



”Sjar

• Av Joachim Haarklou,
psykologspesialist

Det ser ut til å være lite kjennskap til diagnosen udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse innen psykisk helsevern, og behandlere oppgir ikke å vite hvordan disse barn skal forstås, diagnostiseres og behandles. Da behandlere generelt har mer kjennskap til den reaktive tilknytningsforstyrrelsen som diagnose, vil denne bli brukt som sammenligningsgrunnlag gjennom artikkelen.

Diagnose F94.2

I det internasjonale klassifiserings-systemet for diagnoser (ICD-10) er *Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse*

i barndommen (F94.2) 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, dvs. plassering i fosterhjem. I tidlig barndom vil barnets atferd gjerne kunne beskrives som klenging, som, når barnet blir eldre, erstattes med mer oppmerksomhetssøkende og ukritisk vennlig atferd.

Denne ukritiske, kontaktsøkende atferden har en tendens til å vedvare, og midtveis i barndommen ser man ofte unyanserte kameratforhold og problemer hos barnet med å danne nære, tillitsfulle vennskapsforhold. Det antas at denne type atferd skyldes en svikt i muligheten til å utvikle selektive til-

knytninger, dvs. å knytte seg til få personer. Dette ses ofte som en konsekvens av ekstremt hyppige utskiftninger av omsorgspersoner i de første leveårene, dvs. mange brudd/endringer i familie plasseringer.

Tilknytningsmønstre og diagnoser

Mary Ainthworth beskrev fire tilknytningsmønstre fra A til D, den *organiserte, trygge tilknytningen* (B), den *organiserte, unnvikende* (A), den *organiserte, ambivalente* (C), og den *desorganiserte tilknytningen* (D). Tilknytningsforstyrrelsene inndeles i to diagnoser, F94.1 og F94.2, på akse 1 innenfor det multiaksiale klassifikasjonssystemet. Generelt vet man at det hovedsakelig er

”smitte og partyløve”

Barn og ungdom med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse

Denne artikkelen tar utgangspunkt i erfaring fra klinisk praksis i mitt arbeid med nærmere 700 adoptiv- og fosterbarn, hvorav nesten 100 har fått diagnosen udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse. Formålet med artikkelen er å anskueliggjøre diagnosen, slik at man lettere kan gjenkjenne disse barna og ungdommene, og foreta korrekte differensialdiagnostiske vurderinger.

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

Diagnosene F94.1 reaktiv tilknytningsforstyrrelse og F94.2 udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse sier, til forskjell fra de fleste F-diagnosene i ICD-10, noe om årsaken til den oppståtte lidelsen. De er dermed ikke bare symptombeskrivende. Eksempler på årsaker til tilknytningsforstyrrelsen finner man hyppigst blant Z-diagnosene i ICD-10, eksempelvis Z62.2 som omhandler oppfostring i institusjon og Z61.1 som går på fjerning fra hjemmet i barnealder.

Hvordan utvikles den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen?

I begynnelsen av livet kan barn utsettes for to hovedbelastninger. Den ene belastningen vil være tilknytningsbrudd og tap av biologisk mor, slik som er tilfellet for alle barn som fosterhjemsplasseres eller vokser opp på institusjon.

Den andre store belastningen finner sted når det er for dårlig kvalitet i den omsorgen som barnet får.

Hovedbelastningen for barnet med en F94.2-diagnose er opplevd, defokusert tilknytning i de første 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, for eksempel som følge av hyppig skifte av samlivspartnere hos foreldre.

Kjennetegn

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, og andre voksne i nærheten av barna. Barna er kontaktsøkende, og henvender seg ukritisk til alle voksne, også voksne de aldri før har sett. På tur i parken kan barnet med en udiskriminerende tilknytnings-

forstyrrelse 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 fosterforeldrene, som forsøker å knytte barnet til seg.

Barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse evner trøstesøking. Dette i motsetning til barnet med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, som kjennetegnes av en manglende evne til å søke trøst både når det opplever fysisk, men også psykisk, smerte. Problemet med barnet med den udiskri-

Om forfatteren

• **Joachim Haarklou** er utdannet psykolog fra Universitetet i Bergen, og er i tillegg spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområdet barne- og ungdomspsykologi. Han har tidligere arbeidet i flyktningmottak i Oslo, i PP-tjenesten i Arendal og 12 år ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Arendal. Han driver i dag privatpraksis ved Hisøy Psykologsenter i Kolbjørnsvik i Arendal. Han har siden 1997 spesialisert seg på tilknytningsforstyrrelser med fokus på adoptiv- og fosterbarn. Han er en kjent foredragsholder innenfor temaene.



minerende 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.

Barn og ungdom med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse opplevs 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 kurve 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 av å inngå i hyppige, overflatiske relasjoner med andre. På folkemunne kalles de gjerne ”partylover”, 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 opplevs de som å være mer knyttet til det materialistiske (mobiltelefoner, 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 syns det er slitsomt at det fokuseres på at man skal gjøre det som er ”riktig”. Tilsynelatende har barnet/ungdommen ingen 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. Det er omsorgspersonene som i de fleste tilfeller fungerer som barnets/ungdommens ytre struktur.

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

Forståelse i lys av utviklingspsykologisk teori og tilknytningsteori

Konsekvensen av den emosjonelle deprivasjonen under oppveksten 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 promiskuitøse relasjoner/parforhold. Barnet har ikke erfart den tidlige, fokuserte tilknytningen med tosomhet som tidlig opplevd og lagret relasjonskvalitetserfaring. Tilsvarende evner barnet heller ikke å søke tilbake til slike varige og gjensidige relasjoner senere. Barnets primære relasjonskvalitetserfaring bestående av at det er mange som passer på det, generaliseres til at alle er greie. Slik fører de udiskriminerte tilknytningserfaringer til en udiskriminerende tilknytningsstil, der barnet ikke diskriminerer mellom nære tilknytningspersoner og andre.

Kartlegging

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 sam-

handling 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. Søker barnet da 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 non-verbalt?

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 sitt fang. 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. Intervjuet er delt opp i 12 punkter som omhandler hhv. barnets grad av hengivenhet, evne til trøstesøking, reaksjoner på gjenforening, evne til samarbeid, bruken av en trygg base ved utforskning, reaksjoner på fremmede, grad av sosial promiskuitet, hvorvidt barnet utsetter seg selv for fare, grad av sosial inhibisjon, engstelig vaksomhet hos barnet, samt grad av rollereversering og behov for kontroll hos barnet. Hvert av disse punktene utdypes med spørsmål som stilles hovedomsorgspersonen til barnet. Jeg vil her kort gå gjennom hvilke svar fra omsorgspersoner som kan indikere en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse hos barnet.

Punkt 1, ”hengivenhet”. Foreldre til barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse svarer gjerne negativt

på om barnet har en spesiell voksen det foretrekker. Typiske svar er at barnet foretrekker alle voksne like mye, altså at barnet ikke diskriminerer.

Under punkt 2, som dreier seg om trøstesøking, blir det viktige å kartlegge hvem barnet søker trøst av. Skjer trøstesøking ukritisk, slik at barnet også kan gå til noen det ikke kjenner for trøst? Barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen søker som regel trøst – men av hvem som helst, også totalt ukjente.

Under punkt 3, ”reaksjon på gjenforening”, svarer foreldre som regel at deres barn er blidt mot alle, samt at barnet ikke reagerer med synlig glede ved gjensyn av sine hovedomsorgspersoner.

Når man kommer til punkt 4, som dreier seg om samarbeid, finner man at mange av barna evner å gå inn i et slags samarbeid. Forskjellen fra et friskt barn, er at barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen kan søke felles fokus på utenforliggende objekt, men at det ikke nødvendigvis henvender seg til hovedomsorgsperson når dette gjøres; det er udiskriminerende i sin måte å søke voksne på.

Punkt 5, ”sinnsstemning”, dreier seg om barnets emosjonelle fremtoning. Her finner man at barnet med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen stort sett er blidt. Svar på dette punktet skiller seg betraktelig fra barn med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, som hyppigere beskrives som sinte, sure, avvisende og alvorlige.

Punkt 6, ”trygg base for eksponering”, dreier seg om barnets atferd når det er sammen med hovedomsorgspersoner på et ukjent sted, for eksempel på besøk hos fremmede. Her vil foreldre gjerne svare at deres barn beveger seg rundt uten noen tilsynelatende hensikt. De rapporterer også at barnet ikke driver med tilbakesjekking til dem. Dersom barnet oppdager at det er atskilt fra for eksempel mor, vil det ikke bli urolig, slik man tenker seg normalreaksjon ved atskillelse, men derimot fortsette med sitt.

Under punkt 7, ”reaksjon på fremmede”, rapporterer foreldre ingen skepsis.

Barnet viser ingen form for sjenanse eller nysgjerrighet, men beveger seg gjerne helt nær disse.

Under punkt 8, ”sosial promiskuitet”, kommer spørsmålet om foreldrene tror barnet ville gått av sted med en fremmed. Svært mange svarer bekræftende på dette spørsmålet.

Punkt 9 dreier seg om hvorvidt barnet utsetter seg selv for fare. Her finner man at foreldre til barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, på lik linje med foreldre til barn med en reaktiv tilknytningsforstyrrelse, rapporterer at barnet gjerne utsetter seg selv for fare.

Barn med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse viser liten grad av engstelighet, og vil ikke klynge seg til omsorgspersonene. Det vil si at foreldre gjerne besvarer punkt 10, om ”sosial inhibisjon” og punkt 11, om ”engstelig vaksomhet”, negativt.

Heller ikke handlingene under punkt 12, ”rollereversering og kontroll”, er typiske for barn med den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen, og blir som regel negativt besvart av foreldrene.

Kort oppsummert kan man dermed si at punktene 1-9 blir de viktigste i kartleggingen av barnet med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse. Hvert av punktene vil etter intervjuet er gjennomført, bli skåret 0 eller 1 av behandler/den som kartlegger. Maksimumsskåre er 12, der skåre mellom 1 og 3 vil indikere liten/ingen grad av tilknytningsforstyrrelse, skåre mellom 4 og 6 vil indikere moderat grad av tilknytningsforstyrrelse, og skåre mellom 7 og 12 vil indikere alvorlig grad av tilknytningsforstyrrelse.

Konsekvenser for behandling

Tilknytningserfaringer munner ut i tilknytningsmønstre. Disse fremstår som tidlig innlært i 2- til senest 5-årsalderen. Tilknytningsmønstre er tilsvarende vanskelig å endre senere i livet, dvs. etter 2- til 5-årsalderen. Tilknytningsmønsteret søkes dermed behandlingmessig endret fra det udiskriminerte til det diskriminerte. Fremstår tilknytningsmønsteret som

mer varig, vil det være mer hensiktsmessig å habilitere, dvs. å tilrettelegge for den udiskriminerte tilknytningsstilen og gjøre det beste ut av det som er som det er. Uansett begynner behandling med å oppnå en felles forståelse med barnet og dets foreldre omkring barnets historie med dets tilknytningserfaringer og betydningen av disse for barnets fungering per i dag. Til slutt har det betydning at nettverket rundt barnet har skjønnet det likt og har tilsvarende samkjørt tiltak.

En narrativ og psykoedukativ tilnærming

I mitt arbeid med familier med barn med tilknytningsforstyrrelse, pleier jeg å møte hele fosterfamilien sammen første gang. Det fokuseres da på tilknytningshistorien til barnet, dvs. barnets tid forut for fosterhjems plasseringen, og dermed på de samlede omsorgs- og tilknytningserfaringer barnet har gjort i denne tiden. Visualiserende, dvs. ved hjelp av lekefigurer, gjenoppbygges barnets livshistorie, og opplevde relasjons- og tilknytningserfaringer symboliseres med farger. Tilnærmingen er psykoedukativ på den måten at jeg samtidig fletter inn undervisning av utviklingspsykologisk teori og tilknytningsteori tilpasset barnets alder. Dette kan dreie seg om det en vet innenfor utviklingspsykologisk teori om betydningen av tidlig emosjonell utvikling og tilsvarende emosjonell deprivasjon, og om betydningen av defokuserte tilknytningserfaringer for utviklingen av en udiskriminert tilknytningsstil/-forstyrrelse.

Både fosterforeldre og barnet vil slik, sammen med behandler, få en felles forståelse av barnet og betydningen av dens livshistorie for dens fungering per i dag. En slik synliggjøring av barnets tidligste omsorgsopplevelser vil føre til en god forståelse av barnet som emosjonelt deprivert, tilknytningsskadet og udiskriminert i sin tilknytning, og dermed ikke som et barn med et atferdsavvik, uoppdragen og umulig. Dette vil hos fosterforeldrene tilsvarende kunne ut i en behandlingstenkning bestående av å fremme en

mest mulig fokusert tilknytning for å gjenlære barnet den diskriminerende tilknytningsstil. Dermed er det ikke primært atferdsregulering barnet trenger, men fremming av en fokusert og trygg tilknytning.

Denne tilnærmingen tilsvarer en terapilek, der jeg som behandler leder barnet igjennom leken som fokuserer på barnets livshistorie, samtidig som jeg peker på barnets tidlige traumer slik som opplevde tilknytningsbrudd og den emosjonelle deprivasjonen erfart under de defokuserte tilknytningserfaringer. Ved den udiskriminerte tilknytningsforstyrrelsen vil en slik gjenoppbygging av barnets historie hos barnet føre til en likegyldighetsreaksjon grunnet barnets emosjonelle avflatethet, mens fosterforeldrene klassisk vil reagere med sorg over deres økte forståelse av de alvorlige konsekvenser av den tidlig opplevde emosjonelle deprivasjonen opplevd under de defokuserte tilknytningserfaringer. En slik forståelse av barnet vil peke i retning av en behandling i form av å fremme fokusert tilknytning og det raskest mulig.

For å skape en forståelse for barnets antatte indre arbeidsmodeller som følge av dets historie, fokuseres det på antall tilknytningsbrudd barnet har vært igjennom, og det traumet det er å bli forlatt av sin egen mor. I tillegg fokuseres det på barnets defokuserte tilknytningserfaringer. Dette blir starten på det som kan betegnes som en familietilknytningsterapi.

Denne skal gi det tilknytningsskadede barnet nye erfaringer, og behandler arbeider derfor familiefokusert. Ved denne behandlingsformen skal barnet ikke knytte seg til en behandler, men barnet skal knytte seg til de nye fosterforeldrene. Med dette som utgangspunkt involveres fosterforeldrene aktivt i behandlingen, og flere timer kan gjennomføres med fosterforeldre og barnet til stede. I slike fellestimer bør behandler fokusere på traumet. Dette gjøres ved at traumet, i hovedsak tapet av biologisk mor og de defokuserte tilknytningserfaringer med den emosjonelle deprivasjonen, benevnes. Benevnelsen skjer mens barnet er i

trygge omgivelser, dvs. sammen med sine nye omsorgspersoner, som ivaretar barnet mens historien gjenfortelles. Min erfaring er at en slik narrativ måte å arbeide på, kombinert med individuell psykoedukasjon til fosterforeldrene, øker fosterforeldrenes forståelse av fosterbarnet. Det motvirker en syndebukkgjøring av barnet, og fremmer heller en overbærenhet hos fosterforeldrene, da det hjelper dem til å forstå at barnets atferd er en konsekvens av dets tidligste tilknytningserfaringer. Fosterforeldrene hjelpes til en forståelse av barnet som utrygt og tilknytnings-skadet, fremfor en forståelse av barnet som "umulig" og uoppdraget.

I tråd med min forståelse av barn og unge med en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse, anbefaler jeg "terapilek", fremfor leketerapi. I en tradisjonell, psykoanalytisk forankret leketerapi, vil det å nå inn til traumat sammen med barnet ta svært lang tid. I en klassisk leketerapi er også barnet alene med behandler, og foreldrene er ikke til stede. I terapilek, der behandler er aktiv og styrende i leken, med både barnet og fosterforeldrene i rommet, kommer man raskere inn på det som er barnets traume – og årsaken til at familien søkte hjelp i utgangspunktet.

Som nevnt ovenfor tilbys også fosterforeldre psykoedukasjon uten barnet tilstede. Dette i tillegg til at det arbeides narrativt med familien, og at bruken av tilknytningsfremmende aktiviteter og hjelpemidler fremmes. Her arbeider terapeuten med å søke å forstå barnet, sammen med fosterforeldrene – ut ifra en tilknytningsteoretisk og utviklingspsykologisk ramme. En slik forståelse vil fremme fosterforeldrenes syn på barnet som et individ som trenger ekstra omsorg og kjærlighet, fremfor irettesettelse, straff og atferdsregulerende tiltak. Barnet er tidlig traumatisert – ikke uoppdraget og/eller umulig! Når fosterforeldrene får denne forståelsen for barnets fungering, øker det muligheten for at barnets tidlige utviklingshemmende erfaringer blir erstattet med nye tilknytningsfremmende erfaringer i dets nye hjem. Jeg har nærmere redegjort for denne pro-



blemstillingen i min artikkel "Skjønn meg, ikke oppdra meg" (Haarklou, 2011).

Endring av tilknytningsstil

En udiskriminert tilknytningsforstyrrelse, som er et resultat av tidlige defokuserte tilknytningserfaringer der mange har passet på barnet og barnet har vært utsatt for emosjonell deprivasjon, skal tilsvarende behandles med fokusert tilknytning og emosjonell stimulasjon. Dvs. at det skal fremmes en trygg tilknytning mellom barnet og de nye omsorgspersoner. Dette bør gjøres med et tilknytningsfremmende program slik som mitt eget TIFA (Tilknytningsfremmende aktiviteter) og TIHMI (Tilknytningsfremmende hjelpemidler) beskrevet i min artikkel om behandling av barn og ungdom med tilknytningsforstyrrelse (Haarklou, 2010). Tilsvarende kan det brukes andre tilknytningsfremmende pro-

grammer slik som COS (Circleof-security.net). Det viktigste blir likevel å gjenskape den fokuserte tilknytningen til primært en hovedtilknytningsperson.

Behandlingen av den udiskriminerte tilknytningsforstyrrelsen ved å gi barnet nye fokuserte tilknytningserfaringer og dermed å tilrettelegge for en gjenlæring av en diskriminert tilknytning der barnet omsider velger en hovedtilknytningsperson, er mest realistisk å lykkes med innen 2-årsalderen. Min kliniske erfaring tilsier at foreldre likevel helt frem til 5-årsalderen kan lykkes med å hjelpe barnet til å gjøre mest mulig fokuserte tilknytningserfaringer og slik bli frisk fra sin udiskriminerte tilknytningsforstyrrelse. Under slik behandling blir noen barn først reaktiv i sin tilknytningsforstyrrelse, før de så blir trygt tilknyttet og dermed friske. Slik tidlig behandling innebærer en maksimal tilrettelegging for fokuserte tilknytningserfaringer. Dette gjøres ved



å skjerme barnet mot defokuserte tilknytningserfaringer.

Det sier seg selv at barnet med udiskriminert tilknytningsforstyrrelse ikke drar nytte av individualterapi. Barnet har ikke muligheten til å gjøre det emosjonelle grunnarbeidet i en traumbearbeidelse, har ingen egen problemopplevelse og blir ikke frisk av å knytte seg til en terapeut. Behandlingen består jo akkurat i en fokusert tilknytning til den nye tilknytningspersonen.

For å fremme en slik fokusert tilknytning bør barnet være hjemme med sin nye hovedtilknytningsperson, slik at en fokusert tilknytning kan fremmes. Barnet bør dermed i denne tiden skjermes mot sosiale relasjoner. En søker å unngå å få besøk og å dra på besøk. Butikker og store tilstelninger med mange mennesker unngås.

Etter 5-årsalderen må en være åpen for at tilknytningsmønstre hos barnet med en udiskriminert tilknytningsforstyrrelse er blitt et mer varig trekk, en måte å være på, og dermed en del av barnets personlighet. Da er det mer aktuelt med habilitering fremfor behandling. For å begrense den tidlige følelsesmessige skaden, vil altså det å komme til tidlig, med fokusert tilknytning, hos nye omsorgsgivere være av betydning.

Min hovedhypotese i behandlingstenkning med disse barna, er at tilknytningsforstyrrelsen skal behandles med tilknytning. Dvs. at man skal

reparere den defokuserte, udiskriminerende tilknytningen med fokusert tilknytning av det diskriminerende slaget. Dette innebærer at man arbeider aktivt med å få barnet til å knytte seg til de nye omsorgspersonene. Man har ikke barnet i en individualterapi, men tilbyr i stedet en mer indirekte behandling av barnet, ved å, som behandler, støtte omsorgspersonene i prosessen med å knytte barnet trygt til seg.

Barnehage fremmer ikke en fokusert tilknytning til en eller noen få omsorgspersoner. Samtidig som barnehage bør unngås (se også artikkelen "Fosterbarns behov for barnehage – Elsk meg først så kan jeg leke med de andre" i Fosterhjemskontakt nr. 5 i 2011), bør barnets sosiale nettverk i sin helhet også reduseres. Dette kan familier i praksis gjøre ved å dra minst mulig på besøk til andre, og ha minst mulig besøk. Dersom besøk ikke kan unngås, er det viktig å orientere om barnets tilstand. I løpet av besøkstiden skal omsorgspersonene fortsette tilknytningsterapien, dvs. de tilknytningsfremmende aktiviteter og hjelpemidler – slik at barnet også med andre tilstede søkes å gjøres mest mulig nær hovedomsorgspersonene. Bruk av barnevakter bør unngås, og særlig tilfeldig barnepass. Det viktige blir at omsorgspersonen hele tiden gjentar utviklingspsykologisk teori i samspill med barnet, og dermed gir barnet det det aldri fikk i tidlig barndom.

Når foreldre i samråd med behandler kommer frem til at det tilknytnings-skadede barnet ikke enda skal begynne i barnehage, bør det tilrettelegges for fokusert tilknytning ved å ha en tilgjengelig hovedtilknytningsperson hjemme. Dette kan gjøres ved at fosterforeldre søker permisjon fra jobb, kombinert med pleiepenger eller frikjøpes via barnevernet. Mange lurer på om de bør søke delt permisjon. Mitt råd er at kun en av foreldrene søker permisjon – igjen for å fremme en mest mulig fokusert tilknytning for barnet. I tillegg til pleiepenger, finnes muligheter for å søke om grunnstønad for å dekke nødvendige løpende ekstrautgifter som følge av den udiskriminerende tilknytningsforstyrrelsen hos barnet. Slike ekstrautgifter er utgifter friske personer ikke har, slik som til klesslitasje, telefon, et dyrere kosthold, med mer. Det kan også søkes hjelpstønad i de tilfeller der barnets hjelpebehov omfatter av- og påkledning, det å stå opp og legge seg, personlig hygiene og daglig og nattlig tilsyn, dvs. omsorgsfunksjoner som en del barn med alvorlig udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er i behov for.

Pleiepenger, grunnstønad og hjelpstønad søkes lokalt av NAV, med dokumentasjon fra barnets behandler.

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.

Dvs. at i de tilfeller der fosterforeldre henvender seg til hjelpeapparatet på et tidspunkt der barnet har passert 5-årsalderen, vil en måtte være åpen for at endring av i utgangspunkt grunnleggende tilknytningsstil grunnet de tidligste tilknytningserfaringer, ikke lenger er reversibel. Behandling med tanke på endring av tilknytningsstil og dermed den udiskriminerte tilknytningsforstyrrelsen, vil være urealistisk. Nå gjelder det å tilrettelegge, dvs. habiliterer og gjøre det beste ut av tilstanden. Hos ungdommer og unge voksne med denne tilstanden vil en fortsatt forventning av behandling med tanke på endring av den udiskriminerte tilknytningsforstyrrelsen, føre til mange nederlagsopplevelser. Her kan det bli mange urealistiske runder i regi av NAV med perioder med arbeidsavklaringspenger, når disse barna er blitt voksne.

Barn med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse stiller høye krav til sine nye omsorgspersoners foreldrekompetanse, både hva angår kvalitet og utholdenhet. Idet dette barnet, og senere ungdommen, har en lav emosjonell alder, er det behov for veldig mye oppfølging som det trygt tilknyttete barnet ikke er i behov for.

Noen velger avlastningsordninger for å kunne stå i omsorgen best og lengst mulig. Fosterforeldre til barn med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse forteller at barnet heller opplever avlastning og besøkshjemmet som en morsom ferie med påfølgende ønske om å flytte dit. Slik kan avlastning hjelpe foreldrene til å stå i omsorgen, samtidig som det jo akkurat er den fokuserte tilknytningen dette barnet er i behov for.

Noen finner hjelp i foreningen for

foreldre av barn med tilknytningsforstyrrelse (<http://www.tilknytningsforstyrrelse.com/>) der de kan drøfte de problemstillinger som reiser seg sammen med andre foreldre i samme situasjon.

Det bør nevnes at i noen tilfeller kan fosterforeldre oppleve seg så utslitt at det å fokusere på tilknytningsfremmende aktiviteter og hjelpemidler overfor dem, kan fremstå som håpløst og lite hensiktsmessig. I slike tilfeller kan andre intervensjoner være mer nyttige. Mange spør om avlastning, og i utgangspunktet anbefales dette ikke. Dette begrunnet med hypotesen om at barnet vil kunne oppleve dette som en avvisning fra sine nye foreldre – og at det slik vil føre til retraumatisering for barnet som allerede strever med traumat bestående av å bli forlatt av biologisk mor.

Nettverksterapeutiske intervensjoner

Noen barn med udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse kan fungere uproblematisk i skole og barnehage. Det er jo akkurat som sjarmør de fremstår der. Andre strever med en lav psykisk energi der de oppleves som underyttere samtidig som min kliniske erfaring egentlig tilsier at de er overyttere.

Skulle noe tilsi at barnet *må* gå i barnehage, bør det der igjen legges til rette for en mest mulig fokusert tilknytningsmulighet til en hovedtilknytningsperson. Det samme gjelder i skolen. En slik tilrettelegging i nettverket rundt barnet med den udiskriminerte tilknytningsforstyrrelsen utgjør en nettverkstilknypningsterapi. Det er først når tiltakene i nettverket rundt barnet er samtenkte og instanser er samhandlende, at tiltakene gir ønsket effekt.

Dersom foreldre velger å benytte seg av de tilknytningsfremmende aktiviteter og hjelpemidler i behandlingen av barnet, er det et poeng at disse benyttes på alle arenaer barnet befinner seg på. Det gir for eksempel svært lite mening å gjennomføre dette i hjemmet, dersom det ikke blir gjennomført i skolen. Fosterforeldrene må, gjerne med hjelp

fra behandler, tilrettelegge for et trygt, kongruent miljø for barnet. Barnet skal oppleve at ting er likt – alle steder.

Når barnet begynner på skolen, blir det svært viktig å tenke tilknytningsterapi i nettverkene. Dette vil i skolen innebære små, stabile klasser, kontinuitet i personalgruppen i form av stabile voksne som følger eleven over tid. Skolen bør på samme måte som fosterforeldrene få psykoedukasjon, slik at det unngås en retraumatisering av barnet. Eksempel på retraumatisering vil kunne være å sende barnet til rektor (time-out), da dette kan føre til PTSD-symptomer. På ungdomsskolen bør for eksempel ikke utvisning benyttes, da dette er en form for time-out.

Poenget er at en tilknytningsterapi med det udiskriminerende barnet blir mest effektiv dersom utførelsen av denne er samkjørt med de ulike nettverkene barnet måtte befinne seg i. Helst bør barnet være hjemme med få personer rundt seg, men da dette kan være vanskelig over tid, blir det et poeng at de personer og instanser som forholder seg til barnet, er samtenkte i sin måte å møte barnet på. Det hjelper lite at foreldre benytter en time-in tilnærming, mens barnet møter sanksjoner i form av time-out for eksempel i skolen.

Felles mål og behandlingsfokus på tvers av barnets arenaer i hverdagen, er det som gir størst mulighet til å behandle den dype, følelsesmessige skaden som en udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse er.

Hva som ikke hjelper

Fosterforeldrenes måte å tenke på skal være med fokus på person, ikke på handling. Hovedbudskapet til barnet skal være ”du er god”, fremfor et fokus på ”du er flink” – slik man finner det innenfor de klassiske atferdsterapeutiske programmer som PMT-O, MST og lignende. Slike tilnærminger til behandling av fosterbarn med tilknytningsforstyrrelse anbefales ikke. Fosterhjem er i (nesten) alle tilfeller ressurssterke hjem, som i utgangspunktet svært sjeldent har vansker med å oppdra barn, og dermed ikke i behov

for den tilnærmingen disse program-
mene benytter. Atferdsterapeutiske
programmer har heller ikke i littera-
turen vist seg å være spesielt effektive
overfor barna med denne type vansker
(Turner, Macdonald, & Dennis, 2007).
”Belønning/lønn” kan for eksempel
ikke kjøpe et tilknytningsskadede barn
friskt, og ”straff/fratakelse av goder” vil
alltid innebære en retraumatisering av
det tidlig traumatiserte, tilknytnings-
skadete barnet. Barnet har allerede
opplevd tap av biologisk mor, og det
trenger ikke å oppleve flere tap. For-
eldrenes behandling av barnet bør der-
for bestå av å gi barnet mer omsorg,
ikke å frata det noe, for å få det til å
oppføre seg bedre. Fosterforeldrene
oppfordres derfor til å tenke time-in i
samspill med barnet, og ikke time-out,
da det er nærhet som helbreder og ikke
avstand.

Prognose

Noen tidlig adopterte barn med en
udiskriminerende tilknytningsfor-
styrrelse vil ved adekvat behandling
kunne få hjelp til utvikling av en mer
fokuseret tilknytning til sine nye hoved-
omsorgspersoner. Noen av disse ser
man at først går over til en reaktiv
tilknytningsforstyrrelse, og fremviser
symptomer som diagnostisk tilfreds-
stiller denne diagnosen, før de beveger
seg videre over i en trygg tilknytning-
stil. Hos andre barn ses ikke disse
endringene, og de vil være i fare for å
kronifisere sin udiskriminerende til-
knytningsforstyrrelse. Noen ser ut til å
ha en kronisk lav emosjonell alder, til
tross for at kronologisk alder øker hvert
år. Som voksne kan disse bli alvorlig
invalidisert, og ofte mistenkes også
kognitiv svikt, i tillegg til latskap og
giddesløshet. Det trengs økt forståelse
av denne tilstanden, både i barne- og
voksenalder. Det offentlige hjelpeappa-
ratet, eksempelvis det psykiske helse-
vern og NAV, strever med en god for-
ståelse, samt tiltak i forhold til disse
som voksne. Mange søker å oppnå
urealistisk endring gjennom behandling
og andre tiltak uten å lykkes, før man
skjønner at man må tenke habilitering
fremfor endring. Gjennom habilitering

kan man søke å gjøre det beste ut av en
tidlig kronifisert tilstand som etter
hvert er blitt irreversibel.

Til slutt

De som leser denne artikkelen vil
kunne tenke at det foreslås svært drast-
iske og alvorlige tiltak. Mitt svar er at
en udiskriminerende tilknytnings-
forstyrrelse er en svært alvorlig skade.
Det er altfor mange familier som har
kommet til meg, oppgitte og i ferd med
å gi opp sin tilknytningsforstyrrede
tenåring, som så uttrykker hvor gjerne
de skulle ha hatt denne type kunnskap
om barnet tidligere.

De forslag som denne artikkelen
fremmer til hvordan å kartlegge, diag-
nostisere 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 700 adoptiv- og fosterbarn
med en reaktiv eller udiskriminerende
tilknytningsforstyrrelse. Særlig måten å
gå løs på barnets antatte hovedtraume
har gitt meg mange reaksjoner fra barn,
som har gjort meg overbevist om den
sensomotoriske hukommelsens betyd-
ning 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 artikkel-
en bidra til at flere barn får den hjelpen
de har behov for, som følge av korrekte
differensialdiagnostiske vurderinger og
adekvat behandlingsopplegg og habili-
tering. Kanskje vil det kunne føre til
noen færre udiskriminerte sjarmører og
partylover?

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.

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 barn* Hans Reitzels
Forlag.

Siegel, D. J. (1999). *The developing
mind: How relationships and the brain
interact to shape who we are*. New York:
The Guilford Press.

Turner, W., Macdonald, G. M., &
Dennis, J. A. (2007). Behavioural and
cognitive behavioural training
interventions for assisting foster carers
in the management of difficult
behaviour (Review). *Cochrane Database
of Systematic Reviews*, CD003760(1).

WHO (2006). *ICD-10. Psykiske
Lidelser og Atferdsforstyrrelser* (11th ed.).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Haarklou, J. (2010) Emma tvert
imot eller noe mer 10 år senere: Hun
trenger TIFA: De tilknytningsfrem-
mende aktiviteter. www.haarklou.no
artikler.

Haarklou, J. (2010) Emma tvert
imot eller noe mer? www.haarklou.no
artikler.

Haarklou, J. (2011) Skjønn meg,
ikke oppdra meg. Adopsjonsforum
5.2011 s. 20-22.

Haarklou, J. (2011) Elsk meg først,
så kan jeg leke med de andre. Hvorfor
den nyadopterte ikke skal gå I barne-
hage. Adopsjonsforum 1.2011.

Haarklou, J. (2011) Fosterbarns
behov for barnehage.
Fosterhjemskontakt nr. 5/11 s. 2-10.

*Dette er en tilpasset versjon av en artikkel
som tidligere har stått i Verdens Barn.*