

# ”Sjarmtroll og partyløve” Barn og ungdom med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse

Av privatpraktiserende psykologspesialist Joachim Haarklou

I ICD-10 inndeles tilknytningsforstyrrelser i henholdsvis F94.1; Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen, og F94.2; Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen. Av disse er sistnevnte forholdsvis lite brukt som diagnose. Det ser ut til å være lite kjennskap til diagnosen innen psykisk helsevern, og behandlere oppgir å ikke vite hvordan disse barn skal diagnostiseres, forstås og behandles.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i erfaring fra klinisk praksis i mitt arbeid med nærmere 500 adoptiv- og fosterbarn, hvorav om lag 50 har fått en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse diagnose (F94.2). Formålet med artikkelen er å anskueliggjøre den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsesdiagnosen, slik at man lettere kan gjenkjenne disse barna og ungdommene, og foreta korrekte differensialdiagnostiske vurderinger. I artikkelen vil barn og ungdom med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelser hovedsakelig forstås som adoptiv- og fosterbarn. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at ikke alle adoptiv- og fosterbarn har en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, samt at slike vansker også finnes hos barn som lever sammen med sine biologiske foreldre.

## F94.2 i ICD-10

I ICD-10 (WHO, 2006) er F94.2; Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen, beskrevet som et spesielt mønster med avvikende sosial fungering som oppstår i løpet av de første fem leveår, med tendens til å vedvare til tross for vesentlige endringer i omgivelsene rundt barnet. Ved rundt 2-årsalderen uttrykkes vanligvis forstyrrelsen ved klenging og diffus tilknytningsforstyrrelse. Rundt 4-årsalderen er det fortsatt diffuse tilknytninger, men klengingen begynner å bli erstattet av oppmerksomhetssøkende og ukritisk atferd. Midtveis og sent i barndommen kan barnet ha utviklet selektive tilknytninger, men den oppmerksomhetssøkende atferden vedvarer ofte, og unyanserte kameratforhold forekommer hyppig. Det antas at denne type atferd skyldes en svikt i muligheten til å utvikle selektive tilknytninger, som ofte ses som en konsekvens av ekstremt hyppige utskiftninger av omsorgspersoner i de første leveårene, dvs. mange brudd/endringer i familie plasseringer. Tydeligst kan syndromet identifiseres hos barn og unge som er oppvokst i institusjoner fra spedbarnsalder, men det kan også ha andre årsaksforklaringer.

## Tilknytning langs et kontinuum

Tilknytning kan forstås som langs et kontinuum, der man har den organiserte, trygge tilknytningen på den ene enden, de organiserte, avvikende tilknytningsformene i midten, desorganisert tilknytning mot den andre siden og tilknytningsforstyrrelser helt på enden. De ulike tilknytningsmønstrene beveger seg altså fra organisert, trygg tilknytning (B), til organisert, unnvikende (A) og organisert, ambivalent tilknytning (C), til desorganisert tilknytning (D), og ytterst, tilknytningsforstyrrelser, som inndeles i to diagnoser, F94.1 og F94.2, på akse 1 innenfor det multiaksiale klassifikasjonssystemet. Generelt vet man noe om at det

hovedsakelig er den desorganiserte tilknytningen som med tiden kan utvikle seg til å bli en tilknytningsforstyrrelse, og at A og C mønstrene fortsatt er organiserte, og antatt også godt representert i normalbefolkningen.

Diagnosene F94.1 og F94.2 sier, til forskjell fra de fleste F-diagnosene, noe om årsaken til den oppståtte lidelsen. De er dermed ikke bare symptombeskrivende, slik tilfellet er for flertallet av F-diagnosene. Det er imidlertid viktig å merke seg at selv om tilknytningsforstyrrelser finnes på akse 1, er bakgrunnen for diagnosen i utgangspunktet å finne på akse 5. Eksempler på årsaker til tilknytningsforstyrrelsen finner man hyppigst blant Z-diagnosene, eksempelvis Z62.2 som omhandler oppfostring i institusjon og Z61.1 som går på fjerning fra hjemmet i barnealder.

### **Normal utviklingspsykologisk teori og tilknytningsteori .**

Utviklingspsykologisk teori og forskning har lenge anerkjent betydningen av tilknytningsteori og den tidlige mor-barn relasjonen for individets senere personlighetsutvikling (f.eks. Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1988; Cassidy, et al., 2005; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Siegel, 1999). I boken "A secure base" (1988) beskriver Bowlby viktigheten av at barn i de to første leveårene opplever en lang periode med sammenhengende og kjærlig oppmerksomhet fra en, eventuelt noen få, primæromsorgspersoner. Som regel, men ikke alltid, er en slik primæromsorgsperson mor. Bowlby benytter begrepene "trygg base" og "trygg havn", først introdusert av Ainsworth (1978), når han forklarer den sammenhengende og kjærlige oppmerksomheten for eksempel en mor bidrar med overfor sitt barn. Mor skal være en trygg base for barnet, som barnet kan utforske verden ut ifra, og en trygg havn for barnet – som barnet kan komme tilbake til etter utforskning.

Barn som opplever sin primæromsorgsperson som en trygg base, vil som hovedregel danne en organisert, trygg tilknytning til denne. I opplevelsen av primæromsorgspersonen som trygg base inngår at barnet opplever grunnleggende tillit, opplever å bli elsket ubetinget, samt opplever at verden – i form av primæromsorgspersonen - er tilgjengelig og forutsigbar. Barnet opplever at "det er lov å være meg, jeg er verdt noe, og jeg er verdt å bli elsket". Dette blir den grunnholdningen som barnet senere tar med seg ut i livet, og som Bowlby (1988) beskrev som menneskets "indre arbeidsmodeller".

I de tilfeller der barn ikke opplever disse relasjonskvalitetene hos sin(e) primæromsorgsgiver(e), eller at det av andre årsaker blir deprivert for denne gode omsorgen fra en primæromsorgsgiver, kan barn utvikle vansker i tilknytningen.

Nyere hjerneforskning støtter opp under en slik forståelse av barns utvikling. Eksempelvis redegjør Susan Hart for hvordan hjernen formes av, og lagrer, menneskets tidligste relasjons- og tilknytningserfaringer, innenfor det som har blitt kalt nevroaffektiv utviklingspsykologi (Hart, 2011).

### **Hvordan utvikles den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen?**

I begynnelsen av livet kan barn utsettes for flere hovedpåkjenninger/-belastninger. En belastning vil være tilknytningsbrudd og tap av biologisk mor, slik som er tilfellet for alle barn som adopteres, fosterhjems plasseres eller vokser opp på institusjon. En annen belastning finner sted når det er for dårlig kvalitet i den omsorgen som barnet får. Defokusert tilknytning som barn under oppvekst i institusjon opplever, utgjør en for dårlig kvalitet i omsorg, som kan føre til en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse.

Hovedbelastningen for barnet med en F94.2 diagnose er altså opplevd, defokusert tilknytning i de første to til fem leveår, gjerne som følge av barnehjemsoppvekst eller andre defokuserte tilknytningserfaringer. Eksempelvis kan det også dreie seg om barn som har hatt mange ulike voksne å forholde seg til i begynnelsen av livet, som følge av hyppig skifte av samlivspartnere hos foreldre, eller å ha vært eksponert for mange barnepassere. Her er det selvsagt individuelle forskjeller, og ikke alle barn som vokser opp under ovennevnte betingelser vil utvikle en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse.

Felles for de barn som utvikler en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er likevel at de har opplevd deprivasjon i begynnelsen av livet, både psykisk/emosjonelt og fysisk/motorisk. Oppvekst på barnehjem i de første leveårene vil øke sjansen for slik deprivasjon, da barnehjem som en hovedregel er preget av at mange voksne passer på enda flere barn. Defokusert tilknytning under oppvekst på institusjon, kan innebære at én voksen gir 10 barn samtidig den omsorgen som ett barn ellers ville fått fokusert, alene, fra én mor. Dette blir en form for deprivasjon, som kan resultere i en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse.

Til forskjell fra barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen, har barnet med en F94.1 diagnose (den reaktive tilknytningsforstyrrelsen), gjerne bodd sammen med mor eller annen primæromsorgsperson i begynnelsen av livet, for deretter å ha blitt frigitt for adopsjon / kommet i forsterhjem, eller blitt barnehjemsplassert.

### **Hva kjennetegner/Hvordan gjenkjenne barnet/ungdommen med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse?**

Barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er, til forskjell fra majoriteten av klientgruppen man som behandler treffer i det psykiske helsevern, som regel alltid blide og sjarmerende. Dette gjør at lysten til å gå i kontakt med disse barna er stor hos familie og venner til adoptivforeldrene, og andre voksne i nærheten av barna. Barna er kontaktsøkende, og henvender seg ukritisk til alle voksne, også voksne de aldri har sett før. På tur i parken kan barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse havne på fanget til den fremmede mannen på benken. Dette er til stor glede for voksne rundt barnet – som opplever det som et lite sjarmtroll – og til stor fortvilelse for adoptivforeldrene, som forsøker å knytte barnet til seg.

Barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse evner trøstesøking. Dette i motsetning til barnet med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, som kjennetegnes ved en manglende evne til å søke trøst både når det opplever fysisk, men også psykisk, smerte. Problemet med barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen, er at trøst søkes ukritisk, og hos hvem som helst – også personer som barnet aldri har sett før. Denne formen for smertedeling er dermed ikke forbeholdt barnets primæromsorgspersoner.

Barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er tidlig emosjonelt deprivert og dermed alvorlig understimulert. Mange adoptivforeldre rapporterer om hodedunking hos barnet i tiden etter adopsjonen, samt tilsynelatende formålsløs rugging. Hos behandlere kan denne atferden gjerne forveksles med barneautisme. En hypotese kan være at hodedunkingen og ruggingen er en følge av opplevd understimulering og at det har vært barnets måte å stimulere seg selv på under betingelser med minimal ytre stimulering fra omsorgspersoner.

Adoptivbarn og andre med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse oppleves ofte som å ha en svært lav emosjonell alder, sammenlignet med for eksempel deres

kognitive alder. Man ser at barnet har en tendens til å ville leke med yngre barn, hvor det da antatt lettere havner i likeverdige relasjoner. Mot slutten av barneskolen kan barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse mangle nære lekekamerater; deres sosiale læringskurve er svært forskjellig fra den til barn som har opplevd normalpsykologisk utvikling, og når barn med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen når ungdomsalderen, viser de et utpreget unyansert forhold til jevnaldrende. De er fortsatt blide og hyggelige, og de kommer lett i kontakt med jevnaldrende, men det er ingen dyp, følelsesmessig kontakt tilstede. I ungdomsalderen kjennetegnes de for å inngå i hyppige, overflatiske relasjoner med andre. På folkemunne kalles de gjerne "partyløver", da de er kjent for hyppig festing og fragmentert atferd, fremfor å bli værende i stabile relasjoner. Relasjoner til andre mennesker kan virke uinteressante for ungdommer med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse. Svært ofte oppleves de som å være mer knyttet til det materialistiske (mobiltelefoner, dyre klær osv.) enn opptatt av det relasjonelle.

Mange vil oppleve at barnet/ungdommen med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse mangler utvikling av samvittighet og empati, og at de ved spørsmål omkring disse temaene bekrefter at dette er ukjente følelser for dem. I samtaler kan ungdommen for eksempel selv beskrive hvordan evnen til å føle empati, medfølelse, samvittighet og anger er totalt fraværende. De mangler en egen problemopplevelse, og synes det er slitsomt at omgivelsene (gjærne adoptivforeldrene) fokuserer på at man skal gjøre det som "er riktig". Tilsynelatende har ikke barnet/ungdommen motivasjon, verken i form av å sette seg mål om å prestere noe, eller å inngå i relasjoner til andre. For dem er det meste likegyldig, og noen vil derfor kunne betegne dem som å være uten en indre motor, eller drivkraft, til å få utrettet ulike gjøremål i livet.

Dersom man sammenligner barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse med barnet med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, vil man avdekke en form for manglende psykisk livsenergi hos begge. Forskjellen er at barnet med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse kan fungere godt en del timer, for eksempel i en skolehverdag, før det blir slitent og "faller ut". Barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse har derimot manglende energi gjennom hele dagen. Det dreier seg ikke om manglende krefter i den forstand som man vanligvis tenker på som slitenhet – men mer om en slags avflatethet og manglende driv. Man kan tenke seg fungeringen som et resultat av en mangel på indre struktur, som gjør at barnet/ungdommen på ingen måte er selvgående i livet, men avhengig av ytre struktur for at ting skal gå rundt.

Ut fra det ovennevnte forstår man at den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen er en dyp følelsesmessig skade hos barnet/ungdommen. Dette vanskeliggjør behandling i stor grad, og skiller seg slik fra den skaden man tenker seg at er tilstede hos barnet med den reaktive tilknytningsforstyrrelsen.

### **Noen kliniske eksempler:**

Følgende kasesbeskrivelser fra egen praksis vil kunne tydeliggjøre vanskene til barn og ungdom med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse. Navn, alder og opprinnelsesland er anonymisert.

### ***Gine, 2 år***

Gine blir adoptert 1 år gammel fra India, etter å ha tilbrakt sitt første leveår på institusjon/barnehjem. Ved adopsjonstidspunktet er hun blid og fornøyd ovenfor sine nye adoptivforeldre og andre voksne.

Med det samme foreldrene går utenfor huset med henne, tar hun kontakt med samtlige voksne på en ukritisk måte. Hun smiler til folk i butikken, på bussen og til hvem som helst på gaten. Hun er sjarmerende og aktiv i sin måte å søke kontakt med andre på, og grunnet hennes lave alder og pene utseende lykkes hun raskt med å etablere kontakt.

Adoptivforeldre beskriver at de tror Gine uproblematisk kunne vært med hjem til hvem som helst.

### ***Isabell, 12 år***

Isabell kommer på barnehjem rett etter fødselen. Barnehjemmet har én voksen til å ta seg av 20 barn, og tre barn deler seng. 1 år gammel blir Isabell adoptert fra Brasil etter å ha vært gjennom flere sykehusopphold. Ved ankomst er hun underernært. Adoptivforeldrene beskriver henne som et sjarmtroll. 2 ½ år gammel begynner Isabell i barnehagen, hvor hun stjeler, er ukritisk til fremmede, og ikke klarer å inngå i faste vennskapsrelasjoner.

Stjelingen fortsetter ved skolestart. Ved fylte 12 år stjeler hun daglig. Både adoptivforeldre og Isabell selv beskriver at hun har god evne til å etablere relasjoner, og at hun fort kaller andre for venner. I samtale med Isabell hvor jeg spør henne om antall gode venner, kommer 10 navn forholdsvis kjapt. Foreldrene forteller at hun er svært opptatt av, og fort kommer i kontakt med andre barns fedre. Dette bekymrer foreldrene. Når jeg arbeider narrativt med henne, ved å bygge opp tilknytningshistorien hennes med figurer, og stiller spørsmål om hvor lenge hun tror hun skal bli boende hos adoptivforeldrene før hun skal flyttes videre, svarer hun "jeg vet ikke om jeg skal flyttes til en annen plass", uten å være emosjonelt berørt av dette. Isabell forteller at hun gjerne kunne bodd hos mormor, men at det alt i alt ikke er så nøye.

Isabell har manglende evne til empati (både rapportert fra adoptivforeldre og observert i møte med henne) og hun skjønner ikke begrepet "anger". Hun kjeder seg lett, og kjenner på en indre uro i kroppen. Det siste halvannet året har hun hatt til sammen ni mobiltelefoner. Hun klarer ikke å ivareta sin egen hygiene, eller skifte klær regelmessig. Hun har dårlig fornemmelse av kulde og varme, og kan stadig bli observert i sommerklær ute vinterstid. Selv har Isabell ingen problemopplevelse.

### ***Marco, 17 år***

Marco blir adoptert 4 ½ år gammel fra Ungarn. Han har bodd på barnehjem siden han var to uker gammel, etter å ha blitt forlatt av biologisk mor bare noen dager gammel på et sykehus. Far er ukjent.

Ved ankomst til Norge har Marco utviklet språk, og ved henting i taxi er Marco svært redd – da det viser seg at han aldri har vært utenfor barnehjemmet.

Per i dag har ikke Marco noe ønske om å dra tilbake til Ungarn. Blant venner er han sosial, godt likt, kontaktsøkende og hyggelig. Det er derimot et problem at han tar lite initiativ, og må dyttes i gang med samtlige gjøremål. Foreldrene opplever at han mangler en slags indre drivkraft med tanke på å ville oppnå noe her i verden, og opplever at det blir mye negativ masing. Det er også et problem for familien at han stjeler, selv om han verbalt uttrykker at han ikke ønsker å stjele. Marco sier selv at han er tom for tanker når han stjeler; han vet hva han gjør, men opplever ingen

korrigerende følelser. Han kjenner ikke på samvittighet eller anger, sier at han "bare gjør det", og at det er ok å få kjeft etterpå. Foreldrene beskriver at Marco trenger å bli passet på hele tiden, samtidig som han er svært opptatt av å følge med på, og irttesette far – dersom han for eksempel er "for lenge" på nettet eller spiser popcorn midt i uken.

Marco har ikke egen nøkkel da han stadig glemmer å slå av ovner før han forlater huset, låse ytterdør og lignende. Nylig var det en episode i hjemmet der Marco ble aggressiv og slo mor. Etter dette har han uttalt at han ikke lenger vil bo hjemme, men på barnehjem. Han forteller at det gale han gjør ikke gnager på ham, og at det ikke betyr noe hva mor føler. Han er et øyeblikksmenneske og tar ikke hensyn. Han forteller bl.a. at han aldri har knyttet seg til sine foreldre, og at det å få en klem er ham likegyldig. Mor beskriver gutten som et svart hull som suger til seg hennes energi, og hun uttrykker maktesløshet.

Marco forteller om dårlig konsentrasjon på skolen, manglende energi og motivasjon, og at han kjeder seg. Han uttrykker verbalt at han ønsker familien skal stole på ham, samtidig som han fortsetter å lyve og stjele. Lyvingen fører også til at han mister venner, selv om han verbalt er opptatt av at han ikke må svikte sine venner. Han forteller at han liker å ha det gøy, og å flørte med jentene, og at han raskt får kontakt med dem. Han setter ord på at jentene bare kjenner skallet hans, og at de ikke blir kjent med den siden av Marco som stjeler, lyver og har vansker med å knytte seg.

Marco ble onkel for seks uker siden. Da dette tas opp som tema i samtale, sier Marco at han skulle ønske han kunne få oppleve den kjærligheten babyen får, og han begynner å gråte. Marco har hatt en kjæreste, som han uttrykker å ha blitt knyttet til. Han omtaler henne som "sin andre mor". Samlet sett har Marco ingen egen problemopplevelse. Han har vært forsøkt medisinert med både ritalin og straterra, uten effekt.

### **En dynamisk forståelse av barnet/ungdommen med en udiskriminerende tilknytningstheori, i lys av utviklingspsykologisk teori og tilknytningsteori**

Konsekvensen av den emosjonelle deprivasjonen under institusjonsoppveksten innebærer en følelsesmessig avflatethet og likegyldighet. Dette gjenspeiler seg i eksempler der barnet er villig til å gå av gårde med hvem som helst, flytte til hvem som helst, samt inngå i promiskjøse relasjoner/parforhold. Barnet har ikke gjort seg tidlige, fokuserte tilknytningserfaringer med tosomhet, som deretter har blitt lagrede relasjonskvalitetserfaringer. Tilsvarende evner barnet heller ikke å søke seg til slike varige og gjensidige relasjoner senere. Barnets primærrelasjonskvalitetserfaring, bestående av at "mange har passet på meg", generaliseres senere til at "alle er greie". Slik fører de udiskriminerende tilknytningserfaringene til en udiskriminerende tilknytningsstil der barnet ikke diskriminerer mellom nære tilknytningspersoner og andre.

### **Hvordan kartlegge den udiskriminerende tilknytningstheorien?**

ICD-10 nevner reaktiv tilknytningstheori (F94.1), hyperkinetisk forstyrrelse (F90.-), hospitaliseringssyndrom hos barn (F43.2) og aspergers Syndrom (F84.5) som nabodiagnoser til den udiskriminerende tilknytningstheorien, og det er viktig å foreta en differensialdiagnostisk avgrensning i forhold til disse.

I kartleggingsfasen er det nødvendig med observasjon av barnet. Det å foreta hjemmebesøk, fremfor å møte barnet i en kunstig setting på behandlers kontor, vil være å foretrekke, da et hjemmebesøk gir mulighet til å observere barnet i dets

trygge omgivelser. I tillegg får man da observert barnet i samhandling med omsorgspersonen, samt hvordan barnet forholder seg til observatøren, som den fremmede. Observasjonen brukes til å danne seg et bilde av barnets reaksjoner, for eksempel hva som skjer dersom barnet er i behov for trøst, hvordan det forholder seg til den undersøkende som den fremmede mv. Søker barnet trøst av mor, av hvem som helst, eller ikke av noen i det hele tatt? Er barnet opptatt av å dele opplevelser med mor, eller viser barnet det like ivrig til den som observerer, eller ikke til noen? Er barnet hovedsakelig opptatt av observatøren, og stadig søkende etter dennes oppmerksomhet både verbalt og nonverbalt?

En måte å sjekke barnets tilknytningsstil ved første møte, kan være ved at man som observatør strekker ut begge armene og inviterer barnet opp på fanget sitt. Et barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse vil nesten uten unntak nærme seg fanget, uten å nøle, og uten å "tilbakesjekke" med primæromsorgspersonen om dette er "ok". Barnets respons på en slik invitasjon gir således et godt bilde på dets reaksjon til fremmede.

I tillegg til observasjon av barnet, blir innhenting av komparentopplysninger viktig. Et hjelpemiddel kan være Smyke og Zeanahs intervju om tilknytningsforstyrrelser (disturbances of attachment interview), som finnes oversatt til norsk av Lars Smith.

### **Konsekvenser for behandling**

Tilknytningserfaringer ligger til grunn for tilknytningsmønstre. Disse fremstår som tidlig innlært frem til femårsalderen. Tilknytningsmønstre er tilsvarende vanskelige å endre etter dette. Tilknytningsmønsteret hos små barn søkes dermed behandlingsmessig endret fra det udiskriminerende til det diskriminerende. Er barnet eldre, og tilknytningsmønsteret fremstår som mer varig, vil det være mer hensiktsmessig å habilitere, dvs. å tilrettelegge for den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen og gjøre det beste ut av det, som det er. Uansett begynner behandling ved at man oppnår en felles forståelse med barnet og dets foreldre omkring barnets historie og dets tilknytningserfaringer, og hvilke betydning disse erfaringene har for barnets fungering per i dag.

### **En narrativ og psykoedukativ tilnærming**

I mitt arbeid med familier med barn med tilknytningsforstyrrelse, pleier jeg å møte hele familien sammen første gang. Det fokuseres da på tilknytningshistorien til barnet, dvs. barnets tid forut for adopsjonen eller fosterhjems plasseringen, og dermed på de samlede omsorgserfaringer barnet har gjort seg i denne tiden. Visualiserende, dvs. ved hjelp av figurer, gjenoppbygges barnets livshistorie, og opplevde relasjons- og tilknytningserfaringer symboliseres med farger. Tilnærmingen er psykoedukativ på den måten at jeg samtidig fletter inn undervisning fra utviklingspsykologisk teori og tilknytningsteori tilpasset barnets alder. Psykoedukasjonen omhandler betydningen av tidlig emosjonell utvikling og tilsvarende emosjonell deprivasjon, samt betydningen av defokuserte tilknytningserfaringer for utviklingen av en udiskriminerende tilknytningstil/forstyrrelse. Slik får både foreldre og barnet, sammen med behandler, en felles forståelse av barnet, og betydningen av dets livshistorie for dets fungering per i dag. En slik synliggjøring av barnets tidligste omsorgsopplevelser vil føre til en forståelse av barnet som emosjonelt deprivert, tilknytningsskadet og udiskriminert i sin tilknytning, fremfor en oppfatning om at barnet har et atferdsavvik, er uoppdraget og "umulig". Foreldrene forstår med dette at behandlingstenkningen bør bestå av å fremme en

mest mulig fokusert tilknytning, for å relære barnet en diskriminerende tilknytningsstil. Det er altså ikke atferdsregulering barnet trenger, men fremming av fokusert tilknytning.

I min tilnærming benytter jeg "terapilek", der jeg som behandler leder barnet gjennom lek som fokuserer på barnets livshistorie, samtidig som jeg peker på barnets tidlige traumer, eksempelvis opplevde tilknytningsbrudd og den emosjonelle deprivasjonen. Barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen vil under denne "terapileken" ofte reagere med likegyldighet. Dette grunnet barnets emosjonelle avflatethet. Foreldre reagerer derimot ofte med sorg når de alvorlige konsekvensene av tidlig opplevd emosjonell deprivasjon under de defokuserte tilknytningserfaringene synliggjøres. Deres nye forståelse av barnet gjør at vi blir samtenkte i en behandlingstenkning bestående av å fremme fokusert tilknytning til barnet, og at behandlingen bør begynne med en gang.

### **Endring av tilknytningsstil**

En udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, som er et resultat av tidlige defokuserte tilknytningserfaringer og emosjonell deprivasjon, skal behandles med fokusert tilknytning og emosjonell stimulering. Dvs. at det skal fremmes en trygg tilknytning mellom barnet og de nye omsorgspersonene. Dette kan gjøres ved hjelp av et tilknytningsfremmende program. Jeg har, basert på utviklingspsykologisk teori, utviklet mitt eget tilknytningsfremmende program kalt TIFA (Tilknytningsfremmende aktiviteter) og TIHMI (Tilknytningsfremmende hjelpemidler). Programmet er beskrevet i min artikkel om behandling av barn og ungdom med tilknytningsforstyrrelse (Haarklou, 2008). Også andre tilknytningsfremmende programmer kan benyttes, eksempelvis Circle of Security (Cooper, Hoffman, Powell, & Marwin, 2005; Marwin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002), Minding the Baby (Slade, Sadler, & Mayes, 2005), eller Attachment and Biobehavioral Catch-Up (Dozier, Lindheim, & Ackerman, 2005). Det viktigste blir uansett å søke å gjenskape en fokusert tilknytning for barnet, til primært en hovedtilknytningsperson.

Behandling av den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen er avhengig av at man kommer til tidlig, mens barnet ennå er i småbarnsalderen. Min kliniske erfaring tilsier at foreldre frem til femårsalderen kan lykkes med å hjelpe barnet til å gjøre mest mulig fokuserte tilknytningserfaringer, og slik bli frisk fra sin udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse.

Gjennom behandling går noen barn først over til en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, og fremviser symptomer som diagnostisk tilfredsstillende denne diagnosen, før de beveger seg videre over i en trygg tilknytningsstil. Andre oppnår en trygg og fokusert tilknytning til sine nye omsorgspersoner, uten å underveis fremvise et reaktivt mønster.

Den tidlige behandlingen av barnet innebærer en maksimal tilrettelegging for fokuserte tilknytningserfaringer. Dette gjøres ved å skjerme barnet mot defokuserte tilknytningserfaringer.

Barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse drar ikke nytte av individualterapi. Det har ikke utviklet evne til affektregulering, og har derfor heller ingen egen problemopplevelse. Gjennom behandling skal barnet ikke knytte seg til terapeuten, men oppnå en fokusert tilknytning til den nye tilknytningspersonen. Konsekvensen for valg av delt vs. ikke delt permisjonstid, blir således at en av foreldrene tar ut full permisjon. Det viktigste for barnet blir å være mest mulig hjemme med sin nye hovedtilknytningsperson, og det bør skjermes for andre sosiale relasjoner. Man bør søke å unngå å få besøk og å dra på besøk. Butikker og store



tilstelninger med mange mennesker bør unngås. Er permisjonstiden brukt opp, og økonomiske rammer ikke tillater at en forelder kan være ulønnet hjemme, kan omsorgslønn og pleiepenger være aktuelle stønadsordninger som muliggjør gjennomføringen av den ovenfor beskrevne tilknytningsterapien. I samfunnsøkonomisk sammenheng vil dette være lønnsomt, da en ubehandlet udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i voksen alder raskt vil kunne videreutvikle seg til en invalidiserende personlighetsforstyrrelse som ofte fører til tidlig uførhet.

Etter at barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen har nådd femårsalderen må en være åpen for at tilstanden har blitt mer varig, en måte å være på, og dermed en del av barnets personlighet. Når dette er tilfellet, blir det aktuelt med habilitering fremfor behandling, dvs. å tilrettelegge for, fremfor å søke å endre barnet.

### **Fra behandling til habilitering**

Av ICD-10 fremkommer tanken om at den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen er behandlingsresistent. Det er en tidlig, dyp følelsesmessig skade, som like gjerne kunne vært betegnet som et mishandlingssyndrom, fremfor en tilknytningsforstyrrelse. Når man vet noe om hjernens sensitive perioder for utvikling, og kombinerer dette med den psykologiske forståelsen av den type deprivasjon disse barna har vært utsatt for i disse periodene, kan man forstå hvorfor skaden er så vanskelig å reparere. Susan Hart (2007) beskriver hvordan individer som blir sosialt isolert etter fødselen viser en forstyrret og sosialt inkompetent atferd, til tross for tilstrekkelig ernæring og i utgangspunktet gode gener. Hun vektlegger at ethvert individs menneskeliggjøringsprosess er avhengig av en god relasjon der omsorg, speiling og regulering av affekter er til stede.

I praksis betyr dette at når adoptivforeldre henvender seg til hjelpeapparatet etter at barnet har passert femårsalderen, må både foreldrene og behandler være åpen for at den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen ikke lenger er reversibel. Behandling med tanke på endring vil være urealistisk, og man bør heller tenke habilitering, dvs. tilrettelegging, og å gjøre det beste ut av tilstanden. Traumbearbeidende samtaleterapi vurderes som kontraindiserte. Hos ungdommer og unge voksne vil en forventning om behandling og endring av den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen føre til mange nederlagsopplevelser, både for ungdommens foreldre og behandlere i det psykiske helsevern. Også NAV strever med riktige tiltak iforhold til disse unge voksne.

Tilrettelegging innebærer å godkjenne den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen for det den er. Ungdommer med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse har gjerne en svært lav emosjonell alder. Dette til forskjell fra den kronologiske alder, som jo øker for hvert år. I det daglige oppleves disse ungdommene som å oppføre seg svært umodent, og som for eksempel ikke å mestre de daglige gjøremål, slik som å følge opp et arbeid, disponere egen økonomi, ikke feilbruke internett med mer. Dette skjer til adoptivforeldrenes store fortvilelse, samtidig som disse av det offentlige blir møtt med en grunnholding om at de ikke lenger "bør bry seg" da deres barn nå, utfra kronologisk alder, har blitt voksne.

Barn og unge med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse stiller høye krav til sine nye omsorgspersoners foreldrekompetanse, både hva angår kvalitet og utholdenhet. Grunnet deres lave emosjonelle alder, behøves oppfølging på alle arenaer, noe som det trygt tilknyttede barnet ikke er i behov for. Noen velger avlastningsordninger for å kunne stå i omsorgen best og lengst mulig. Adoptivforeldre forteller at barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen opplever

avlastning og besøkshjemmet som en morsom ferie, og med et påfølgende ønske om å flytte dit. Avlastning kan altså hjelpe foreldre til å bli værende i omsorgen for barnet. Samtidig anbefales avlastning ikke, da det er fokuserte tilknytningserfaringer til en hovedtilknytningsperson som barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er i behov for.

Noen finner hjelp i foreningen for foreldre med barn med tilknytningsforstyrrelse (<http://www.tilknytningsforstyrrelse.com/>) der de kan drøfte problemstillinger med andre foreldre i samme situasjon.

### **Nettverksterapeutiske intervensjoner**

Noen barn med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse kan fungere uproblematisk i skole og barnehage. De kan fremstå som sjarmører, og således fungere upåfallende ytre sett. Andre strever med en lav psykisk energi og oppleves som underyttere. Min kliniske erfaring tilsier likevel at disse egentlig er overyttere, tatt deres lave emosjonelle alder i betraktning.

Barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse bør ikke gå i barnehagen, men heller oppleve fokusert tilknytning hjemme til en hovedomsorgsperson. Jeg har redegjort for dette synspunktet i min artikkel om hvorfor den nyadopterte ikke bør gå i barnehage (Haarklou, 2011). Det foreligger store likheter i grunnstrukturene mellom barnehage og barnehjem, og barnehagen kan for barnet oppleves som en gjentakelse av tidligere omsorgsbetingelser. Barn med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse og en følelsesmessig avflatethet vil ikke nødvendigvis lide under dette, men fungere tilsynelatende godt. Samtidig vil det ikke føre til fremming av tilknytning til hovedomsorgspersonen, som er målet for behandlingen. Dersom barnet må gå i barnehagen, bør det der legges til rette for en mest mulig fokusert tilknytningsmulighet til en hovedtilknytningsperson. Det samme gjelder i skolen.

Tilrettelegging i nettverket rundt barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen utgjør en nettverkstilknytningsterapi. Det er først når tiltakene i nettverket rundt barnet er samtenkte og instansene er samhandlende, at tiltakene gir ønsket effekt.

### **Til slutt**

De forslag som denne artikkelen fremmer til hvordan å kartlegge, diagnostisere og behandle disse barn, er ikke en fasit, men en måte å tenke på som jeg har funnet svært nyttig i mitt arbeid med nærmere 500 adoptiv- og fosterbarn med en reaktiv eller udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse. Særlig måten å gå løs på barnets antatte hovedtraumer har gitt meg mange reaksjoner fra disse barn, som har gjort meg overbevist om den sensomotoriske hukommelsens betydning i menneskets tidligste faser av livet, og hvordan denne stadig påvirker oss.

Det er mitt ønske med denne artikkelen å kaste lys over en diagnose som er minimalt brukt innenfor psykisk helsevern. Forhåpentligvis kan artikkelen bidra til at flere barn får den hjelpen de har behov for, som følge av korrekte differensialdiagnostisk vurderinger og adekvat behandlingsopplegg. Kanskje vil det kunne føre til noen færre udiskriminerte sjarmører og partyløver?

## Referanser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Rodenberg, M. (2005). Examination of the Precursors of Infant Attachment Security. Implications for Early Intervention and Intervention Research. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York: The Guilford Press.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marwin, R. (2005). The Circle of Security Intervention. Differential Diagnosis and Differential Treatment. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy* (pp. 127-151). New York: The Guilford Press.
- Dozier, M., Lindheim, O., & Ackerman, J. P. (2005). Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An intervention Targeting Empirically Identified Needs of Foster Infants. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York: The Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of The Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(891-905).
- Hart, S. (2007). Spejlneuroner, kontakt og omsorg. *Psykolog Nyt*, 11, 14-20.
- Hart, S. (Ed.). (2011). *Neuroaffektiv psykoterapi med børn* Hans Reitzels Forlag.
- Haarklou, J. (1998). Emma tvert imot - eller noe mer? Adoptivbarn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse eller tidlig følelsesmessig skade. *Verdens Barn Medlemsblad*, 2.
- Haarklou, J. (2008). "Emma tvert imot" - eller noe mer - 10 år senere: Hun trenger TIFA: De tilknytningsfremmende aktiviteter. *Verdens Barn Medlemsblad*, 1.
- Haarklou, J. (2011). Elsk meg først, så kan jeg leke med de andre. *Adopsjonsforum*, 1.
- Marwin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver - pre-school child dyads. *Attachment & Human Development* 4(1), 107-124.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2005). Minding the Baby. Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York: The Guilford Press.
- WHO (2006). *ICD-10. Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser* (11th ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.