår förmåga att hantera dessa tycks variera från individ till individ. Våra kognitiva förmågor varierar och det är värt att komma ihåg att det är vi människor som sätter ramar och gränser för vad ett ”normalt” beteende är. Det viktiga är att ha fokus på hur vi kan hjälpa barn som tycks ha en annorlunda utveckling av kognitiva förmågor så att de får känna att de kan och att de duger. Att sträva efter att alla människor ska fungera likadant eller hantera saker likadant är inte ett mål. Men strävan att alla människor ska få fungera i sin vardag utefter sina förutsättningar är någonting som ligger oss varmt om hjärtat. För barn som ofta tycks skapa problem, eller misslyckas i att hantera sig själva och andra tror vi, utifrån tidigare forskning samt denna studies resultat, att affekt och affektkontroll kan ha en central roll i att hjälpa dessa barn. Studiens resultat, tidigare idéer om affektsmitta och teorin om lågaffektivt bemötande tyder på att ett lågaffektivt bemötande är fördelaktigt och hjälpsamt för barn med ADHD-problematik. Studiens resultat indikerar att om föräldrarna skulle kunna lära sig om lågaffektivt bemötande kan detta resultera i att barnets ADHD-symtom skulle kunna minska. Något som skulle vara intressant för vidare forskning är att undersöka effekten av en interventionsinsats med lågaffektivt bemötande för föräldrar till barn med kognitiva svårigheter.

## Referenser

- Alda, A. J., & Serrano-Troncoso, E. (2013) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Agreement between Clinical Impression and the SNAP-IV Screening Tool. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(2).76-83.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arnsten, A.F.T. (2009). Toward a New Understanding of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Pathophysiology. *CNS Drugs*, 23(1). 33-41. doi: 10.2165/00023210-200923000-00005
- Buckley, M., & Saarni, C. (2006). Skills of emotional competence: Developmental implications. In J. Ciarrochi, J. R. Forgas, J. D. Mayer, J. Ciarrochi, J. R. Forgas, J. D. Mayer (Red.), *Emotional intelligence in everyday life*, (2. uppl.) (s. 51-76). Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Falck-Ytter, T., Gredebäck, G., & von Hofsten, C. (2006). Infants predict other people's action goals. *Nature Neuroscience*, 9(7), 878-879. doi:10.1038/nn1729
- Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A., & Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: The moderating role of gender and the mediation roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 121-127. doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.023
- Greene, R.W. (2016). *Explosiva barn: ett nytt sätt att förstå och behandla barn som har svårt att tåla motgångar och förändringar*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Greene, R.W., & Ablon J., S. (2012). *Att bemöta explosiva barn*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Gregely, G., & Watson, J.S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181–212. doi:9119582
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hejlskov Elvén, B. (2014). *Beteendeproblematik i skolan*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Hejlskov Elvén, B., & Kosner, A. (2016). Introduktion till lågaffektivt bemötande. I A. Chipumbu Havelius (Red.), *Lågaffektivt bemötande* (s. 19-43). Lund: Studentlitteratur.
- Hejlskov Elvén, B., Veje, H., & Beier, H.M. (2012). *Utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och psykisk sårbarhet: om annorlunda barn*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lugo-Candelas, C., Flegenheimer, C., McDermott, J. M., & Harvey, E. (2016). Emotional Understanding, Reactivity, and Regulation in Young Children with ADHD Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, doi: 10.1007/s10802-016-0244-7
- McDonnell, A. (2010). *Managing aggressive behaviour in care settings: understanding and applying low arousal approaches*. Chicester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- McDonnell, A., McCreadie, M., Mills, R., Deveau, R., Anker, R., & Hayden, J. (2014). The role of physiological arousal in the management of challenging behaviours in individuals with autistic spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 311-322. doi: 10.1016/j.ridd.2014.09.012
- McDonnell, A., Reeves, S., Johnson, A., & Lane, A. (1998). Managing challenging behaviour in an adult with learning disabilities: the use of low arousal approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(2), 163-171.

- McQuade, J. D., & Breaux, R. P. (2006). Are Elevations in ADHD Symptoms Associated with Physiological Reactivity and Emotion Dysregulation in Children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-13. doi: 10.1007/s10802-016-0227-8
- Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R., & Nigg, J. T. (2011). Emotion Regulation via the Autonomic Nervous System in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6), 841-852. doi: 10.1007/s10802-011-9499-1
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249. doi:10.1016/j.tics.2005.03.010
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual reviews of neuroscience*, 27, 169-192. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230
- Rumsey, R. K. (2004). Executive functioning in boys and girls with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without a comorbid reading disability. *Dissertation Abstracts International*, 64, 5820.
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S., & Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 619-627. doi:10.1111/jcpp.12006
- Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The Relation Between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 772-782. doi: 10.1207/s15374424jccp3304\_12
- Österholm, T. (2016).Handledning. I A. Chipumbu Havelius (Red.), *Lågaffektivt bemötande* (s. 127-139). Lund: Studentlitteratur.