



## **EKSAMEN I BV3900**

**KANDIDAT 812**

Traumebevisst omsorg som tilnærming i møte med barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner

## Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING .....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2 Bakgrunn for tema.....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensning .....	3
1.5 Begrepsavklaring og juridiske definisjoner.....	4
1.6 Oppgavens disposisjon .....	5
2 METODE.....	5
2.1 Søkeprosessen .....	6
2.2 Kildekritikk.....	7
3 TEORI .....	8
3.1 Traumebevisst omsorg .....	8
3.1.1 Trygghet.....	8
3.1.2 Relasjon .....	9
3.1.3 Følelsesregulering.....	9
3.2 Vansker som følge av seksuelle overgrep.....	10
3.2.1 Traumebegrepet .....	10
3.2.2 Tilknytningsvansker .....	12
3.2.3 Reguleringsvansker.....	13
4 DRØFT.....	15
4.1 Trygghet.....	15
4.2 Relasjon .....	17
4.3 Regulering.....	18
5 AVSLUTNING .....	20
REFERANSER .....	21

## 1 INNLEDNING

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi ble tidlig i studieløpet forberedt på hvor utfordrende det kom til å være å utdype seg i, lære om og forstå menneskers mest grusomme handlinger overfor barn. Dette gjaldt visst ikke meg. Ingen rettsdommer, historier eller filmer om omsorgssvikt, vold eller overgrep påvirket meg noe mer enn en annen tekst om maktteori eller integreringspolitikk. Jeg tenkte lenge at ingenting kom til å gjøre inntrykk på meg.

Det var helt til siste praksisperiode der jeg ble utplassert på en barneverntjeneste. Den siste uken i utplasseringen fant jeg meg selv sittende ansikt til ansikt med en far som hadde forgrepet seg på sine egne barn over flere år. Dette var barn jeg hadde hatt flere gode samtaler med, formet en relasjon til og kjørt dem til deres nye hjem. Først da forsto jeg hvilket spekter av tanker og følelser de snakket om i de aller første forelesningene første semester. Jeg følte at alle disse følelsene som burde dukket opp sakte, men sikkert gjennom studieløpet ramlet som en bølge av sinne over meg i det møterommet den dagen. Det var altså det som måtte til; et fjes på disse barna, og ikke minst et fjes på den som forgriper seg på dem.

Etter denne erfaringen har jeg undret meg mye over hvordan disse barnas situasjon ser ut i ettertid, og hvilken hjelp de får tilbud om. Da jeg satte spørsmålstegn rundt dette til mine kontaktpersoner i barneverntjenesten, var det ingen som hadde noe konkret svar på dette. Gjennom samtaler med min veileder ved praksisstedet sitter jeg igjen med et inntrykk om at kunnskapen rundt ivaretagelse og behandling av barn som er utsatt for seksuallovbrudd er noe mangelfull. Dette har vekket en stor faglig interesse i meg.

### 1.2 Bakgrunn for tema

Det er vanskelig å finne nøyaktige tall på hvor mange barn som blir utsatt for seksuelle overgrep. Årsaken til dette er at det ofte tar lang tid fra overgrepene tar sted frem til de blir avdekket. Dette grunnes ofte at offeret føler på skyld og skam i etterkant av overgrepene (Søftestad, 2008, s. 29). Som et resultat av Ungdomsundersøkelsen om erfaringer med vold og overgrep (UEVO) presenterer Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

(NKVTS) resultatene fra en kvantitativ undersøkelse om norske ungdommers erfaringer med vold og overgrep i oppveksten (Hafstad & Augusti, 2019, s. 84). Totalt 6% av deltakerne i undersøkelsen rapporterte at de hadde opplevd noen form for seksuelle overgrep fra en voksenperson i løpet av oppveksten. 4% av deltakerne oppga at de hadde opplevd gjentatte hendelser (ibid.). Ifølge Redd Barnas informasjonsside om seksuelle overgrep mot barn, begås seksuelle overgrep mot barn ofte av voksenpersoner barnet har tillit til (Redd barna, u.å.). Jeg stiller meg undrende over hvilke konsekvenser dette kan ha for barnets utvikling og helse, og hvordan jeg som barnevernspedagog kan opptre som en trygg voksenperson i møte med slike situasjoner.

Barnevernlovens formålsparagraf fastslår at «loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse. Loven skal bidra til at barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår» (Barnevernsloven, 2021, § 1-1). Samtidig utgir NKVTS en rapport som avslører at ansatte i behandlingseenheter for barn opplever at de ikke i det hele tatt, eller til dels, får gitt behandlingstilbudet de ønsker til barn og unge som har vært utsatt for overgrep (Holt et al., 2016, s. 15). Dette sett sammen med mine erfaringer fra praksisstedet danner et bilde om en manglende kunnskap rundt nettopp dette temaet.

### 1.3 Problemstilling

Gjennom studieløpet har traumebevisst omsorg gjort seg relevant på tvers av flere emner, og fremstår som en anerkjent tilnærming til traumeutsatte barn på studiestedet og blant foreleserne. Både egne erfaringer i praksisperioden og en spørreundersøkelse fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk tilsier en mangel på kunnskap og kompetanse rundt hvordan man skal behandle et barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep (Holt et al., 2016, s. 15; Sjøftestad, 2018, s. 276). Spørsmålet jeg vil forsøke å besvare gjennom denne oppgaven blir derfor:

**Hvordan kan traumebevisst omsorg benyttes i møte med barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner?**

## 1.4 Avgrensning

I denne oppgaven avgrenses det til å kun omtale fysiske seksuelle overgrep med samme definisjon som er benyttet i UEVO-studien (Hafstad & Augusti, 2019, s. 84). Studien definerte seksuelle overgrep som sådan; «vist deg private deler av kroppen sin, fått deg til å vise private deler av kroppen din, fått deg til å ta på hans eller hennes private kroppsdeler, tatt på dine private kroppsdeler, eller hatt sex med deg (fingret, sugd, slikket eller samleie)?» (Hafstad & Augusti, 2019, s. 84). Dette medfører at oppgaven ikke vil omtale digitale overgrep, som omtales i straffeloven (2005, § 305) om seksuelt krenkende atferd mot barn under 16 år, til tross for at dette også kan oppleves som traumatiserende. Dette innebærer voksne som sender seksualiserte bilder og meldinger til barn under 16 år (NOU, 2022:21, s. 67-68). Årsaken til denne avgrensningen er en mangel på forskning rundt konsekvensene av digitale overgrep, og derfor en mangel på faglig grunnlag for å inkludere dette i diskusjonen.

Den behandlingsformen som et traumeutsatt barn bør motta, avhenger av hva slags traume de har opplevd, dets varighet og barnets reaksjoner på traumet (Borgen et al., 2011, s. 3). Jeg anerkjenner at det i praksisutøvelsen kan tas i bruk ulike former for behandling av traumeutsatte barn, og at noen barn ikke vil ha behov for behandling overhodet (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 22). Det har blitt tatt et valg i denne oppgaven om å kun diskutere traumebevisst omsorg, med bakgrunn i oppgavens begrensede omfang. Dette innebærer en avgrensning til å diskutere de ulike behandlingsmetodene som gjør seg relevant i diskusjonen rundt seksuelle overgrep mot barn.

Oppgaven avgrenser mot å diskutere barneverntjenestens saksbehandlingsgang og akuttarbeid rundt avdekking av seksuelle overgrep mot barn i det hele. Dette innebærer også en avgrensning mot å diskutere saksgangen rundt straffeforfølgning, barneavhør ved Statens Barnehus og helsepersonell sitt ansvar for å sikre bevis gjennom medisinske undersøkelser (Myhre, 2016, s. 177). Dette anses ikke å være tilstrekkelig relevant for å svare på problemstillingen.

Oppgaven vil avgrense til å hovedsakelig omtale de fysiske og psykiske ettervirkningene av seksuelle overgrep i barndommen som har gjort seg gjeldende gjennom studieløpet eller i den utvalgte faglitteraturen. Det anerkjennes at barn kan få flere alternative smerteuttrykk og vansker i ettertid av overgrepene enn de som blir redegjort for videre i oppgaven. Jeg har derimot vurdert det slik hen at det ikke er hensiktsmessig å redegjøre for disse noe

ytterligere på grunn av oppgavens begrensede omfang, og deres relevans for problemstillingen.

### 1.5 Begrepsavklaring og juridiske definisjoner

#### *Seksuelle overgrep mot barn:*

De juridiske definisjonene av seksuelle overgrep mot barn fremgår av straffelovens kapittel 16 om seksuallovbrudd (Straffeloven, 2005). Lovteksten benytter begrepene seksuell omgang eller handling, og seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, jf. §§ 299 til 309 (ibid.).

Definisjonene man ofte finner i sosialfaglig og psykologisk faglitteratur innebærer andre elementer som at «det er en seksuell handling som barnet ikke kan forstå, ikke er modent for og ikke kan gi informert samtykke til», «handlingen krenker barnets integritet», «den voksne utnytter barnets avhengighet eller egen maktposisjon» og «aktiviteten bryter med sosiale tabuer innen familien eller er ulovlig» (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 9).

I UEVO-undersøkelsen som er brukt tidligere i oppgaven som kilde for antall barn som er utsatt for seksuelle overgrep er følgende spørsmål benyttet for å kartlegge andelen utsatte, og dermed definisjoner av seksuelle overgrep mot barn; «vist deg private deler av kroppen sin, fått deg til å vise private deler av kroppen din, fått deg til å ta på hans eller hennes private kroppsdeler, tatt på dine private kroppsdeler, eller hatt sex med deg (fingret, sugd, slikket, samleie)?» (Hafstad & Augusti, 2019, s. 84).

#### *Barn:*

Den juridiske definisjonen på et barn, er ethvert menneske under 18 år finner vi i FNs barnekonvensjon (Barnekonvensjonen, 1989, art. 1). I straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd benyttes derimot ulike aldersgrupper for å definere den straffbare handlingens alvorlighetsgrad. Ordlyden i lovteksten skiller blant annet mellom barn under 18 år (Straffeloven, 2005, § 309), barn mellom 16 og 14 år (Straffeloven, 2005, §§ 302 og 303) og barn under 14 år (Straffeloven, 2005, §§ 299, 300 og 301).

#### *Nære relasjoner:*

Den juridiske definisjonen på nære relasjoner finner vi i straffeloven (2005, § 282). I paragrafen som omhandler mishandling i nære relasjoner defineres begrepet som «nåværende eller tidligere ektefelle eller samboer, nåværende eller tidligere ektefelle eller

samboer, nåværende eller tidligere ektefelles eller samboers slektning i rett nedstigende linje, slektning i rett oppstigende linje, noen i sin husstand, eller noen i sin omsorg» (Straffeloven, 2005, § 282).

Søftestad (2008, s. 52-57) beskriver flere måter relasjonen mellom barn og deres overgriper kan utarte seg. I dette perspektivet fokuserer hun i ytterligere grad på at overgrepene ikke er enkeltstående hendelser som kan avgrenses til et spesielt tidsrom, kontekst og innhold, men at barnet lever i en relasjon som defineres av overgrepene. Med dette perspektivet blir ikke relasjonen definert av det faktum at barnet og overgriper bor under samme tak eller har samme blodslinje, men det faktum at relasjonen i grunn er betydningsfull for barnet (Søftestad, 2008, s. 52).

### 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem kapitler; Innledning, Metode, Teori, Drøfting og Avslutning.

Metode: Kapitlet vil beskrive litteraturstudie som metode slik den er blitt brukt i denne oppgaven. Det blir deretter redegjort for søkeprosessen, inkludert erfaringer under prosessen og kildekritikk.

Teori: Kapitlet redegjør for eksisterende kunnskap på området. I første delkapittel presenteres traumebevisst omsorg som tilnærming til behandling av traumeutsatte barn. Andre del av kapitlet presenterer de ulike vanskene barn som er utsatt for seksuelle overgrep kan oppleve i etterkant av hendelsene.

Drøft: Dette kapitlet vil belyse hvordan traumebevisst omsorg kan brukes i møte med barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner, og stille kritiske spørsmål rundt dette.

Avslutning: Oppgavens siste kapittel vil kort oppsummere tekstens innhold, og gi en konklusjon på oppgavens problemstilling.

## 2 METODE

I denne oppgaven har jeg benyttet litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en oppgave som bygger på teori og data fra eksisterende tekster hentet fra bøker eller andre skriftlige kilder. En oppgave som er basert på en litteraturstudie etablerer altså ikke ny kunnskap, men kan skape et helhetlig svar på problemstillingen ved å samle eksisterende kunnskap rundt temaet (Pettersen, 2008, s. 121).

## 2.1 Søkeprosessen

For å finne relevante fagtekster rundt temaet jeg ønsket å skrive om, ble det benyttet ulike søkemetoder. Først og fremst utforsket jeg hvilke kunnskapskilder jeg hadde fra tidligere emner som kunne gjøre seg relevant gjennom denne oppgaven. Deretter sammenlignet jeg referanselistene fra disse bøkene og artiklene for å skaffe meg et overblikk over hvilke tekster en kan anse som sentrale på dette emnet. For denne oppgaven var det deriblant flere fagbøker der Siri Sjøftestad (2008; 2014; 2018) har medvirket, og artiklene til Howard Bath (2015; 2020) om traumebevisst omsorg. Utvalgte fagtekster har også inkludert anbefalt litteratur som en del av avslutningen, som jeg også har tatt i bruk dersom de ble ansett å være relevant for problemstillingen.

Etter jeg hadde skaffet meg et generelt overblikk over egen forkunnskap, inkludert kjennskap til tidligere pensumkilder, fortsatte søket mer konkret med litteratursøk i oria.no. Tabell 1 viser oppsettet som ble benyttet for å orientere søkeordene som ble benyttet i litteratursøket.

Tabell 1: Oversikt over søkeordene som er benyttet i litteratursøket i oria.no.

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3
<b>Norske søkeord</b>	Traumebevisst omsorg Traumesensitiv tilnærming TBO	Seksuelle overgrep Incest Seksuelt misbruk Seksuell vold Voldtekt	Barn Unge Ungdom Spedbarn
<b>Engelske søkeord</b>	Trauma-informed care TIC	Sexual abuse Sexual trauma Sexual violence Sexual assault Incest Rape	Child* Adolescents Toddlers Infants

I tillegg til å benytte disse søkeordene, gjorde jeg et par begrensninger i søket for å utelukke artiklene som ikke var tilstrekkelig relevante til min problemstilling. Avgrensningene jeg gjorde var følgende: Kun norske og engelske tekster, fagfelleverderte tekster og skrevet/revidert de siste tjue årene.

Underveis i søkeprosessen dukket det opp ulike utfordringer. Først og fremst var antall resultater den mest krevende utfordringen. I det norske søket fikk jeg kun åtte treff, der seks av disse var tidligere bacheloroppgaver. Årsaken til dette var at det ikke var nok treff slik at



jeg kunne avgrense til fagfelleverderte tekster. De resterende to var bøker jeg allerede hadde kjennskap til. Jeg fikk derimot med dette muligheten til å bruke referanselisten til lignende bachelor- og masteroppgaver som inspirasjon til tilgjengelig litteratur.

Når jeg deretter utførte det engelske søket, var utfordringen heller at det var et for stort omfang av treff. Av de 447 treffene, var det få av disse som var tilstrekkelig relevant til min problemstilling, og andre hadde jeg allerede kjennskap til. Det var et klart overtall av fagtekster som omhandlet søskenincest og behandling av barn som utsetter andre barn for overgrep. Traumebevisst omsorg var ikke et dominerende tema i disse tekstene, og de gjorde seg derfor ikke nyttige for min problemstilling. Jeg opplevde at ingen av treffene var nøyaktig det jeg lette etter.

Dette førte at jeg var nødt til å ta et steg tilbake, og undre meg over hva slags artikler jeg egentlig søkte etter. Dette gjorde at jeg innså at det ville være vanskelig å finne forskningsartikler og statistikk som besvarte min problemstilling. Jeg kom frem til at min problemstilling i hovedsak måtte drøftes med grunnlag i teoretisk kunnskap, slik som jeg allerede hadde tilegnet meg. Med denne åpenbaringen tok jeg beslutningen om å utelukke et funn-kapittel, og heller drøfte teorien jeg fant relevant til oppgavens problemstilling.

## 2.2 Kildekritikk

I søket etter relevant litteratur tok jeg et par bevisste valg for å forsikre meg om at kildene jeg tok i bruk var av en viss kvalitet. For det første gjorde jeg avgrensninger i litteratursøket i oria.no. Jeg avgrenset til fagfelleverderte tekster for å forsikre meg om at artikkelen er kvalitetssikret av fagfeltets eksperter før publisering (Svartdal, 2021). Jeg avgrenset også til å kun undersøke fagtekster som var oppdatert de siste 20 årene slik at informasjonen jeg tok i bruk ikke var utdatert. I tillegg til dette undersøkte jeg alltid forfatterne av tekstene jeg tok i bruk. Dette grunner i at jeg ønsket å bruke anerkjente forfattere og teoretikere, både av alminneligheten, men også av studiestedets egne forelesere (Dalland & Trygstad, 2017, s. 153). Jeg opplevde at dette bidro til å kvalitetssikre informasjonen jeg tok i bruk for å belyse min problemstilling.

## 3 TEORI

### 3.1 Traumebevisst omsorg

En traumebevisst tilnærming er basert på kunnskap rundt hvordan traumer påvirker hjernens utvikling, og hvilke særlige behov som reiser seg for traumeutsatte barn (Andersen, 2014, s. 54). Traumebevisst omsorg, videre omtalt som TBO, er en sentral traumebevisst tilnærming til barn som er utsatt for gjentatte traumatiske hendelser. Modellen tydeliggjør at man bør være bevisst på at gjentatte traumer kan ha forårsaket en skjevutvikling i barnets sinn, og at barnet har behov for en omsorg som er tilpasset det faktum (Andersen, 2014, s. 57).

Metoden baserer seg på en forforståelse om at alle kan ha gjennomgått traumer uten at de har uttrykt dette direkte. Ofte forteller ikke traumeutsatte om situasjonene de har stått i på grunn av følelser av skam og skyld, eller en frykt for avdekkingens konsekvenser (Wiener et al., 2021, s. 355). Målet med traumebevisst omsorg er å forbedre forebygging, behandling og konsekvensene av traumet (Fredrickson, 2019, s. 389; Wilson et al., 2013, s. 17).

Traumebevisst omsorg kan utøves av alle barnet har en relasjon til i hverdagen, og utøves med fordel på alle arenaene barnet oppholder seg på slik at alle barnets tillitspersoner forholder seg likt til det traumeutsatte barnet (Søftestad, 2018, s. 87).

Howard Bath (2015, s. 5) fokuserte på tre sentrale pilarer da han utviklet traumebasert omsorg; trygghet, relasjon og følelsesregulering. Disse beskriver hovedoppgavene til det traumeutsatte barnet sine omsorgsgivere, om å skape et miljø preget av heling og forebygging av traumereaksjoner (Bath, 2015, s. 5; Søftestad, 2018, s.88).

#### 3.1.1 Trygghet

Barn som er utsatt for seksuelle overgrep har ofte en grunnleggende følelse av utrygghet, som de bringer videre i nye relasjoner. En trygghetsfølelse danner grunnlaget i et miljø som bidrar til god hverdagslig fungering (Bath, 2015, s. 6). Hva som virker trygt, vil være individuelt for hver enkelt. Det som oppfattes trygt for ett barn, kan oppfattes som en trussel for et annet, for eksempel at soveromsdøren står åpen om natten (Andersen, 2014, s. 59).

Bath (2015, s. 7) understreker at etableringen av trygghet er todelt; samtidig som barnet skal være i fysisk trygghet, må det også ha en følelse av trygghet. Når man har et mål om å gjenopprette trygghetsfølelsen til barnet, anses det som sentralt å ta utgangspunkt i barnets påminnere av traumet. Dersom en evner å identifisere det som trigger barnets stressrespons,

kan en forsøke å unngå dette så langt det gjør seg mulig (Søftestad, 2018, s. 90). Dersom en klarer å gjenopprette barnets følelse av trygghet og kontroll, kan dette redusere følelsen av angst og uro. For å øke følelsen av kontroll kan man arbeide med å gi barnet tilpasset informasjon om hva som skal skje frem i tid, og gi barnet mulighet til medbestemmelse (Jensen & Ormhaug, 2016, s. 30).

### 3.1.2 Relasjon

Følelsen av trygghet avhenger i stor grad av relasjonene man har til de rundt seg. I tillegg til dette avhenger et barns kognitive, emosjonelle, sosiale og fysiske utvikling av tilknytningen til deres trygge relasjoner (Bath, 2020). Når barnet har gjentatte negative opplevelser med personer som i utgangspunktet burde opptrådt som trygge relasjoner, krever behandlingsarbeidet en gjenoppbygging av sosiale relasjoner rundt barnet (Bath, 2015, s. 7). Erfaringer fra praksis og psykoterapiforskning har vist at relasjonen mellom barnet og behandleren spiller en større rolle i barnets bedring enn hvilke behandlingsmetoder som tas i bruk (Asay & Lambert, 1991, s. 33; Andersen, 2014, s. 59). Som etablert tidligere kan barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep få vansker med å føle trygghet og skape relasjon til andre rundt seg. Dette stiller et krav til omsorgspersonen om å hjelpe barnet til å forstå at relasjonen er ufarlig, og at en vil dem godt (Andersen, 2014, s. 60). Barnet må sannsynligvis ha tusen gode erfaringer for å veie opp for de vonde (Søftestad, 2018, s. 88). At barnet har en relasjon de kan falle tilbake til når behovet for støtte og trøst reiser seg er sentralt av flere grunner. Først og fremst har barnet et behov for følelsesmessig støtte, for det andre at de får anerkjent det de har opplevd, og for det siste at de har mulighet til å integrere og bearbeide handlingene de har vært utsatt for (Andersen, 2014, s. 60).

### 3.1.3 Følelsesregulering

Evnen til å regulere egne affekter er sentralt i en god fungering i eget liv og i samspill med andre. Som nevnt tidligere, er utfordringene med å regulere affektens intensitet og varighet den mest signifikante konsekvensen av seksuelle overgrep i ung alder (Søftestad, 2018, s. 61). Når barn ikke evner å håndtere egne følelser og reaksjoner, kan de utvikle andre mestringsstrategier som selvskading, overspising, rusmisbruk og seksuell grenseløshet. Omsorgspersonen sin oppgave vil være å møte barnet på med en empati og forståelse for mestringsstrategiene de bruker, støtte og trygge barnet slik at det ikke har like stort behov

for de uhensiktsmessige mestringsstrategiene, og hjelpe barnet med å håndtere affektene på en sunn måte (Bath, 2015, s. 9).

Traumebevisst omsorg fokuserer på det Bath (2015) kaller «co-regulation», direkte oversatt til samregulering på norsk. Metoden baseres på et perspektiv der det hyper-/hypoaktiverte barnet (se kapittel 3.2.3.1) må behandles på en måte som minner om slik sped- og småbarn som ikke har lært å regulere egne affekter enda (Bath, 2015, s. 10). Dette innebærer å snakke til barnet med en beroligende stemme, støttende ro, en bekreftelse av de følelsene barnet opplever og en invitasjon til refleksjon rundt en problemløsning (Andersen, 2014, s. 62). Barnet vil med dette internalisere omsorgspersonens måte å håndtere overveldende følelser på, og utvikler en evne til selvregulering på egenhånd (Søftestad, 2018, s. 92). Med dette kan barnets smale toleransevindu bli bredere dersom barnet mottar en slik reguleringsstøtte (Søftestad, 2018, s. 84). Arbeidet med samregulering kan fortsette videre langt ut i voksenlivet, og det er aldri for sent å mestre evnen til selvregulering (Andersen, 2014, s. 63).

### 3.2 Vansker som følge av seksuelle overgrep

Dersom en skal diskutere hvordan en kan ta i bruk traumebevisst omsorg for å ivareta barn som er utsatt for seksuelle overgrep, anses det som relevant å danne et generelt kunnskapsgrunnlag rundt hvilke vansker barnet kan oppleve som konsekvens av overgrepene. Fagfolk innen ulike retninger som psykosomatisk forskning, utviklingspsykologi, tilknytningsforskning, nevrobiologi og traumeforskning har ulik forståelse for hvordan barn kan ta skade av krenkelser som seksuelle overgrep. De ulike forståelsene supplerer hverandre, og danner det vi kan kalle en felles traumeforståelse (Søftestad, 2018, s. 77).

#### 3.2.1 Traumebegrepet

Traumebegrepet benyttes ofte om uventede, dramatiske hendelser, som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for individet som opplever situasjonen (Dyregrov, 2010, s. 13). Alle reagerer forskjellig på krisesituasjoner, og til tross for at en hendelse kan være ekstrem og dramatisk, innebærer ikke det nødvendigvis at individet opplever langtidsplager som følge av hendelsen. Ofte kan slike hendelser oppstå uventet, mens noen situasjoner gjentas uten at barnet kan motsette seg dem, deriblant seksuelle overgrep (ibid.). Komplekse traumer defineres som gjentatte traumer over tid, i relasjon til noen individet har tillit til, slik seksuelle overgrep mot barn ofte er (Søftestad, 2008, s. 82; Andersen, 2014, s. 54; Søftestad & Andersen, 2014, s. 33). I tillegg til dette opplever barnet ofte at overgrepene begås av noen

de har en tillitsfull relasjon til (Søftestad, 2018, s. 76). Når en voksenperson som i utgangspunktet skulle beskytte barnet fra fare, blir den samme som utsetter barnet for den, opplever barnet et relasjonstraume (Søftestad, 2018, s. 84). Dette kan føre til at barnet utvikler ulike mentale prosesser for å hjelpe barnet med å tåle de enorme påkjenningene de blir utsatt for (Dyregrov, 2010, s. 15). Dette vil jeg utdype videre i neste delkapittel.

### *3.2.1.1 Posttraumatisk stresslidelse*

I kjølvannet av en traumatisk hendelse kan barnet utvikle en psykiatrisk diagnose kalt posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Dyregrov, 2010, s. 44). For at et barn skal diagnostiseres med PTSD, stilles det kriterier for hendelsen barnet har blitt utsatt for, og deres reaksjoner i kjølvannet av den (Dyb & Stensland, 2016, s. 51). Barnet må ha opplevd alvorlig skade, død eller en trussel om dette, og skal ha reagert med redsel, flukt eller hjelpeløshet i situasjonen. Barnets reaksjoner må i tillegg vare over tid i den grad at deres sosiale og faglige fungering svekkes. Disse reaksjonene preges blant annet av gjenopplevelser, unngåelse av steder, personer eller handlinger, negative endringer i tanke- og følelsesmønster og en endring i barnets fysiologiske respons i form av at kroppen er i en stresstilstand (Dyb & Stensland, 2016, s. 52-53).

Som en følge av dette, viser forskning at barn som er utsatt for traumatiske hendelser, deriblant seksuelle overgrep, er mye mer plaget av angst og depresjon i voksen alder (Thoresen & Myhre, 2016, s. 151). Dette har grunnlag i at barnet blant annet kan kjenne en større grad av sårbarhet i kjølvannet av overgrepene, som innebærer at overgrepene skal gjentas og at andre truende situasjoner kan oppstå uten forvarsel (Dyregrov, 2010, s. 25). Overgrepsutsatte barn kan ofte også føle på skam og skyld over hendelsene. Over tid kan dette føre til et negativt selvbilde og en vedvarende følelse av nedstemthet. Videre kan disse faktorene føre til at barnet utvikler en depresjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 12). Som et forsøk på å få tilbake følelsen av kontroll, ser man at barnet ofte kan utvikle en risikoatferd som preges av blant annet selvskading, spiseforstyrrelser, rusproblematikk og risikofylt seksuell atferd (Søftestad & Andersen, 2014, s. 31).

Barnet kan med dette oppleve dissosiasjon i forbindelse med kroppens stressreaksjoner som en slags overlevelsesstrategi (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 112). Dissosiasjon karakteriseres av en episodisk nedsatt evne til å kontrollere kroppsbevegelser og manglende identitetsbevissthet, umiddelbare sansefornemmelser og integrering av minner (Næss,

2022). Barn som er utsatt for seksuelle overgrep benytter ofte dissosiasjon både bevisst og ubevisst under hendelsen for å unngå ubehaget den gir (Dyregrov, 2010, s. 16). Denne distansen mellom bevisstheden og sanseintrykkene fører til at hjernen handler på automatikk. Typisk for traumatiserte barn kan dette føre til blant annet aggresjon, flukt eller at barnet forsvinner inn i seg selv (Steinkopf, 2014, s. 76). Over tid kan man utvikle en dissosiativ lidelse. Dette karakteriseres ved at barnet ikke lenger er i fare, men fremdeles havner i en dissosiativ tilstand. Dette skjer ofte i sammenheng med at barnet opplever en påminnelse av de traumatiske hendelsene, og at barnets hjerne blir hyperaktivert. (Steinkopf, 2014, s. 75). Tegn på dette er at barnet opplever å ha konsentrasjonsvansker, lærevansker, hull i hukommelsen, og hyppig dagdrømming (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s. 13).

### 3.2.2 Tilknytningsvansker

Tilknytningsteori beskriver hvordan barnets følelsesmessige tilknytning til sin omsorgsgiver har en grunnleggende betydning for dets psykologiske utvikling. John Bowlby er en sentral person i utviklingen av tilknytningsteorien (Holt & Hafstad, 2016, s. 282). Han beskriver foreldrenes nødvendige beskyttelse av barnet som et beskyttende skjold fra farer i omverdenen, der barnet får dekket sitt behov for kjærlighet og trygghet. Relasjonen mellom barnet og omsorgsgiver legger grunnlaget for hvordan barnet kan knytte trygge bånd til andre i fremtiden (Holt & Hafstad, 2016, s. 283). I tillegg til dette er tilknytningen i de tidlige barneårene viktig for å utvikle evnen til mentalisering. Mentalisering beskriver evnen vår til å forstå både våre egne og andres tanker og følelser (Askland & Sataøen, 2019, s. 59). En manglende utvikling av mentaliseringsevnen knyttes til flere alvorlige psykiske lidelser, gjennom en manglende evne til emosjonsregulering og «å miste besinnelsen» (Andersen, 2014, s. 62; Lorentzen, 2019, s. 45). Dette vil jeg utdype videre i neste delkapittel.

Barn som er utsatt for seksuelle overgrep opplever derimot at omsorgsgiveren ikke evner å beskytte dem fra fare, og kan miste tilliten til foreldrene og miljøet rundt seg. Ofte er overgriper og omsorgsgiver samme person, som innebærer en dobbelthet der den som skal beskytte barnet, er den som påfører det skade. Ettersom barnets følelse av tilknytning i de tidlige leveårene sies å være definerende for barnets utvikling, kan dette føre til at barnet utvikler usunne tilknytningsmønstre (Holt & Hafstad, 2016, s. 283). Dette innebærer blant annet at man kan ha vansker med å danne en grunnleggende trygghetsfølelse i senere år, til tross for at man ikke lenger er i en situasjon der overgrepene kan gjentas. Følelser av redsel,

hjelpeløshet og usikkerhet på andres intensjoner kan prege barnets hverdag langt ut i voksenlivet (Hold & Hafstad, 2016, s. 284).

### 3.2.3 Reguleringsvansker

Selvregulering er et sentralt tema for utviklingen under de første leveårene, og krever konstant arbeid gjennom oppveksten. Dette gjelder regulering av følelser, motorikk, sosial atferd og fysiologiske prosesser (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 92). Evnen til å regulere egne affekter er sentralt for å fungere i eget liv og i samspill med andre. Vi har allerede konstatert sammenhengen mellom barnets tilknytning til omsorgsgivere og evnen til mentalisering og regulering (Lorentzen, 2019, s. 45). Ut ifra dette vil den mest signifikante konsekvensen av relasjonelle traumer i barndommen være mangelen på en evne til å regulere affektens intensitet og varighet (Andersen, 2014, s. 61). Dette kan føre til at barnet ikke har noen markant reaksjon i situasjoner som burde tilsi det, men kan overreagere i andre situasjoner (Lorentzen, 2019, s. 45). Man sier at barn med reguleringsvansker har et smalt toleransevindue (Søftestad, 2018, s. 84).

#### 3.2.3.1 Toleransevinduet

Toleransevinduet er en modell som forsøker å illustrere hvordan enhver reagerer på varierende grad av stimuli, og forstå hvorfor barn kan reagere svakt der man forventer en større reaksjon, og overreagere i andre situasjoner (Sjøvold & Furuholmen, 2020, s. 110). Når barnet er mentalt påkoblet sier man at man befinner seg i den optimale aktiveringssonen – altså innen vårt toleransevindue. Det er innad i toleransevinduet barnet er i stand til å være til stede og oppmerksom, konsentrere seg og lære nye ting (Søftestad, 2018, s. 83). Når vi blir overstimulert og stressnivået blir for høyt, øker aktiveringen og barnet beveger seg mot en hyperaktivering (Holt & Hafstad, 2016 s. 289). Dersom en føler at ingenting nytter og avmaktsfølelsen blir overveldende, beveger vi oss under toleransevinduet til en hypoaktivering. Dersom individet blir hyperaktivert vil pulsen være raskere, musklene strammer seg, kroppen kan skjelve og pusten går fortere. Dette skjer ettersom kroppen reagerer med å klargjøre seg for å flykte eller slåss. For andre rundt barnet, kan dette komme til uttrykk som aggresjon, rastløshet og utagering (Søftestad, 2018, s. 84). Dersom barnet opplever en hypoaktivering vil kroppen reagere omvendt; kroppslige funksjoner blir tregere, kroppen faller sammen, barnet føler en nummenhet og det er utfordrende å være mentalt til

stede. Dette kan komme til uttrykk som nedstemthet, passivitet, isolasjon og handlingslammelse (Holt & Hafstad, 2016, s. 290).

Størrelsen på toleransevinduet anses å preges i stor grad av barnets tidlige erfaringer med affektregulering, ofte styrt av barnets omsorgsgiver. Når omsorgsgiver er sensitiv og effektivt ser barnets behov for regulering når det oppstår, vil barnet utvikle evnen til selvregulering slik at affektene samsvarer med situasjonene de står i (Holt & Hafstad, 2016, s. 291). Dersom foreldrene ikke evner å hjelpe barnet med å regulere vanskelige følelser når de havner utenfor sitt toleransevindu, kan de over tid utvikle andre reguleringsmetoder som for eksempel selvskadning (Søftestad, 2018, s. 84).

### *3.2.3.2 Den tredelte hjernen*

En kan si at hjernen former seg etter slik den blir brukt. Hjerneforbindelsene som blir stimulert hyppig styrkes, mens forbindelsene som ikke stimuleres svekkes (Steinkopf, 2014, s. 69). Den tredelte hjernen blir ofte brukt til å forklare traumereaksjoner, og den blir derfor benyttet videre i denne oppgaven (Steinkopf, 2014, s. 69; Søftestad, 2018, s. 79).

Modellen om den tredelte hjernen forsøker å forklare hver del av hjernen sin funksjon når barnet oppfatter en trussel. Hjernen deles her inn i reptilhjernen, det limbiske system og cortex. Reptilhjernen styrer de grunnleggende overlevelsesfunksjonene som puls, pust, næringsopptak og temperaturregulering. Når reptilhjernen mottar signaler om en trussel, gjør den kroppen klar for å slåss eller flykte (Søftestad, 2018, s. 79). Når barnet blir utsatt for en potensiell fare vil amygdala, som en del av det limbiske system, stå for den umiddelbare reaksjonen. Amygdala har gjennom tidligere erfaringer lagret et reaksjonsmønster slik at kroppen har evnen til å reagere raskere i møte med lignende faresituasjoner (Søftestad, 2018, s. 80). Dette innebærer derimot at en påminner av traumet også kan utløse en stressreaksjon som er lik den barnet hadde opplevd i møte med den reelle trusselen (Holt & Hafstad, 2016, s. 285). Dersom et barn blir utsatt for seksuelle overgrep nytter det derimot ikke å flykte eller slåss mot overgriperen. Da kan barnet oppleve en resigneringsreaksjon eller en dissosiasjon. Dette innebærer at nervesystemet deaktiveres; pulsen og pusten synker, og musklene mister styrke. Barnet underkaster seg dermed situasjonen (Søftestad, 2018, s. 81).

Viktigst for å forklare reguleringsvansker er derimot cortex, som er den delen av hjernen som styrer systemene som gir oss evnen til å tenke, ta bevisste beslutninger og lære språk. Cortex



er ikke ferdig utviklet ved fødsel, og disse evnene må læres gjennom oppveksten, fortrinnsvis gjennom stimuli og erfaringer med barnets omsorgsgivere. Det er i denne hjernedelen vi finner systemene for selvforståelse, følelsesregulering, evnen til å integrere hukommelsesbilder og å regulere tilknytningsmønstre gjennom egne relasjoner. Når barnet ikke får denne stimulien, vil evnen til selvregulering, hukommelse, tilknytning og selvforståelse forbli underutviklet (Søftestad, 2018. s. 80).

## 4 DRØFT

Når en har lagt til grunn hvilke vansker som kan oppstå for barn som er utsatt for seksuelle overgrep, kan man diskutere hvordan en bør møte disse barna på best mulig måte. De siste årene har TBO blitt en anerkjent modell i diskusjonen rundt møtet med traumeutsatte barn (Lorentzen, 2020, s. 146). Howard Bath (2015, s. 5) presenterer de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg som en ramme som bør prege møtet med traumeutsatte barn. Jeg vil i det følgende drøfte hvordan traumebevisst omsorg kan benyttes i møtet med barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner. Dette vil jeg gjøre ved å sammenligne TBO sine fokusområder med vanskene som kan oppstå i kjølvannet av seksuelle overgrep. Drøftingen baserer seg på mine egne refleksjoner og erfaringer rundt fagstoffet som er presentert i oppgaven.

### 4.1 Trygghet

Barn med komplekse traumer som omtalt tidligere i oppgaven, innehar ofte en grunnleggende følelse av utrygghet som følge av hendelsene de har blitt utsatt for. Etableringen av en trygghetsfølelse er sentralt, og er den første av de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg. Bath (2015, s. 6) skriver at barnets opplevelse av trygghet er grunnleggende for å kunne starte et bedringsarbeid. Dette innebærer både faktisk trygghet ved at barnet er fysisk fjernet fra den truende situasjonen, og at barnet får en følelse av trygghet.

Jeg har tidligere lagt til grunn at følelsen av trygghet er individuell, og at en må bli kjent med barnet for å kunne avgjøre hva som skaper en trygghetsfølelse i en konkret situasjon. Jeg har tolket det slik hen at dette ofte avhenger av hvilke opplevelser barnet selv har, og at en må tilpasse seg etter dette. En kan se for seg at et barn som har opplevd gjentatte traumatiske hendelser kan ha flere ulike sanseintrykk som påminner dem om hendelsene som har

foregått, som vil trigge en stressreaksjon. Dette betyr at helt alminnelige situasjoner kan virke skremmende og som en trussel for barnet, som igjen bidrar til å forsterke følelsen av utrygghet.

En sentral del av å etablere trygghetsfølelse vil derfor være å skaffe seg et innblikk i hva barnet har opplevd og hva som kan være triggere for det individuelle barnet, for så å kunne avverge situasjoner der barnet kan bli påminnet disse hendelsene (Andersen, 2014, s. 58). Dette innebærer å tilrettelegge spesifikke situasjoner slik at dette ikke oppfattes som en trusselsituasjon for barnet. For eksempel dersom overgrepene foregikk på badet under kveldsstellet, kan man skape trygghet ved at barnet gjør kveldsstellet alene, uten en voksen i rommet. Disse tilpasningene kan bidra til å forhindre angst- og depresjonslidelser med deres tilhørende smerteuttrykk som selvmordsforsøk, selvskading, risikofylt seksuell atferd og rusproblematikk, og i tillegg forhindre en eventuell videreutvikling av posttraumatisk stresslidelse som jeg har lagt til grunn for tidligere i oppgaven.

Barn med en grunnleggende følelse av utrygghet bruker ofte mye tid på å analysere nye mennesker. «Hvem er du, og hva vil du meg?» er tanker som stadig kan dukke opp i hodene til barn som har opplevd at voksenpersoner de har hatt tillit til, har sviktet dem når det gjaldt (Andersen, 2014, s. 59). I møte med utrygge barn kan det være hensiktsmessig å være så åpen og ærlig om ens egne intensjoner og handlinger som mulig, slik at barnet selv føler de har kontroll over situasjonen, og at noen voksenpersoner kan være ærlige. I tillegg til å gjenopprette følelsen av kontroll over eget liv, er det nærliggende å anta at dette kan bidra til å forebygge barnets smerteuttrykk (selvskading, spiseforstyrrelser, rusmisbruk osv.). Dette bunner i et behov for å ha kontroll over visse områder av livet som de opplever har blitt fratatt dem når overgrepene ble utført (Søftestad & Andersen, 2014, s. 31).

En skal derimot ikke undervurdere arbeidet som ligger bak gjenopprettelsen av trygghetsfølelsen for et traumeutsatt barn. En sentral utfordring i utførelsen av traumebevisst omsorg er at barnets utagerende atferd kan trigge en sterk reaksjon i voksenpersonene det omgås med. I møte med et barn som slår, sparker, skriker og reagerer urimelig på et generelt plan, er det en vanskelig oppgave å eksklusivt reagere med empati, omsorg og forståelse. Dersom man derimot ikke evner å reagere i tråd med det en traumebevisst tilnærming forventer, kan dette forverre barnets traumer og i verste fall danne nye. Som nevnt tidligere kan det traumeusatte barnet ofte forvente at voksenpersonene

rundt dem kan svikte dem når det gjelder, og ved å reagere på utagering med enten straff eller en annen form for negativ kontroll, kan de få denne mistanken forsterket (Bath, 2015, s. 7). Søftestad (2018, s. 91) påpeker derimot at ingen barn trenger en perfekt voksen, men de har derimot behov for en voksen som har en genuin og ubetinget kjærlighet til dem. Dette innebærer at den voksne også kan gjøre feil, men at hovedpoenget er at man ber om unnskyldning slik man forventer at barnet skal gjøre. Slik jeg ser det har dette faktum tett relasjon til nettopp det å være en genuin og ærlig voksenperson, slik jeg nevnte over. På denne måten kan en være ærlig på at alle kan gjøre feil, men at det er måten man agerer i etterkant som teller.

#### 4.2 Relasjon

Den andre grunnpilaren i traumebevisst omsorg omhandler å gjenoppbygge sosiale relasjoner. Slik jeg har redegjort for tidligere i oppgaven, kan barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner, utvikle tilknytningsvansker som gjør det vanskelig for barnet å danne gode relasjoner til andre (Broberg et al., 2006, s. 104; Andersen, 2014, s. 154). Slik Søftestad (2018, s. 88) beskriver det, må et traumeutsatt barn oppleve at du vil dem vel tusen ganger for å helbrede det relasjonstraumet som har vært. Slik jeg tolker det, innebærer dette at man for å skape en trygg relasjon til barnet, er man nødt til å opptre empatisk og forståelsesfull i situasjoner der barnet har tidligere erfaringer med avvisning eller trusler.

Utøveren av TBO sin oppgave blir å skape et nytt mønster. I praksis betyr dette at omsorgspersonen er ment til å respondere eksklusivt med omsorg og forståelse, selv i situasjoner der barnet opptrer utagerende. Med kunnskapen om hvilke vansker barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner kan oppleve, kan man anta at barnets omsorgspersoners tålmodighet og forståelse blir satt på prøve (Søftestad, 2018, s. 91). Dette kan anses å være en stor utfordring innen traumebevisst omsorg. Teoretisk sett kan det virke rimelig rett frem å møte traumeutsatte barn med tålmodighet og forståelse. I praksis vil jeg anta at realiteten blir en annen. En kan se for seg en situasjon der barnet opptrer utagerende; skriker, slår deg og smeller i dørene. I slike situasjoner er omsorgspersonen nødt til å ha kontroll over egne affekter for å ikke reagere i samme kraft tilbake, og heller omstille seg til å se bak barnets handlinger (ibid.). Samtidig som teorien bak er god, er det ikke

nødvendigvis realistisk å forvente at enhver i barnets liv har en slik evne til selvkontroll i enhver situasjon.

Flere fagbøker argumenterer for hvor sentralt relasjoner er i livet generelt, og da spesielt for traumeutsatte barn (Andersen, 2014, s. 154; Holt & Hafstad, 2016, s. 282; Lorentzen, 2018, s. 19; Søftestad, 2018, s. 91). Som jeg har lagt til grunn tidligere i oppgaven, kan relasjonen mellom barnet og omsorgspersonen skape grunnlaget for bedring (Bath, 2015, s. 8; Søftestad, 2018, s. 90). Forskning viser at relasjonen mellom barnet og behandleren spiller en større rolle i bedringsarbeidet enn behandlingsmetodene som tas i bruk (Asay & Lambert, 1991, s. 33; Andersen, 2014, s. 59). Man kan derimot argumentere for at når det er snakk om barn med komplekse traumer, vil ikke nødvendigvis en sunn relasjon være tilstrekkelig for å skape tilfredsstillende bedring. Det er nærliggende å anta at barn som har utviklet skader som PTSD og angst- og depresjonslidelser vil ha behov for ytterligere behandling enn det TBO kan tilby (Jensen & Ormhaug, 2016, s. 237). Det anerkjennes derimot at TBO kan være en god tilnærming til det traumeutsatte barnet i omsorgssammenheng (Bath, 2015, s. 5), og at TBO bør ses som en supplerende i tillegg til å motta profesjonell terapibehandling (Andersen, 2014, s. 150).

### 4.3 Regulering

En kan argumentere for at tapet av evnen til affektregulering er den mest signifikante konsekvensen av seksuelle overgrep i nære relasjoner, nettopp av den grunn at det som diskutert overfor påvirker flere andre aspekter i barnets liv (Andersen, 2014, s. 157).

Traumebevisst omsorg sin tilnærming til reguleringsvansker hos traumeutsatte barn er samregulering, som presentert tidligere. Tatt i betraktning at denne innebærer blant annet å snakke til barnet med beroligende stemme, vugge og stryke på dem, kan dette i visse situasjoner havne i konflikt med de opplevelsene barn som er utsatt for seksuelle overgrep sitter inne med. Når man legger til grunn kunnskapen man har om påminnere til traumatiske opplevelser, kan man se for seg at barn med denne typen traumer ikke ville håndtere så godt å bli rørt ved når det allerede er utenfor toleransevinduet sitt (Andersen, 2014, s. 59).

Som diskutert tidligere, er det nærliggende å anta at ikke alle voksenpersoner som er i kontakt med barnet er i stand til å opptre empatisk og forståelsesfull i situasjoner der barnet opptrer urimelig. En vanlig respons til et barn som skriker, slår og smeller i dørene vil være å gi atferden en form for negativ konsekvens, enten «time-out» eller fjerne en gode barnet har,

for eksempel redusere skjermtid (Andersen, 2014, s. 158). Ideen bak dette er at barnet skal få tid til å reflektere over egne handlinger (ibid.). På bakgrunn av teorien rundt den tredelte hjernen og hvordan gjentatte traumer kan påvirke hjernens funksjon, kan man anta at barnet ikke vil ha like stor tilgang til tenkehjernen sammenlignet med et barn som ikke har opplevd gjentatte traumer (Andersen, 2014, s. 158).

I tillegg til dette kan et barn med komplekse traumer oppleve dissosiering når det er utenfor toleransevinduet sitt. Ettersom dette ofte innebærer at barnet ikke husker egne handlinger under utageringen når det «kommer tilbake til seg selv», kan det være nyttig å unngå straff som konsekvens for barnets handlinger når det var utenfor toleransevinduet sitt (Steinkopf, 2014, s. 76). Dette kan oppleves urettferdig dersom de blir straffet for noe de ikke husker å ha gjort. En kan se for seg at barnet får bekreftet tanken om at voksne ikke er til å stole på og at verden er uforutsigbar dersom de opplever å få straff uten grunnlag for det (Andersen, 2014, s. 154). I denne sammenhengen kan TBO anses å ha en god tilnærming til bruk av konsekvenser for barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Slik Andersen (2014, s. 153) presenterer det, bør disse barna heller få konsekvenser som virker reparerende i forhold til skaden barnet har forårsaket. En kan tenke at dette kan bidra til å skaffe barnet en bredere forståelse for egne handlinger, reaksjonsmønstre og legger opp til refleksjon rundt hvorfor denne reaksjonen dukket opp når den gjorde.

På den andre siden har nettopp dette fokuset på hjernen og dens påståtte påvirkning på det traumeutsatte barnets evne til selvregulering blitt kritisert av blant annet Per Lorentzen (2020, s. 154). Lorentzen (2020, s. 158) påpeker at hjerneforskningen TBO baserer seg på er forenklet, og at sammenhengen mellom seksuelle overgrep og hjerneendringer er uavklart. I tillegg til dette, er det kritikkverdig hvordan nevrobiologi blir benyttet til å forklare psykologiske prosesser som hukommelse, tenking og følelser (Lorentzen, 2020, s. 159). Med bakgrunn i dette perspektivet kan man argumentere for at man heller bør legge fokus på å bli kjent med barnets psykologiske prosesser, behov og deres historie. På denne måten kan man, i lik grad som med hjerneperspektivet, lære barnet å kjenne, kunne forutse når barnet vil utagere og hvordan barnet ønsker å møtes dersom dette skjer. Som nevnt tidligere, er det ikke nødvendigvis slik at alle traumeutsatte barn kan møtes på samme måte for å lære selvregulering.

I tillegg til dette kan man tolke reguleringsperspektivet av TBO som at omsorgspersonen ikke skal kunne reagere intuitivt i situasjoner der barnet utagerer. I tråd med det Lorentzen (2020, s. 154) påpeker, kan en se for seg at dette kan havne i konflikt med den ærligheten og genuiniteten jeg argumenterte for at burde være til stede for å skape trygghet og en relasjon til det traumeutsatte barnet. Samtidig som en kan kritisere den nevrobiologiske kunnskapen TBO i noen grad er basert på, anerkjenner jeg fremdeles dens viktighet på feltet. En tilpasset og reflektert bruk av hjerneforskning kan bidra til at voksenpersonene rundt det traumeutsatte barnet kan møte dets atferd og behov på en god og hensiktsmessig måte. I tillegg kan det forenklete bildet av traumers påvirkning på hjernen også bidra til at barnet selv har mulighet til å tilegne seg en ytterligere forståelse over egen fungering.

## 5 AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse følgende problemstilling; «*Hvordan kan man ta i bruk traumebevisst omsorg for å ivareta barn som er utsatt for seksuelle overgrep i nære relasjoner?*». Jeg har benyttet relevant faglitteratur for å danne et kunnskapsgrunnlag rundt traumebevisst omsorg og hvilke vansker barn kan oppleve etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. På bakgrunn av denne kunnskapen har jeg diskutert hvordan TBO både er hensiktsmessig i møtet med disse barna på noen områder, og mindre hensiktsmessig i andre perspektiver. Til tross for at TBO er utviklet med den hensikt å hjelpe barn med komplekse traumer, har jeg gjennom oppgaven stilt meg kritisk til hvordan dette kan overføres til barn som er utsatt for seksuelle overgrep av nære relasjoner. På et generelt nivå kan man derimot slik som Andersen (2014, s. 57) presenterer TBO, anse tilnærmingen som hensiktsmessig for ethvert barn sin utvikling, enten de har vært utsatt for traumatiske hendelser eller ikke.

I tillegg til dette er det nærliggende anta at TBO kan gi det utsatte barnet et håp om at det er mulig å oppleve en bedring, og at barnet er verdt å elske. Ved hjelp av TBO kan barnet få muligheten til å oppleve at det ikke er ødelagt eller skadet etter overgrepene (Søftestad, 2014, s. 117). TBO bidrar til å anerkjenne hendelsene barnet har vært utsatt for, som de kan ha behov for. Derimot anses ikke TBO å være et tilstrekkelig helhetlig tilbud for barn som er utsatt for denne typen traumer, og at TBO må ses som en supplering til mer konkrete behandlingsmetoder, som for eksempel samtaleterapi (Jensen & Ormhaug, 2016, s. 237).

## REFERANSER

- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Søftestad & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 54-67). Universitetsforlaget.
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst omsorg i hjemmet: utfordringer og muligheter. I S. Søftestad & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 149-161). Universitetsforlaget.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.). *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 23-55). American Psychological Association.
- Askland, L. & Sataøen, S. O. (2019) *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* (4. utg.). Gyldendal.
- Barnekonvensjonen. (1989). Konvensjon om barnets rettigheter (20-11-1989). Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL\\_8#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8)
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*, 24(4), 5-11.
- Bath, H. (2020, 8. oktober). *Relasjonelle traumer: relasjonell heling*. RVTS sør.  
<https://rvtssor.no/aktuelt/345/relasjonelle-traumer-relasjonell-heling/>
- Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G., Jensen, T., Langballe, Å., Myhre, M., Nikolaisen, J. & Øverlien, C. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge; Kunnskapsstatus 2011*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/seksuelleogfysiskeovergrepmotbarn\\_kunnskapsstatus\\_revidert2011.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/seksuelleogfysiskeovergrepmotbarn_kunnskapsstatus_revidert2011.pdf)
- Broberg, A., Almquist, K. & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnpsykologi*. Fagbokforlaget
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (8. utg., s. 149-165). Gyldendal.

- Dyb, G. & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 44-62). Universitetsforlaget.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Fredrickson, Renee. (2019). Trauma-Informed Care for Infant and Early Childhood Abuse. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 28(4), 389-406.  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10926771.2019.1601143?needAccess=true>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (NKVTS rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
- Holt, T. & Hafstad, G. S. (2016). Barn og traumer: et utviklingspsykologisk perspektiv. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 281-295). Universitetsforlaget.
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H. & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: en nasjonal kartleggingsundersøkelse* (NKVTS rapport nr. 6/2016). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport\\_6\\_2016\\_Nett.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport_6_2016_Nett.pdf)
- Jensen, T. K. & Ormhaug, S. M. (2016). Tidlig intervensjon og forebygging av traumerelaterte vansker og post-traumatisk stress hos barn og unge. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 23-44). Universitetsforlaget.
- Lorentzen, P. (2018). Relasjon – som noe allmenmenneskelig. I P. Lorentzen, M. Pettersen & P. Myhrer-Næss (Red.), *Samværets praksis: bidrag til en relasjonell tilnærming i miljøterapi* (s. 19-35). Universitetsforlaget.



- Lorentzen, P. (2019). *Mentalisering og barnevernet: en kritisk drøfting*. Universitetsforlaget.
- Lorentzen, P. (2020). Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden. *Norges barnevern*, 97(2), 146-161. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2020-02-06>
- Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 169-182). Universitetsforlaget.
- NOU 2022: 21. (2022). *Strafferettslig vern av den seksuelle selvbestemmelsesretten - Forslag til reform av straffeloven kapittel 26: Straffelovrådets tredje utredning*. Justis- og beredskapsdepartementet: Straffelovrådet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-21/id2951792/>
- Næss, E. T. (2022, 20. juni). Dissosiativ lidelse. I *Store norske leksikon*.  
[https://sml.snø.no/dissosiativ\\_lidelse](https://sml.snø.no/dissosiativ_lidelse)
- Pettersen, R. C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC: veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Universitetsforlaget.
- Redd barna. (u.å.). *Seksuelle overgrep mot barn*. Hentet 22. mars 2023 fra [https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-norge/vold-og-overgrep/seksuelle-overgrep-mot-barn/?gclid=CjwKCAjwzuggBhAcEiwAdj5dRi6CG0SoMnbT-UVcCEwqtWXw-XkIXmSJq4bTQFe1daBYjKoipxipqRoCinEQAvD\\_BwE](https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-norge/vold-og-overgrep/seksuelle-overgrep-mot-barn/?gclid=CjwKCAjwzuggBhAcEiwAdj5dRi6CG0SoMnbT-UVcCEwqtWXw-XkIXmSJq4bTQFe1daBYjKoipxipqRoCinEQAvD_BwE)
- Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme: sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Steinkopf, H. (2014). Hjernen bak det hele. I S. Søftestad & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 68-84). Universitetsforlaget.
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* ( LOV-2005-05-20-28). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=strl>

Svartdal, F. (2021, 10. januar). Fagfelle vurdering. I *Store norske leksikon*.

<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Søftestad, S. (2008). *Avdekking av seksuelle overgrep: veier ut av fortielsen*.

Universitetsforlaget.

Søftestad, S. & Andersen, I. L. (2014). Seksuelle overgrep mot barn. I S. Søftestad & I. L.

Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 23-37).

Universitetsforlaget

Søftestad, S. (2014). Traumene smitter: forståelse og ivaretagelse av fagfolk ved vikarierende

traumatisering. I S. Søftestad & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn:*

*traumebevisst tilnærming* (s. 117-131). Universitetsforlaget

Søftestad, S. (2018). *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*.

Universitetsforlaget.

Thoresen, S. & Myhre, M. C. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et

livsløpsperspektiv. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (Red.), *Barn, vold og*

*traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 150-166). Universitetsforlaget.

Wiener, S. J., Fitzgerald, S. & Einhorn, H. (2021). A trauma-informed guide to caring for

adolescents following sexual assault. *Current Opinion in Pediatrics*, 33(4), 354–360.

Wilson, C., Pence, D. M. & Conradi, L. (2013). Trauma-informed care. *Encyclopedia of social*

*work*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>