

## **Diagnose, eller «bare» særlig sensitiv?**

*Av: Ane E. With Lie, 30. august, 2015.*

Det har den siste tiden vært mye fokus på AD/HD i media, og debatten rundt hvorvidt for mange barn diagnostiseres med denne diagnosen kommer i kjølvannet av dette. Til tross for at jeg kunne skrevet mye om temaet, skal ikke dette innlegget handle om den debatten.

Istedenfor vil fokuset rettes mot hvordan man kan skille et høysensitivt barn fra et barn med mer alvorlige utfordringer. Høysensitive barn har ofte sterke følelsesuttrykk når de blir slitene og overstimulerte. Reaksjoner som kan oppleves dramatisk både for barnet og omgivelsene. Andre igjen, kan bli stille, virke innesluttet og trekke seg tilbake. Disse reaksjonene kan minne om symptomer på atferd tilknyttet ulike diagnoser. Det vi imidlertid først kan legge oss på minnet, er at dette er reaksjoner på overstimulering. Barnet reagerer ikke slik i alle situasjoner. Mer om det snart.

Det har vært knyttet forvirring til forskjellen på høysensitivitet og diagnoser som Attention Dificit/Hyperactivity Disorder (AD/HD), Autisemespekterforstyrrelser (ASF) og ulike angstlidelser. For at foreldre som har høysensitive barn ikke skal forveksle barnas reaksjoner med det å ha en diagnose, er det hensiktsmessig å se litt på hva diagnoser egentlig er, og hva høysensitivitet er.

**Diagnoser** settes på bakgrunn av et gitt antall symptomer, kombinert med symptomenes alvorlighet og varighet (Skjelstad, 2013). Diagnosen skal også være nyttig, dvs. oppleves som forståelig og meningsfull i bruk både for klinikere og forskere, og den skal være akseptabel for dem som får diagnosen. Med akseptabel menes at den ikke oppleves som unødvendig stigmatiserende, sykeliggjørende eller skadelig (Skjelstad, 2013). Fokuset i denne sammenhengen er hvilken nytte en diagnose har for dem som får den.

I forhold til barn som har AD/HD, vil det å få en riktig diagnose kunne gi forståelse. For noen kan dette være tilstrekkelig for å takle vanskene (Bronder, 2010). For å vite hvordan man skal forholde seg til noe, må man først avklare hva man skal forholde seg til. For andre kan medisinerings være viktig for å klare å følge med på skolen. Medisinerings har for noen vist seg å virke beskyttende mot senere rusmisbruk (Bronder, 2010).

Når det gjelder barn som har utfordringer innenfor autisemespekteret, er tidlig identifisering av vansker, og tidlig intervensjon, viktig for barnets utvikling. Gjennom effektiv og tidlig innsats vil mange barn med ASF kunne få et bedret funksjonsnivå (Oslo Universitetssykehus, 2012).

Å få konstatert en diagnose, når barnet faktisk oppfyller diagnosekriteriene, har altså en nytteverdi, både for barnet og foreldrene.

Å stille en riktig og nyttig diagnose forutsetter selvsagt at man vet hva alle symptomene er et uttrykk for. Det kan handle om vonde opplevelser, det kan handle om genetikk, og noen ganger kan det handle om en kombinasjon av begge deler. Men det er nettopp i denne sammenheng det er viktig å ta en nærmere titt på det psykolog Trond Haukedal (2014) kaller for «det glemte karaktertrekket», nærmere bestemt høysensitivitet. Kan det tenkes at

symptomene noen ganger bare kan være et uttrykk for en særlig sensitivitet? Og at en feilaktig AD/HD-diagnose vil kunne virke unødvendig stigmatiserende? Svarene på disse spørsmålene er åpenbare.

**Høysensitivitet** er ingen diagnose. Det er et medfødt karaktertrekk på lik linje med det å være A- eller B-menneske (Møberg, 2013). Jeg tørr allikevel å påstå, at dersom man ikke anerkjenner at dette karaktertrekket er reelt, så vil det å være særlig sensitiv for stimuli og inntrykk, potensielt kunne være langt mer utfordrende enn det å være A- eller B-menneske. Nettopp derfor er det viktig at samfunnet, og spesielt de i samfunnet som til daglig jobber med å møte og behandle mennesker, har kunnskap om høysensitivitet. I møte med barn har vi i Faggruppen for særlig sensitive barn, et ønske om at dette karaktertrekket ikke lenger må glemmes. Vi har et ønske om å løfte det frem, slik at det kan bli en av de første forklaringene man vurderer, før man eventuelt tenker at atferden representerer utfordringer av mer alvorlig karakter. Hvorfor?

### **Kort om «det glemte karaktertrekket»**

**Forskning** på høysensitivitet, eller særlig sensitivitet, har vist at om lag 20 prosent av oss har et nervesystem som er mer mottakelig for stimuli, inntrykk, andres stemninger og stress (Aron, 2003). Samtidig er man mer mottakelig for positive inntrykk og opplevelser. Man har ofte en særlig god evne til omsorg og empati, kreativitet, og analytisk- og filosofisk tenkning. Disse 20 prosentene representerer om lag en million nordmenn. Den store andelen mennesker som er høysensitive tilsier at dette ikke er noe abnormt eller avvikende (Haukedal, 2014). Fordi sensitive mennesker tar inn mer stimuli og prosesserer dette grundigere enn flertallet, kan de bli fortere overstimulert og utmattet. For å få brukt sine sensitive evner, og gjøre det til en styrke, må særlig sensitive mennesker lære seg å finne balanse i hverdagen. Ved å bli kjent med temaet, seg selv, og egne grenser, kan man lære seg å ta pauser og dermed forebygge overstimulering. Således, har faktisk det å få en diagnose noe til felles med det å bli kjent med sin egen sensitivitet; det har en nytteverdi. Kunnskap og innsikt åpner døren til våre indre rom av forståelse og aksept. Gjennom forståelse og aksept kan man bygge selvfølelse. Det er det vi vil for framtidens barn; gi dem troen på seg selv, slik at de utvikler seg til trygge og sterke mennesker. Det er den viktigste kapitalen vi kan bygge.

### **To systemer som kontrollerer atferd:**

For å kunne skille mellom høysensitivitet og atferd tilknyttet diagnoser, kan vi se litt nærmere på en av de vitenskapelige modellene som forklarer sensitivitet. Jeffery Alan Grays biopsykologiske teori om personlighet, går ut på at vi har to systemer som kontrollerer atferd;

### ***Behavioral inhibition system (BIS)* og *Behavioral activation system (BAS)*.**

**BIS** er assosiert med en aktiv høyre hemisfære av hjernen. Mer konkret den tenkende delen av hjernen som ligger i frontal cortex, eller høyre del av pannelappen. BIS, som vi kan kalle «stopp-og-sjekk systemet», er laget for å vurdere situasjonen du er i og sammenligne den med tidligere erfaringer, før man går videre til handlingsdelen (Aron, 2003). Det er denne delen av hjernen man tenker er veldig aktiv hos høysensitive personer. I følge Elaine Aron (2003) har

behovet for å vurdere før handling, sannsynligvis en sammenheng med at høysensitive mennesker har så mye stimuli å prosessere i en situasjon. Barn med mer blodtilstrømning til den høyre siden av hjernen har dermed en større sannsynlighet for å være høysensitiv.

Det andre systemet, **BAS**, kan vi kalle for «kjør-på systemet». Dette systemet er assosiert med aktivitet i venstre hemisfære av frontal cortex, og gjør at vi vil utforske, prøve nye ting og lykkes med de målene vi setter oss.

Alle hjerner har begge systemer, og ettersom de to systemene kontrolleres av forskjellige gener, kan man både like å prøve nye ting, men samtidig være forsiktig og ikke ta for store sjanser. For overlevelse trenger vi begge deler (Aron, 2003).

### **Høysensitivitet og AD/HD:**

Et høysensitivt barn er ekstra oppmerksom på omgivelsene og kan legge merke til små forandringer som mange andre ikke ser ved første øyekast. Man kan da feiltolke dette til å være et problem med å filtrere ut irrelevant informasjon og å bli lett distraheret.

Men sensitive barn er som regel veldig gode på å konsentrere seg, fokusere og tenke konsekvenser, når de er i rolige og kjente omgivelser. Barn med for eksempel AD/HD har et generelt problem med disse ferdighetene i flere forskjellige situasjoner (Aron, 2003). Som tidligere nevnt stilles diagnoser på bakgrunn av gitt antall symptomer, kombinert med symptomenes alvorlighet og varighet (Skjelstad, 2013). Derfor er det lurt å spørre seg i hvilke situasjoner man opplever utfordringer, og ikke minst hva man har gjort i forkant.

Hvis vi samtidig trekker en parallell til de to systemene i hjernen som man tenker at styrer atferd – BIS og BAS, så er høysensitivitet og AD/HD biologiske motsatser: Hos de fleste høysensitive barn er det mer blodtilstrømning til den høyre delen av hjernen, mens hos barn med AD/HD er det mer blodtilstrømning til venstre delen av hjernen. Barn med AD/HD har sannsynligvis veldig aktive «kjør-på systemer», og relativt inaktive «stop-og-sjekk systemer» (Aron, 2003).

### **Høysensitivitet og barneangst:**

Når man har et barn som virker sjenert og tilbakeholden i ulike situasjoner, kan man fortro at dette er et usikkert og engstelig barn. Men hvis vi igjen husker dette med at høysensitive barn har et sterkere «stop-og-sjekk system», der de har behov for å observere og vurdere mer før de handler, så blir reaksjonene med en gang lettere å forstå. Høysensitive barn har en evne til å tenke konsekvenser tidlig. De tar derfor forhåndsregler og er mer forsiktige. Derfor kan de oppfattes som sjenerte og redde, når de klokkelig kun observerer omgivelsene sine.

Høysensitive barn har riktignok en litt større sannsynlighet for å være sjenerte eller engstelige etter at de har vært eksponert for ubehagelige situasjoner. Rett og slett fordi man opplever alt sterkere. Men, ifølge Elaine Aron (2003), er det sensitivitet som er det grunnleggende personlighetstrekket, og ikke engstelse. Fordi, frykt som et grunnleggende personlighetstrekk

aldri ville overlevd evolusjonen. Sensitivitet har i et evolusjonsperspektiv en funksjon. For overlevelse trenger samfunnet en kombinasjon av de mer tilbakeholdene typene som vurderer situasjoner, og de som kjører på og gjennomfører.

Aron (2003) mener at engstelse hos ikke-høysensitive, er et uttrykk for vonde opplevelser, men det kan selvsagt også være en kombinasjon av vonde opplevelser og høysensitivitet.

Ut i fra denne tankegangen er dermed angst noe man ikke er "dømt" til å slite med, angst er ikke medfødt, men det er et uttrykk for en grunnleggende sensitivitet eller dårlige opplevelser.

### **Høysensitivitet og Autismerpekterforstyrrelser (ASF):**

En annen diagnose det har vært knyttet forvirring til er som nevnt forskjellen på barn med Autismerpekterforstyrrelser (ASF) og høysensitive barn. Bakgrunnen er at barn med ASF vanligvis er veldig høysensitive til sensorisk input – som lyd og lys, men de er ikke sensitive til sosiale input, slik høysensitive barn er. I hvert fall ikke på en adaptiv, funksjonell måte (Aron, 2003). Barn med ASF har en avvikende utvikling og fungering innen gjensidig sosial interaksjon med jevnaldrende og andre personer (Oslo Universitetssykehus, 2012). Derfor er barn med ASF veldig forskjellige fra høysensitive barn, som fort klarer å lese andres stemninger og tolke sosiale signaler. Høysensitive barn kan altså vise symptomer som kan minne om en forstyrrelse innen autismerpekteret, men de har ikke problemer med gjensidig sosial interaksjon som er en av de mest karakteristiske utfordringene hos barn med ASF. I arbeid med identifisering og diagnostisering av ASF er man ute etter å identifisere et mønster av vansker, ikke bare enkeltsymptomer (Oslo Universitetssykehus, 2012).

Det foreligger altså både biologiske og atferdsmessige forskjeller på barn som innfrir diagnosekriteriene til de nevnte diagnosene og barn som er høysensitive. Det er ikke dermed sagt at disse barna er noe dårligere enn høysensitive barn. Overhodet ikke. Alle barn har styrker og ressurser. Alle barn har lik verdi, og alle barn fortjener å bli sett og møtt der de er. Det å ha en diagnose definerer ikke hele barnet. Det å være særlig sensitiv definerer ikke hele barnet. Vi må ikke glemme at vi mennesker, barn som voksne, er så mye mer enn en gitt merkelapp. Diagnose, eller «bare» særlig sensitiv. En merkelapp kan si noe om erfaringer, den kan si noe om genetikk, men den gir oss aldri et fulltegnet bilde av et menneske. Skal man lykkes i å hjelpe andre mennesker, tror jeg man må starte hos den det faktisk gjelder. Ved å se hele mennesket og hele bildet. Vi må ha kunnskap, ydmykhet og tålmodighet til å se bakenfor symptomene. Se bakenfor atferden. Vi må spørre; hva er dine styrker? hva er dine gleder? Hva er viktig for deg? Og så må ta tak i disse, og sette dem ut i livet. Hvis man begynner hos den det gjelder, tror jeg man kan veilede mennesker, barn som voksne, til å finne sin egen verdi. Og ved å kjenne sin egen verdi, behøver ikke en diagnose eller en merkelapp å romme hele selvoppfattelsen. Diagnoser og merkelapper kan være retningsgivende hva angår behandling og tilrettelegging, men som min venninne og kollega, Lillian Hansen, ved Åsgård sykehus i Tromsø en gang sa om diagnoser; «de sier ikke noe om et menneskes glede av å danse barbeint i gresset».

## Referanser:

Aron, E (2003). *The highly sensitive child: Helping our children thrive when the world overwhelms them*. London: Thorsons, HarperCollinsPublishers Ltd.

Bronder, K. H. (2010). Innsikt: AD/HD, medisiner og diagnostisering, Hentet 11. mai, 2015 fra Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier – ADHD, autisme, Tourettes syndrom og hypersomniers nettside: <http://innsikt.org/index.asp?id=28461>

Haukedal, T. E. (2014). *Boken om høysensitivitet: veien fra sårbarhet til ressurs*. Fagbokforlaget.

Møberg, S. (2013). Sitert i (Mailiz de Ramecourt, 2013), De sensitive barna, *Glade Barn i barnehagen*, 02/14.

Oslo Universitetssykehus (2012). Identifisering, diagnostisering og oppfølging/behandling av førskolebarn med Autisemespekterforstyrrelser (ASF): En undersøkelse av systemer, rutiner og praksis i Helse Sør-Øst, *Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi*, Helse Sør-Øst, Møklegaard Print Shop AS.

Skjelstad, D. V. (2013). Dimensjonal diagnostikk, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50, 552-558.