

”Emma tvert imot” – eller noe mer ?

Adoptivbarn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse eller tidlig følelsemessig skade.

**Av privatpraktiserende psykologspesialist Joachim Haarklou,
Hisøy Psykologsenter, Noroddveien 2, 4816 Kolbjørnsvik, 92 29 44 38**

Denne artikkelen er en revidert utgave av artikkelen *Emma tvert imot – eller noe mer ?* som første gang ble trykket i Verdens Barns medlemsblad nr. 2-1998.

Som barn flest, går også adoptivbarn gjennom to utviklingsfaser preget av autonomiutvikling, den tidlige trassalderen og senere puberteten. I disse faser prøver de ut sin selvstendighet bl.a. ved å være «imot» slik som «Emma tvert imot» i barneboken til Gunilla Wolde. Denne formen for å være imot vurderes som utviklingspsykologisk normal og foreldre er vanligvis forberedt på å geleide sitt barn eller sin ungdom etter beste evne gjennom denne tiden. Barn kan også være i protest eller imot av andre grunner, eksempelvis som en reaksjon på samspillsvansker i familien. Hyperaktive barn (ADHD) med en for antiautoritær oppdragelsesstil kan ta styringen i en familie og ved dette vise et atferdsavvik i form av å ”være imot”. Noen diagnostiseres med en opposisjonell atferdsforstyrrelse. Barn som har vært syke og fått ekstra goder i forbindelse med dette, og ved friskhet fratras dem igjen, kan protestere mot dette og dermed ”være imot” (fighterbarn).

Barn med *reaktiv tilknytningsforstyrrelse* (en diagnose innenfor det psykiske helsevern), på folkemunn kaldt *tidlig følelsemessig skade*, er også «imot». Det dannes hypotese om at disse barn ”er imot” fordi de har opplevd avvisning i sin tidlige barndom, dette pga. hyppige omsorgsskift med påfølgende opplevelse av tap av mor, noe som senere gjør at relasjoner til andre igjen blir preget av avvisning. Barnet er et speilbilde av sin erfaringshistorie. På en måte gjensker disse barn sine tidlige opplevde relasjonskvaliteter. Dette gjør de ikke fordi de er slemme eller umulige, men fordi de gjensker sin form for trygghet. Barn med en alvorlig form for reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan være preget av dette hele tiden. De er dermed også *imot* hele tiden. Den mengden med ”å være imot” som kan tilskrives trassalderen eller puberteten, kommer i tillegg til den mengden med ”å være imot” som skyldes den reaktive tilknytningsforstyrrelsen.

Et adoptivbarn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan være vanskelig å håndtere i trassalderen og tilnærmet umulig å håndtere i puberteten.

En trygg fokusert tilknytning med ubetinget kjærlighet, relæring av nye og gode relasjonskvaliteter i form av nærhet, dvs. det å gjøre nye tilknytningserfaringer, samt ressursfokusering med forsterkning av utviklingsfremmende kommunikasjonsprinsipper og tilknytningsfremmende aktiviteter kan avhjelpe og forebygge en skjevutvikling i retning av personlighetsforstyrrelse i voksen alder.

HVORDAN OPPSTÅR EN REAKTIV TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE ?

De fleste adopsjonshistorier dreier seg om solskinnshistorier. Den 5.2.2000 omtaler Aftenposten en undersøkelse om adoptivbarn fra Diaforsk med overskrift: ”Flinkest og best i det meste”. Undersøkelsen viser at adoptivbarn på mange viktige områder klarer seg bedre som gruppe enn de norskfødte barn og knytter dette til adoptivforeldre og deres gode

omsorgskompetanse, sett som gruppe. Noen få andre adopsjonshistorier, som *Consuelo*, *Gategutten Rune* og *Seier i tap**, forteller om noe ganske annet.

Ifølge E. H. Erikson`s teori om psykososial utvikling, dannes det hos barnet i det første leveåret en grunnfølelse, som består av tillit versus mistillit. Både litteratur og egne arbeidserfaringer tyder på at mennesket gjennom hele livet går inn for å gjenskape innholdet i relasjoner tilsvarende de det hadde i tidlig barndom. I den grad barnet har opplevd tillit, stabilitet, kontinuitet, ro, forutsigbarhet og oversiktighet i sine første tidlige relasjoner, dvs. i tidlig barndom, vil det igjennom hele livet søke mot relasjoner av samme kvalitet og innhold. Dette fordi denne type relasjoner er kjente, og de gir dermed en trygghetsfølelse. Disse forhold er i dag bekreftet av nevropsykologisk forskning.

Alle adoptivbarn er utsatt for minst ett eller flere omsorgsskift og dermed tilknytningsbrudd. Ved de klassiske adopsjonshistoriene flyttes barnet fra biologiske foreldre til barnehjemmet, og derfra videre til adoptivforeldrene. Ofte skal det lite til før barnet opplever enda flere omsorgsskift. Dette kan være biologiske besteforeldre, ansatte på en politistasjon der barnet leveres/settes fra seg, fosterforeldre, transportpersonale dersom barnet ikke hentes, og for noen kan et sykehusopphold utgjøre en ytterligere midlertidig omsorgsbasis. Noen adoptivbarn har selvfølgelig vært gjennom enda flere omsorgsbaser.

Slik hyppig omsorgsskift i tidlig barndom, dvs. hyppige brudd i de tidlige relasjoner, utgjør noe av det mest traumatiske et barn kan oppleve. Det kan få meget store konsekvenser for deres personlighetsutvikling og for resten av livet. Jo flere omsorgsskift og jo tidligere i barnets liv, jo større kan konsekvensene og skaden bli. Selv barn som kun er få måneder gamle kan bære preg av en tilknytningsforstyrrelse for resten av livet.

Med bakgrunn i de tidlige og hyppige relasjons- og tilknytningsbrudd, er deres primærerfaring en opplevelse av uforutsigbarhet, uoversiktighet, uro, og til dels kaos. Dette kan av barnet tolkes som avvisning og føre til generell mistillit til voksne. Dette erfaringsgrunnlaget er med på å danne barnets **primærpersonlighet**. På lik linje med de fleste, går også disse barn inn for å gjenskape sin grunnfølelse, i dette tilfellet avvisningsfølelsen, uroen, mistilliten og kaoset. Dette gjør barnet ved å være imot. Det er dette som utgjør den tidlige følelsesmessige skaden, relasjons- og tilknytningsforstyrrelsen, som deres atferd bærer preg av. Det er viktig å forstå at barnet *ikke* gjør dette for å være slem eller umulig, men fordi det på denne måten gjensker seg *sin* trygghetsfølelse, nemlig avvisningsopplevelsen. På en måte har disse barn utviklet seg «mot normalen» frem til adopsjonstidspunktet, da det ble slutt på alle tilknytningsbrudd. Ankomsten i adopsjonsfamilien er begynnelsen på utviklingen av deres **sekundærpersonlighet**, preget av en relæring om at relasjoner varer, de blir mer forutsigbare, livet er mer rolig og ordnet, og tillit kan etter hvert utvikles. Denne delen av personligheten er et resultat av barnets nye tilknytningserfaringer hos adoptivforeldrene.

HVORDAN SYNES EN REAKTIV TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE ?

Når barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse prøver å skape sin form for «trygghet», gjør de det ved å gjenskape *sin* grunnfølelse, der innholdet er avvisning. Ubevisst legger de i sin atferd opp til å avvise og til å innlede samhandlinger som blir preget av en avvisningsopplevelse. Disse barn er ofte «imot» det meste. Sammenlignet med barnet som er «imot» fordi det er i autonomifasen eller i puberteten, er disse barn så gjennomført «imot», at de i en del situasjoner ikke klarer å kjenne etter hva som er godt for dem. De handler nærmest *prinsipielt* «imot» og protesterer tilnærmet automatisk for å gjenskape *sin* trygghet. Måter å skape avvisningsrelasjoner på, er å handle utfra lystprinsippet, la være å innordne seg gruppereglene, og å la være å høre på henstillinger. Disse barns handlinger er dermed ikke styrt av en innsikt i, og viten om, hva som er riktig, men av lyst og spontanitet. De handler ikke med bakgrunn i en utviklet moral og samvittighet, som er et tillært produkt av

oppdragelsen de har fått av sine adoptivforeldre. De handler impulsivt og med bakgrunn i de plutselige innskytelsene de får.

Jeg har i min praksis møtt flere adoptivforeldre som har vært ute av balanse og meget fortvilte pga. dette. Når barnet har lyktes med å skape denne tilstanden hos adoptivforeldrene, har det også lyktes med å gjenskape sin grunnfølelse. Igjen er det viktig å huske at barnet ikke gjør dette fordi det vil det slik, men fordi det gir en god grunnfølelse for barnet. Det kan for mange virke som om barnet ikke slapper av før det har lyktes med å gjenskape avvisning og noen kan smile når de ser at de har lyktes med å få de voksne til å svare med avvisning og oppgitthet.

Andre symptomer hos barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan være konsentrasjonsvansker, uro og rastløshet. Disse barn kan virke fraværende og dagdrømmende. De kan samtidig være konstant oppmerksomhetskrevendende, hvilket er et stort rop etter kjærlighet i seg selv. De bryter ofte avtaler, mangler skyld- og ansvarfølelse og har en lav frustrasjonstoleranse. Små hendelser kan utløse store reaksjoner, dette i motsetning til livets virkelig store påkjenninger som eksemplevis hyppig omsorgsskift - som barnet tilsynelatende ikke reagerer på. Evnen til å kjenne etter både følelsesmessig og hva som «passer» å si og gjøre, er svekket. Med svekket evne til å kjenne etter hvem de står ovenfor, kan de både si og gjøre ting som er meget upassende. Dette kan skape en negativ stemning og få andre til å gå på tå hev. Barna har lett for å overvurdere både seg selv og sine ferdigheter og fremstår dermed som verdensmestre som kan og vet alt. De ser ikke ut til å lære av egne erfaringer og foreldre kan føle at de har sagt noe mange ganger uten at det har ført til endring. Disse barn har vanskelig for å søke trøst og trøste seg selv, og de viser ikke naturlig engstelse og reservasjon og kan dermed begi seg ut i farlige situasjoner. De viser ikke angst for atskillelse, men angst kan uttrykke seg i affektsplosjoner.

Den reaktive tilknytningsforstyrrelse kan også innebære en sterk svekket evne til innlevelse og empati, en sterk svekket evne til å danne stabile følelsesmessige relasjoner spesielt til sine nærmeste, og en mangel på dype varme følelser. Kontakten blir overfladisk, uforpliktende og kan virke styrende og kontrollerende. Barnet kan gi lite kontakt og dermed få positive opplevelser. Noen foreldre sier at de kan telle de positive opplevelsene med barnet på en hånd. Barnets oppførsel er ikke styrt av indre opplevelser, dvs. egne følelser, men av hva det er hensiktsmessig å føle. På denne måten blir deres oppførsel for det meste funksjonell, dvs. med tanke på å gjenskape de tidlige opplevelsene sine.

MULIGE KONSEKVENSER.

Ved å sørge for at relasjoner til andre innholdsmessig er preget av avvisning, kan barnet drive de voksne til vanvidd. Slik kan det fremkalle både det fiendtlige i de voksne, og det kan reaktivere deres eventuelle traumatiske opplevelser og ubearbeidede materiale. Det sies at man som omsorgsperson for det tilknytningsskadete barn raskt blir kjent med sine svake sider. Barnet kan således oppleves som ekspert på å finne de voksnes svake punkter. Satt på spissen, kan barnet tilsynelatende *be* om å bli avvist. Ved sin måte å være på, kan barnet til slutt suge kraften ut av en hel familie, klasse, skole og ansvarsgruppe. I verste fall kan barnet skape så mye avvisning at foreldrene til slutt ikke klarer å stå i omsorgen lenger. Dette utgjør en form for selvskading og er en selvpåført retraumatisering, dvs. barnet påfører seg den samme smerte en gang til som det allerede opplevde i begynnelsen av livet; tap av mor. Dette er antiterapeutisk og må forstås for å kunne motvirkes.

En annen konsekvens kan være at adoptivforeldre, som i tillegg til ubetinget kjærlighet oppdrar sitt barn med uttalt konsekvens, kan oppleves som kalde og strenge av andre.

Barnets atferd, preget av å gjenskape avvisningsrelasjoner, utspiller seg for det meste overfor de nye omsorgspersonene, adoptivforeldrene, og da især adoptivmor. Det dannes hypotese om

at barnet før utvikling av språk har primært kjent seg avvist av biologisk mor og nå overfører sin psykiske smerte i form av en projeksjon over på den nye moren. Derfor heter det seg at man ikke bare adopterer barnet, men barnets biologiske foreldre med. I omgang med andre kan adoptivbarnet være raskt til å benytte seg av tilegnede ferdigheter fra sekundærpersonligheten lært av adoptivforeldrene, noe som gjør at «de andre» ikke opplever barnets atferd som spesiell eller problematisk. Andre, det kan være besteforeldre, venner, og rådgiveren, har dermed ha vanskelig for å forstå adoptivforeldrenes bekymring og oppgitthet. Den reaktive tilknytningsforstyrrelsen omtales derfor også som en usynlig funksjonshemming. De andre forstår ikke hvorfor adoptivforeldrene tilsynelatende beklager seg over barnets måte å være på, og hvorfor de setter så strenge rammer og grenser rundt ”det velfungerende” barnet.

TILTAK.

Tilknytningsforstyrrelse skal behandles med trygg og fokusert tilknytning, dvs. til primært en / to hovedomsorgspersoner. Da trygg tilknytning og kjærlighet er synonymer, betyr det folkelig sagt å elske barnet en gang til. Behandlingen er nærmere beskrevet i min artikkel ”Emma tvert imot eller noe mer 10 år senere: Hun trenger TIFA, de tilknytningsfremmende aktiviteter”**. Det finnes også andre tilknytningsfremmende programmer, eks. COS (Circleofsecurity.com).

Hovedoppgaven består i å gi barnet nye trygge tilknytningserfaringer. Dette innebærer nye erfaringer av å ha en trygg base som elsker barnet ubetinget for det det er og ikke for det det gjør. Det er viktig å forstå barnet som utrygt og tilknytningsskadet, og ikke som uoppdraget eller umulig. Når sekundærpersonligheten skal utvikles innebærer det nye læringserfaringer, som at de nye voksne er til å stole på, at relasjoner varer og at de nye voksne ikke blir borte uavhengig av barnets atferd, at livet er forutsigbart, at man bryr seg om hverandre, og at det dermed gis muligheter for utvikling av medfølelse og tillit.

I tillegg til denne kjærligheten er barnet med tilknytningsforstyrrelse i behov for tydelige voksne, en fast døgnrytme og faste rammer med struktur. Etter hvert som barnet re-lærer den nye tilliten og tydeligheten, kan det oppleves som et barn med to personligheter.

Primærpersonligheten, som er kjennetegnet ved den tidlige følelsesmessige skaden, og sekundærpersonligheten, som er kjennetegnet ved de nye tilknytningserfaringer i form av stabilitet og ubetingethet.

Når barnet relærer den nye tilliten og den nye tydeligheten, er det *enormt* viktig at de nye voksne *alltid* er til å stole på og alltid er tydelige, samt gjør riktig selv det de forventer av barnet. Glipp fra den voksnes side vil av barnet umiddelbart oppfattes som en bekreftelse på deres opprinnelige opplevelse av at de voksne ikke er til å stole på. Slike glipp vil barnet kunne bruke til å skape nye avvisningsrelasjoner.

Å ta seg av et barn med tidlig følelsesmessig skade, oppleves av de fleste adoptivforeldre som en oppgave 24 timer i døgnet, frem til barnet er 18 år, og for noen også utover denne alderen.

Når barnet inviterer til avvisnings- og kamprelasjoner, er det viktig enten å gå ut av kampen, eller å vinne den. For en nærmere redegjørelse av denne problemstillingen, se min artikkel ”Når adoptivbarnet avviser meg og er sint og sur på meg, hva gjør jeg da?*** Det å gå ut av avvisnings- og kamprelasjoner må ikke forveksles med å være ettergivende. Fører unngåelse av avvisningsrelasjoner til at barnet tar styringen i familien, betyr det en bjørnetjeneste for hele familien. Har foreldrene derimot vurdert det som viktig og riktig å holde fast ved noe, så *må* de også stå i det. Da er det viktig å holde fast ved sine krav, fastholde barnet på det

intellektuelle plan, og å være klar og bestemt, men ikke negativt følelsesladet, eksempelvis sint. Det er viktig at barnet trygges ved å oppleve at den voksne er den sterke. For noen barn bør denne kontrollen aldri slippes helt.

Barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse skal oppdras med handlinger fremfor ord og uttalt konsekvens. Rettigheter og ansvar tildeles i samme omfang som barnet klarer å forplikte seg til det. Når trygghet og sikkerhet er etablert, kan det *siden* tilstrebes et mer følelsesmessig samspill. Ved siden av det å gi ubetinget kjærlighet, er det å hjelpe barnet inn i andre relasjoner enn avvisnings- og kamprelasjoner, foreldrenes viktigste oppgave. Dette er overgangen fra avstand til nærhet.

Det som ikke hjelper barnet, er å synes synd på det. Barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse har en tidlig følelsesmessig skade og har ikke godt av voksne som lett lar seg provosere emosjonelt, som går i forsvar, som debatterer, moraliserer og maser, eller som er sarkastiske. Ofte tåler barnet heller ikke å bli satt i frie valg situasjoner.

Det viktigste er likevel at den voksne ikke gir opp relasjonen. Det barnet tåler dårligst, er et nytt brudd på omsorgsrelasjonen. Det vil innebære en retraumatisering.

BARN MED REAKTIV TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE OG DE PROFESJONELLE HJELPERNE.

Noen adoptivforeldre har et enormt overskudd av ubetinget kjærlighet å gi, og de responderer nesten automatisk ikke på disse barns invitasjoner til kamp- og avvisningsrelasjoner. De står som en trygg base i barnets avvisning og evner å elske det mest når det fortjener det minst. Andre adoptivforeldre kan slite så mye med barnet, at de kommer til et punkt, der de velger å ta kontakt med hjelpetjenester som helsestasjonen, PPT, familievernkontoret og BUP. Her kan kompetansen variere og kanskje er den største utfordringen for de profesjonelle hjelpere å kunne differensialdiagnostisere ved å skille mellom normale trassreaksjoner, puberteten, problematferd pga. intrafamiliære samspillsvansker, klassisk atferdsproblematikk, ADHD-barn og fighterbarn, versus barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Så får en være åpen for at symptomer av og til overlapper. Det er viktig å skjønne det tilknytningsskadete barnet som utrygt og ikke umulig. Det som på det ytre plan fremstår som et atferdsavvik, er et uttrykk for utrygghet og ikke uoppdragenhet. Noen hjelpere tilskriver barnets ytre avvikende atferd ofte feilaktiv til adoptivforeldrenes for dårlige oppdragelse. Det er ikke det det dreier seg om. Adoptivbarn med tilknytningsforstyrrelse er ikke uoppdragne, de er utrygge.

Barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse er ofte så intenst «imot», samtidig som de ovenfor hjelperen fremstår som hyggelige barn og ungdom, som gir et tilsynelatende troverdig bilde av sine ”vanskelige foreldre”. Har hjelperen ikke oppfattet problemets alvorlighetsgrad og bortforklarer barnets atferd med forklaringen om autonomifasen, puberteten eller at det dreier seg om et samspillproblem som bør behandles familierapeutisk, kommer adoptivforeldrene ikke til å føle seg forstått i forhold til sitt presenterte problem. I mitt terapeutiske arbeid med adoptivfamilier, har jeg gjentatte ganger understreket at jeg ikke ser på en av disse forklaringsmodeller som den riktige, men at adoptivforeldrene må arbeide med å finne ut av hvilken forståelsesmodell som gir dem mening. Terapeutens utfordring er å skape en felles forståelse med adoptivforeldrene. I motsatt tilfelle er terapeuten ikke kommet i posisjon til å hjelpe og kan rasjonalisere dette vekk ved å omtale adoptivforeldrene som vanskelig tilgjengelig for endring og dermed terapi. At adoptivforeldre ofte er ressurspersoner med god innsikt i sitt barns psykiske helse og dermed ofte selv har en høy kompetanse på barnets problematikk og tilknytningsforstyrrelse, gjør det heller ikke lettere for hjelperen, som ofte har et autentisk ønske om å hjelpe en som ikke vet og kan. Adoptivforeldre vet mye og kan mye. For det meste har de også prøvd ut mye før de henvender seg til hjelpeapparatet.

Noen vurderer adoptivbarnet til å være i behov for behandling i form av individualterapi. Dette hjelper ikke. Barnet skal ikke behandles med tilknytning til en terapeut, men med tilknytning til sine nye foreldre. Så skal disse veiledes i tilknytningsprosessen. I tillegg har barnet for det meste ingen egen problemopplevelse, og dermed heller ikke noe ønske om behandling eller endring. Dreier det seg om et barn med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, og terapeuten har oppnådd en felles forståelse med adoptivforeldrene, er det viktig å ta konsekvensen av dette. Å gi adoptivforeldrene, og etter vurdering også adoptivbarnet, innsikt i bakgrunnen for barnets oppførsel; dvs. at vanskene primært knytter seg til barnets oppvekstvilkår preget av hyppige relasjonsbrudd, vil for de fleste foreldre være en lettelse og gi familien nye krefter.

PROGNOSER.

Prognosen vil variere med tilknytningsforstyrrelsens alvorlighetsgrad. Det er utvilsomt riktig, at jo dypere og jo mer alvorlig den reaktive tilknytningsforstyrrelsen og dermed den tidlige følelsesmessige skaden er, jo dårligere er prognosen. Samtidig kan det dannes hypotese om at noen klarer seg bra, kanskje spesielt etter de er blitt voksne og har flyttet ut fra adoptivforeldrene.

Frem til det blir det viktig å holde ut for å unngå flere relasjonsbrudd for barnet. Tiden bør brukes til flest mulig positive felles opplevelser, blant annet for å unngå for mye fokus på barnets negative atferd. Først skal problemets virkelighet erkjennes (problemfokusering), deretter skal de positive sidene og opplevelsene forsterkes (ressursfokusering). Skal en skjevutvikling i voksenalder forebygges, trengs det en stor porsjon med ubetinget kjærlighet blandet med uendelig mye struktur og konsekvens. Forbedring av en utviklingsfremmende kommunikasjonsstil mellom adoptivforeldrene og barnet/ungdommen, ved hjelp av eksempelvis Marte Meo metodikk, kan komme godt med.

Er problemet blitt mer alvorlig enn som så, samtidig som det er vurdert til å dreie seg om en tilknytningsforstyrrelse, kan det psykiske helsevern for barn og ungdom, eller barnevernet hjelpe til med å få foreldrene til å enda mer systematisk fremme en trygg tilknytning ved hjelp av et av et tilknytningsfremmende program slik som TIFA eller COS. Min kliniske erfaring tilsier at adoptivfamilier ikke opplever tilsvarende nytte av primært atferdsregulerende programmer slik som PMT (parent management training) for barn og MST (multi systemisk terapi) for ungdom. Adoptivforeldre har ”tatt lappen på å ha barn” og vet hvordan man oppdrar barn, noe som skjer primært på bakgrunn av modellering idet de er veloppdratte selv og oppfører seg som det. De trenger støtte på at de gjør helt riktig når de går inn for å fremme en trygg tilknytning mellom barnet og seg. Barn med tilknytningsforstyrrelse skal ikke oppdras friske, de skal elskes friske.

* Hansen, B. O. (1995). *Gateguten Rune*: Rex Forlag.

Øhren, A. (1995). *Consuelo: En adopsjonshistorie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ågedal, O. Å. (2000). *Seier i tap. Astrid og Harald Husby gjennom barnløshet, adopsjon, hyperaktivt barn og selvmord*: Lunde Forlag.

**Haarklou, Joachim (2007) *Emma tvert imot eller noe mer 10 år senere; hun trenger TIFA, de tilknytningsfremmende aktiviteter*. www.haarklou.no artikler.

*** Haarklou, Joachim *Når adoptivbarnet avviser meg og er sint og sur på meg, hva gjør jeg da?* www.haarklou.no