



---

# **TRAUMEBEVISST OMSORG**

---

i møte med barn utsatt for vedvarende omsorgssvikt



**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultetet for samfunnsvitenskap**

**Bachelor i barnevern, våren 2017**

Kandidatnummer: 161

Eksamenskode: BVUH3900

Antall ord: 9897

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	<b>2</b>
Bakgrunn .....	2
Avgrensning.....	3
Disposisjon.....	4
<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
Traumeforståelse .....	4
Utviklingstraumer .....	5
Traumebevisst omsorg .....	7
Trygghet.....	8
Relasjon.....	9
Følelsesregulering .....	10
Den tredelte hjernen .....	12
Tilknytningsteori.....	13
Toleransevinduet.....	15
<b>Refleksjoner</b> .....	<b>16</b>
Omsorgspersonen & omsorgsutøvelse .....	16
Tidsperspektivet.....	18
Barnets behov .....	19
TBO - en tilnærming tilpasset for voksne og barn .....	20
Barnets nettverk.....	21
Barnets utviklingsmuligheter.....	22
Barnets alder .....	23
Omsorg på institusjon .....	24
<b>Avslutning</b> .....	<b>25</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>30</b>
Selvvalgt pensum emne 3.4 Verksted for fordypning.....	30
<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>31</b>
Selvvalgt pensum emne 3.5 Bacheloroppgaven.....	31

## **Innledning**

### **Bakgrunn**

Skremmende og alvorlige hendelser i barndommen kan sette dype spor i et lite uskyldig barn. Omsorgssvikt fra en nær tillitsperson kan gjøre at barnet opplever et relasjonsbrudd som kan være potensielt traumatiserende, det blir en skade skjedd i relasjon. Et traume kan oppstå som konsekvens av å leve i en tilværelse som oppleves som utrygg. Innenfor barnevernfeltet kommer jeg som snart ferdig barnevernspedagog til å møte mange barn og unge som har opplevd vonde opplevelser i nære relasjoner. Hvordan kan jeg hjelpe disse barna?

Når barn utsettes for skremmende hendelser av dem som skal være deres nærmeste omsorgspersoner kan det føre til at barnet utvikler forskjellige smerteuttrykk for å vise at noe er galt. Mange av disse barna kan bli beskrevet som vanskelige og umulige, når de egentlig trenger å bli forstått, tatt vare på og møtt med kjærlighet. Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ([www.rvtsost.no](http://www.rvtsost.no)) skriver at vedvarende påkjenninger som vold og omsorgssvikt fra tidlig barndom ofte omtales som komplekse traumer eller utviklingstraumer. De sier også at disse barna ofte trenger spesielt tilrettelagt omsorg og behandling av hjelpere med traumespesifikk kompetanse. Som barnevernspedagog ønsker jeg å besitte noe av denne kompetansen og fordype meg i hva barn som har vært utsatt for omsorgssvikt trenger av omsorg.

Som snart ferdigutdannet barnevernspedagog vil jeg være bundet til FOs yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere (2015). En av de verdier som er skrevet som et felles etisk grunnlag for yrkesutøverne omhandler omsorg og nestekjærlighet. Der står det at jeg som barnevernspedagog har et særskilt ansvar for å bistå de som selv ikke kan ivareta sine egne behov og interesser. Jeg skal møte disse individene med nestekjærlighet og vise dem omsorg ved å identifisere og møte deres udekkede behov på en måte som ivaretar den andres verdier og ressurser (ibid., 6).

Amble & Dahl-Johansen (2016, 25) skriver at barn som har opplevd komplekse traumer som regel havner innenfor barnevernet siden psykisk helsevern ofte vurderer barnets symptombylle som utilgjengelige for behandling. Dette utsagnet viser at jeg som barnevernspedagog vil møte mange barn som strever med livet på grunn av de erfaringer de har med seg fra oppveksten. For å kunne hjelpe disse barna som barnevernspedagog på ulike

arenaer mener jeg at det trengs kompetanse om hva utviklingstraumer gjør med et barn for å kunne forstå deres tilværelse.

Traumebevisst omsorg er et tema som har vekket min interesse siden jeg først hørte om det. Jeg ble nysgjerrig på hva begrepet omhandler og om jeg kan få bruk for det i mitt yrkesliv. Temaet har i senere år blitt mer og mer aktuelt i barnevernfeltet og jeg opplever at det er på vei inn som en grunnleggende forståelse både i barnevernsinstitusjoner og fosterhjem. RVTS har på senere tid satset på å øke kompetansen knyttet til individer med traumatiske erfaringer, noe som kan tyde på at det finnes et behov for økt traumeforståelse i hjelpearbeidet med dem. Røkenes & Hanssen (2012, 27) skriver at det i hjelpearbeid er viktig å skape en god og trygg relasjon for å handle hensiktsmessig overfor den andre. Kan det være slik at traumebevisst omsorg er en relasjonell tilnærming som kan helbrede skader skjedd i relasjon?

Mitt tema for denne oppgaven blir derfor traumebevisst omsorg, og ut fra dette har jeg formulert min problemstilling:

*På hvilken måte kan traumebevisst omsorg (TBO) være en egnet tilnærming for barn som har opplevd vedvarende omsorgssvikt?*

For å definere omsorgssvikt velger jeg å støtte meg til følgende definisjon:

“Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare.” (Kempe 2009 i Sjøvold & Furuholmen 2015, 62). Denne bruken av begrepet gjør at det omhandler både vanskjøtsel, vold og overgrep (ibid.).

Ved å utforske min problemstilling ønsker jeg å se nærmere på de tre pilarene som TBO omhandler og den kunnskapen som forståelsesrammen bygger på. For å beskrive barn som har opplevd vedvarende omsorgssvikt vil jeg bruke teori om traumer og utviklingstraumer.

### **Avgrensning**

TBO har som utgangspunkt at alle voksne som er sammen med traumatiserte barn kan bidra i barnas tilfrisknings- og utviklingsprosesser. Min oppgave vil i hovedsak ha sitt fokus på barnets omsorgsbasis og de omsorgspersonene som skal ta vare på barnet. Siden oppgaven omhandler barn som har opplevd omsorgssvikt har de fleste blitt traumatisert av personer i sin nærhet, mange innenfor sin biologiske familie. Når det avdekkes at barnet lever under

omsorgssvikt vil barnet i flere tilfeller flytte fra sine biologiske foreldre og få omsorg i fosterhjem eller på institusjon jf. bvl §§4-12, 4-14. Med det som utgangspunkt ser jeg for meg at de barna jeg snakker om i oppgaven har blitt utsatt for omsorgssvikt av slik karakter at det oppfyller kravene i bvl §4-12, og får omsorg av fosterforeldre eller miljøterapeuter på en institusjon.

## **Disposisjon**

Jeg vil starte min oppgave med en generell presentasjon av hva et traume kan være for å så gå videre inn på utviklingstraumer. Her vil jeg utdype hva et utviklingstraume innebærer og hvilke konsekvenser det kan ha for et barn. Jeg kommer til å presentere de reguleringsvansker som har blitt identifisert som felles reaksjonsmønstre hos barn med utviklingstraumer. Videre vil jeg fremstille forståelsesrammen TBO og de tre pilarene som denne bygger på. I siste del av teorikapitlet presenterer jeg det kunnskapsgrunnlag som TBO bygger på: den tredelte hjernen, tilknytningsteori og toleransevinduet.

I drøftingsdelen kommer jeg til å fordype meg i hva TBO kan gjøre for barnet og dets omsorgspersoner. I denne delen av oppgaven vil jeg sammenligne TBO med andre tilnærminger og teorier, og se på fordeler og utfordringer ved å bruke tilnærmingen. I lys av min problemstilling vil jeg se nærmere på både omsorgspersonen og barnet. Jeg vil diskutere omsorgspersonens ansvar og omsorgsutøvelse overfor barnet, tidsperspektivet og barnets behov. Videre ønsker jeg å drøfte hvordan TBO blir fremstilt og tilnærmingens ordbruk for å så gå inn på barnets nettverk, utviklingsmuligheter og alder. I siste del kommer jeg til å se på omsorg på institusjon.

## **Teori**

### **Traumeforståelse**

Jensen (2007, 295) forklarer begrepet traume som én eller flere hendelser som kjennetegnes ved at de medfører en alvorlig trussel mot eget eller andres liv. Hendelsen innebærer også at personen blir betydelig emosjonelt påvirket av redsel eller en følelse av hjelpeløshet. Hun henviser til DSM-IV (APA, 1994) sin definisjon av en traumatisk hendelse som er når en person "opplever, er vitne til, eller er konfrontert med en eller flere hendelser som involverer død eller trussel om død, alvorlige skade, eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet og personen reagerer med intense følelser av frykt, skrekk eller hjelpeløshet." (ibid. 2007, 295).

Broberg, Almqvist & Tjus (2006, 160) fremhever at symptombildene ser ut til å bli forskjellig hos barn som har blitt utsatt for enkeltstående traumatiske hendelser og hos de som har opplevd gjentatte traumatiske hendelser. De skiller også på de tilfellene hvor det er en nær omsorgsperson som påført barnet de traumatiske erfaringene og de hvor personen ikke har noen betydning for barnet. Jensen (2007, 306) skriver at det i litteraturen er vanlig at traumer blir inndelt i to kategorier, traume type I og II. Traume type I henviser til enkelthendelser mens type II omhandler en serie traumatiske hendelser. Hun sier videre at denne kategoriseringen oppleves som nyttig siden barna kan ha forskjellige hjelpebehov ut fra hvilken type traume det dreier seg om.

### **Utviklingstraumer**

Utviklingstraumer er et begrep som omhandler barn som i tidlig alder har blitt utsatt for omsorgssvikt og de konsekvensene det har for barnets utvikling og helse på kort og lang sikt. (Sjøvold & Furuholmen 2015, 99). De stressbelastningene som har vist seg å være mest skadelige for mennesker er de som påføres i tidlig levealder, varer over lang tid og skjer i omsorgsbasen (Braarud & Nordanger 2011 i Sjøvold & Furuholmen 2015, 99). Forfatterne beskriver utviklingstraumer som et tilstandsbilde som fører til omfattende reguleringsvansker på ulike områder, og som har alvorlige konsekvenser for barnets utvikling og psykiske helse. Cook et. al. (2005 i Jensen & Ormhaug 2016, 240) sier at store reguleringsvansker kan innebære at barnet strever med å styre følelser, atferd og biologiske funksjoner, de kan dissosiere, ha svært negative oppfatninger om seg selv og ha problemer med å knytte seg til nye omsorgspersoner. Når barnet over tid opplever belastende eller skremmende hendelser i familien uten å få reguleringsstøtte og følelsesmessig omsorg fra sine omsorgspersoner, utsettes det for kronisk stress som kan føre til traumatisering. (Sjøvold & Furuholmen 2015, 99).

Amble & Dahl-Johansen (2016, 24) omtaler også utviklingstraumer og mener at begrepet poengterer at traumene har blitt påført barnet i tidlig levealder. Videre bruker de begrepet komplekse traumer for å beskrive de samme stressbelastningene som Sjøvold & Furuholmen. For å konkretisere komplekse traumer fremmer de eksempler som gjentatte eller vedvarende barndomsopplevelser av vanskjøtsel, mishandling eller seksuelt, fysisk og emosjonelt misbruk i hjemmet, hyppige separasjoner eller vold mellom omsorgspersoner. Dette støtter også Nordanger mfl. (2011) når de beskriver kompleks traumatisering som et samlebegrep for å bli skadelidende etter mangfoldige eller varige mellommenneskelige traumatiske erfaringer.

Broberg, Almqvist & Tjus (2006, 161) formidler at virkningene på barnets psykiske helse og utvikling blir alvorligere og av en annen karakter når barnet må knytte seg til de samme omsorgspersonene som påfører dem stressbelastningene eller ikke klarer å beskytte dem, enn om personen ikke har en signifikant rolle i barnets liv. For å beskrive barn som står i fare for forstyrret utvikling på grunn av svikt i omsorgspersonenes omsorgskompetanse bruker de formuleringen “barn som har det vondt”.

Det er vanskelig å identifisere presise reaksjonsmønstre for barn med utviklingstraumer (Sjøvold & Furuholmen 2015, 100). Forskning på området har vist at funksjonsvansker forbundet med kompleks traumatisering kan kategoriseres som dysfunksjonell regulering på tre ulike områder:

- Regulering av affekt og kroppslige tilstander

Barnet skifter raskt mellom intense følelsesuttrykk og har utfordringer med å roe seg ned. Evnen til å vise ulike følelser er svekket og barnet kan fremstå som vedvarende tilbaketrukket. Barnet er samtidig følsom for affektive stimuli og hypersensitiv for lyder og berøring. Andre typiske tilstander kan være forstyrret eller forsinket motorisk utvikling, manglende bevissthet og språk for følelser og kroppslige tilstander, utfordringer med å tilpasse seg rutineendringer og liten innsikt i hvordan miljøet rundt påvirker en. Søvnforstyrrelser og spise -og fordøyelsesproblemer kan også oppstå.

- Regulering av oppmerksomhet og atferd

Barnet har utfordringer med fokusert oppmerksomhet og konsentrasjonen om en aktivitet over tid. Oppmerksomhetsfokuset er innsnevret og trusselorientert og barnet kan ofte fremstå som impulsivt og årvåkent. Sosiale signaler og kontekst blir lett mistolket av barnet og det opplever sosial utrygghet og mistillit til andre og deres intensjoner. Evnen til selvbeskyttelse og konsekvensanalyse er svekket og kan komme til uttrykk gjennom bl.a. ukritisk kontaktsøking og selvskading.

- Sosioemosjonell regulering

En følelse av å være verdiløs og ha liten tillit til seg selv preger ofte barnet, noe som kan komplisere forholdet til andre. Utfordringer ved å inngå relasjoner med andre og separasjonsangst kan være uttrykk for barnets behov om å sikre seg oppmerksomhet fra omsorgspersonene. Barnet kan være i konstant beredskap på avvisning og vise sterke uttrykk

både på atskillelse og gjenforening. Barnets strategier for kontaktetablering kan ofte oppfattes som upassende og derfor kan deltakelse i lek bli en utfordring. Det er også vanlig at barnet er svært opptatt av omsorgspersoners velbefinnende samtidig som barnet kan vise vansker med å ta andres perspektiver (Sjøvold & Furuholmen 2015, 100-101; Nordanger mfl. 2011).

Både Sjøvold & Furuholmen (2015, 100) og Amble & Dahl-Johansen (2016, 24) belyser utviklingstraumer ut fra et diagnoseperspektiv. Utviklingstraumer har blitt foreslått som en egen diagnose på grunnlag av at barn med slike erfaringer ofte får andre diagnoser basert på de symptomene de viser. Dermed finnes det i liten grad en betegnelse for å fange opp barn med disse symptombildene (Sjøvold & Furuholmen 2015, 100). Amble & Dahl-Johansen henviser til en artikkel som er skrevet av The National Child Traumatic Stress Network (2003) som fokuserer på at komplekse traumer er et samfunnsproblem som kan fortjene en psykiatrisk diagnose, for å kunne øke forståelsen for fenomenet og tilby hensiktsmessig hjelp.

### **Traumebevisst omsorg**

Traumebevisst omsorg (TBO) fremstilles som en verdiforankret tilnærming til barn som har opplevd krenkelser og psykologiske traumer. Tilnærmingen baseres på hvordan disse opplevelsene påvirker barns utvikling og fungering. Slike utviklingstraumer har i varierende grad innvirkning på barnets biologiske, emosjonelle, sosiale og kognitive utvikling, sett i sammenheng med alvorlighetsgrad, tidspunkt for hendelsen/hendelsene, varighet og hvilken type krenkelse/psykologisk traume barnet blir utsatt for (Jørgensen & Steinkopf 2013, 1).

TBO viser til kunnskapen om hvordan hjernen påvirkes av traumatiske hendelser og hvilke lang -og kortsiktige konsekvenser det kan føre med seg. Vanlig god omsorg klarer ikke å tilfredsstille traumatiserte barns behov med tanke på hva de har opplevd tidligere. Det blir derfor nødvendig at barnets opplevelser får ligge til grunn for den omsorgen som gis og at det tas hensyn til hva barnet ikke har fått av omsorg tidligere (Hagen 2016, 28).

Traumebevisst omsorg kommer av det engelske ordet trauma-informed care. Psykologen Sandra Bloom var den som først brukte begrepet. Hun mente på at hjelpere må endre sin tenkemåte fra å stille spørsmål som “hva er galt med deg?” til “hva har skjedd med deg?” (Bloom & Sreedhar 2008, 50).



Amble & Dahl-Johansen (2016,69) beskriver TBO som et hus som skal bygges rundt barnet og omsorgspersonene. Huset holdes oppe av tre grunnpilarer; trygghet, relasjon og følelsesregulering, og disse skal hjelpe barnet i tilfriskningsprosessen. De formidler videre at huset, som symboliserer forståelsesrammen, må bygges først for å så sette inn interiøret i form av holdninger og fremgangsmåter.

### **Trygghet**

“Trygghet er grunnfjellet i vår eksistens, og en forutsetning for å kunne fungere i hverdagen.” (Andersen 2014, 59) Barn med utviklingstraumer trenger å oppleve trygghet for å kunne skape ro når nervesystemet er hypersensitivt og toleransevinduet smalt (Amble & Dahl-Johansen 2016, 69). Dette fremhever også Jørgensen & Steinkopf (2013, 4) når de formidler en forståelse av begrepet trygghet som “opplevd trygghet”, noe som ikke er det samme som fysisk trygghet. Barnets opplevelse av å føle seg trygg kobler de sammen med hjernens alarmfunksjon som ved “opplevd trygghet” ikke blir aktivert, og barnet forblir innenfor sitt toleransevindu.

Andersen (2014, 58) skriver at traumatiserte mennesker ofte utvikler en grunnleggende utrygghet. Deres livserfaringer hvor de har blitt sviktet og krenket i nære relasjoner har skapt en opplevelse av at verden er utrygg. Denne forståelsen tar barnet med seg inn i nye relasjoner og legger dermed mye tid på å “scanne” alle som de møter for å kunne skape seg en oppfatning av personen (ibid.).

Videre stiller Andersen (2014, 59) spørsmål ved hva trygghet er og hva som kan defineres som trygt nok for et barn som har opplevd uforutsigbare relasjoner til andre mennesker. Hun forbinder begrepet trygghet med en opplevelse av å ha kontroll og hevder at det så langt som mulig er viktig å gi barnet en opplevelse av å ha kontroll over sitt eget liv. Hva som kan forstås som trygt nok mener Andersen i høy grad er et individuelt spørsmål og at omsorgspersonene sammen med barnet bør utforske hva hvert enkelt barn har behov for. Her trekker hun inn at barnet selv må føle seg trygg og støtter seg til Baths (2008a i Andersen 2014, 59) begrep om følt trygghet. Dette begrepet tolker jeg som det samme som Jørgensen & Steinkopf omtaler som opplevd trygghet.

I møte med traumatiserte barn skriver Andersen (2014, 59) at den voksne må ha innsikt i at det er barnet som definerer hva som er trygt nok. Hun poengterer i den forbindelsen at det

dermed ikke er nok at den voksne oppfatter situasjonen som forsvarlig og trygg nok. Med denne innsikten som utgangspunkt skriver hun at den voksne får hjelp til å bevege seg inn i universet til den enkelte. Ved å ha kjennskap til hva barnet har opplevd kan barnets omsorgspersoner også redusere graden av utrygghet gjennom å lage strategier for å unngå handlinger som kan påminne barnet om de traumatiske opplevelsene (ibid.).

Thelle (2016, 105) fremhever at en viss grad av trygghet og stabilitet er grunnlaget for individuell læring og utvikling. Dette understreker også Braarud & Nordanger (2011) når de skriver om barn som er utsatt for komplekse traumer. De hevder at disse barna først og fremst trenger trygghet og stabilitet og at et primært fokus på å redusere traumatiske minner ikke vil være relevant.

### **Relasjon**

Opplevd trygghet har tett sammenheng med husets andre pilar, relasjon. Røkenes & Hanssen (2012, 27) skriver at en relasjon ikke oppstår av seg selv. De beskriver en god relasjon som et resultat av en samhandlingsprosess mellom bruker og fagperson, som bygger på tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Barn med utviklingstraumer har ofte en forståelse av at voksne er forbundet med vonde følelser, noe som gjør at de møter nye voksne med stor skepsis (Amble & Dahl-Johansen 2016, 69). En miljøterapeut, som fungerer som en omsorgsperson, mener Larsen (2015, 43) må kunne tilby relasjoner basert på kontinuitet, stabilitet og tillit til tross for den forvirringen som kommer til uttrykk gjennom barnets reaksjoner. Jørgensen & Steinkopf (2013, 4) har et lignende syn som Larsen når de skriver at omsorgspersonene må opptre respektfullt, og møte barnet med anerkjennelse og sensitivitet, selv om barnet uttrykker sinne i samspill med den voksne. De mener at omsorgspersonen må være oppmerksomme og ha et reflektert forhold til egne reaksjoner.

Andersen (2014, 59) beskriver en god relasjon i likhet med både Larsen og Røkenes & Hanssen da hun sier at et viktig element er at personen kan føle seg trygg, og ha tillit til at opplevelser, perspektiver og følelser blir tatt på alvor av den andre. Disse elementene fremhever hun som en forutsetning for å føle tilhørighet, samtidig som personen kan føle at han eller hun bestemmer over seg selv. Bath (2008, 19) viser til at positive relasjonserfaringer er nødvendig for at mennesker skal ha en sunn utvikling, noe som traumatiske opplevelser undergraver muligheten for. Han fremhever videre i sin artikkel at det finnes solid

dokumentasjon på at positive relasjoner er en avgjørende ingrediens i hjelpearbeid for å fremme utvikling hos individet.

Andersen (2014, 60) skriver at evnen til å være trygg i relasjoner blir bygd opp tidlig i livet og at barnets tidlige relasjonserfaringer legger grunnen for muligheten til å være i relasjon med andre senere i livet. Hun fremhever at tidlig traumatisering fra primære omsorgspersoner kan ødelegge trygghetsreguleringssystemet, noe som fører til at barnet ikke kan bruke relasjoner til å etablere trygghet. Videre hevder hun at barnets relasjoner med andre også handler om barnets mulighet til å kunne stole på sine egne vurderinger. Opplevelsen av at deres intuisjon har blitt svekket når det kommer til å vurdere andre mennesker ser Andersen (2014, 60) på som et sosialt handikap, som krever at hjelperen legger tilrette for at barnet erfarer ufarlige relasjoner.

I følge Andersen (2014, 60) finnes det mange grunner til at barnet trenger en god relasjon hvor han eller hun kan søke hjelp, støtte og trøst når ting er vanskelig. Barnet har først og fremst behov for følelsesmessig støtte, fulgt av å få anerkjent sin opplevelse, og senere for å kunne bearbeide og integrere det som har opplevdes som vondt. Andersen henviser til nyere forskning som bekrefter at det å sette ord på vanskelige følelser har en direkte beroligende effekt på de samme følelsene. For at barnet skal kunne sette ord på sine følelser trenger han eller hun en trygg relasjon til en voksen som kan hjelpe til med dette, ellers blir barnet sittende alene med sine tanker og følelser (ibid.).

### **Følelsesregulering**

Den tredje pilaren omhandler følelsesregulering, også kalt affektregulering. Begrepet dreier seg om at barnet skal få hjelp til å identifisere følelser for å selv bli i bedre stand til å kunne håndtere og regulere dem (Jensen & Ormhaug 2016, 243). Forfatterne viser til at barn som har vært utsatt for vedvarende traumer i nære relasjoner har utfordringer med å utskille ulike følelser fra hverandre, noe som gjør at de kan bli overveldet av sterke følelser som oppleves som uforutsigbare og umulige å håndtere. Andersen (2014, 61) skriver at evnen til å kunne regulere affekter er svært viktig for å kunne fungere godt i eget liv og i samspill med andre. Hun henviser til Daniel Siegel (1999) som mener at menneskers opplevelse av verden og hvordan vi forholder oss til andre hører sammen med hvordan vi har lært å regulere egne følelser.

Kapasiteten til å regulere egne følelser utvikles gjennom relasjonen barnet har til sine tilknytningspersoner i tidlig levealder (Fonagy et al., 2002 i Sjøvold & Furuholmen 2015, 98). Små barn har dermed ikke en medfødt evne til å regulere egne følelser, det er noe de lærer. Opplæring skjer ved at omsorgspersonene gir trøst og roer barnet med stemmeleie, kroppsholdning, berøring og ved å sette ord på følelsene, også kalt samregulering. Dette gjør at barnet erfarer at følelser er naturlig i stedet for truende. Barnet trenger denne støtten frem til de selv mestrer å regulere sine følelser. (Amble & Dahl-Johansen 2016, 69). Andersen (2014, 62) mener at samregulering ofte er nødvendig for å få barnet til å roe seg ned og få en opplevelse av å gjenoppnå kontrollen. Hun beskriver begrepet som “en praktisk modell for å hjelpe mennesker til å lære å mestre øyeblikkets følelser, og til å utvikle vedvarende selvkontroll.” (ibid.)

Andersen (2014, 61) knytter sammen affektregulering med barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep når hun skriver at disse barna ofte ikke har klart å utvikle gode måter for å regulere ned overveldende følelser på. Hun fremhever at barnet i relasjonen til overgriperen har opplevd at personen som skulle ha vært kilden til trøst samtidig har vært en stor trussel. Denne erfaringen kan gjøre at barnet senere i livet får utfordringer med å ta imot hjelp til selvtrøst. De følelsene barnet sitter inne med kan til slutt ta altfor stor plass og utløse en lang rekke symptomer og plager (ibid.). RVTS ([www.traumebevisst.no](http://www.traumebevisst.no)) forstår ordet symptom som en beskrivelse av hvordan ting ser ut på utsiden, altså hvordan barnet oppfører seg. For å skape større forståelse for symptomene beskrives de isteden som smerteuttrykk. Smerteuttrykk fokuserer på det som er det sentrale; mennesker prøver gjennom sine reaksjonsmønstre å dempe eller uttrykke en smerte, og det blir en måte å regulere ubehagelige følelser på.

“Følelsene er vårt viktigste signalsystem” (Andersen 2014, 61). Barn som har dårlig utviklet følelsesregulering kan få store reaksjoner på en rekke normale følelser. Deres “termostat” er slått ut og følelsene kan derfor fort eskalere, noe som kan oppleves som uforståelig for både barnet og dets omgivelser. For at barnet skal kunne bruke sitt signalsystem kreves det at han eller hun kan identifisere sine følelser og koble de sammen med situasjonen. På den måten kan barnet tyde hva følelsene signaliserer i gitte hendelser (ibid.).

Andersen (2014, 62) skriver videre at grunnlaget for alle affekter blir lagt tidlig i livet, mens utviklingen av følelser fortsetter gjennom hele livet. En sentral del av menneskers

personlighetsutvikling handler om hvordan individet oppfatter sine følelser. Følelsene påvirkes i stor grad av erfaringer og de mønstre som skapes for å håndtere dem. Andersen fremhever at hvis alle ubehagelige følelser utvikles til sinne vil det skape utfordringer med å forstå seg på reaksjonene, både for barnet selv og omgivelsene. Denne forvirring kan i sin tur føre til at barnet beskylder seg selv hvis det blir møtt på en negativ og anklagende måte (ibid.).

### **Den tredelte hjernen**

For å forstå hvordan barn påvirkes av traumer brukes begrepet den tredelte hjernen. Her illustreres hjernens ulike funksjoner og hvordan disse er organisert. Sjøvold & Furuholmen (2015, 101) skriver at de delene av hjernen som utvikles tidlig vil i de første leveårene gå gjennom en fase der den tar bort det som er unyttig. Det er dermed de områdene av hjernen som brukes som vil utvikles og anses som nyttige. Siden det er de mest grunnleggende hjernestrukturene som utvikles først er de ekstra følsomme for tidlige erfaringer (Knudsen 2004 i Sjøvold & Furuholmen 2015, 102).

Hjernen er organisert i ulike nivåer med forskjellige funksjoner. Jørgensen & Steinkopf (2013, 6) har brukt navnene “kaptein”, “maskinist” og “fyrbøter” for å beskrive de ulike delene og deres funksjoner. “Kapteinen” er den øverste delen av hjernen, den tenkende hjernen. Denne hjernedelen er fornuftig, reflekterende og kan tenke konsekvenser, til forskjell fra de andre to. “Maskinisten” symboliserer den midterste delen av hjernen med funksjoner som emosjoner, tilknytningssystem og opplevelseshukommelse. Her formidles energi gjennom følelser og tilknytningmønstre. Den tredje delen, “fyrbøteren”, er den selvstyrte hjernen. I denne delen av hjernen reguleres graden av aktivering i form av stresshormoner som sendes ut ved behov (ibid.).

Steinkopf (2014, 73-75) fremhever behovet av å ha en pedagogisk modell for en bedre forståelse av hjernens fungering. For at traumatiserte barn skal få en større forståelse av sine egne reaksjoner, handlinger og emosjoner har den tredelte hjernen som metafor vist seg å være en forståelig og konstruktiv forklaring for å normalisere uforståelige reaksjoner. Når barn opplever noe skremmende får fyrbøteren varsel om fare. Han begynner da å “skuffe kull” for å få opp temperaturen i fyrrommet. Det som skjer i kroppen er at stresshormoner sendes ut i blodbanene og gjør barnet klar for å agere. Energien som kommer fra fyrrommet forvaltes av maskinisten og det utløses handlinger som først og fremst skal ta vare på skipet.

Maskinisten og fyrbøteren har ingen utsyn til verden utenfor, og er derfor avhengig av kapteinens blikk. Kapteinen har innsikt i hvilke farer som skipet står overfor og har som oppgave å vurdere, analysere og overvåke disse for å så iverksette tiltak i forhold til dette. Maskinisten og fyrbøteren reagerer uten å ha denne informasjonen og så lenge temperaturen i fyrrommet er akseptabel er kapteinen på høyden og kan utføre sine oppgaver. Hos traumatiserte barn kan kapteinen ofte være upålitelig, svak eller ha for lite trening. Dette resulterer i at kapteinen forlater broen når temperaturen i fyrrommet blir for høy. Skipet er da overlatt til fyrbøteren og maskinisten, og det er dermed ingen som kan styre det (ibid.). Denne metaforen beskriver det som Nordanger & Braarud (2014) omtaler som barnets alarmsystem, og som utløser alarmreaksjoner i form av anspent kroppsmuskulatur og økt puls for å gjøre kroppen klar til forsvar eller flykt. Siden kapteinen har forlatt sin posisjon klarer ikke hjernen å regulere ned alarmreaksjonene, reguleringsystemets innflytelse er svekket.

### **Tilknytningsteori**

Tilknytningsteori beskriver Amble & Dahl-Johansen (2016, 49) som en utviklingspsykologisk teori som bygger på dynamikken bak selvfølelsens framvekst og utvikling med tanke på de nære følelsesmessige bånd som barnet utvikler med primære omsorgspersoner. De fremhever at kvaliteten på den tidlige tilknytningen påvirker barnets følelsesmessige og sosiale utvikling og likeså relasjonsevnen og den psykiske helsen i voksen alder. Videre skriver de at teorien belyser tilknytningens utforming, identifisering av ulike tilknytningsmønstre og hvordan barnets utvikling blir påvirket av tidlige tilknytningsmønstre (ibid.).

“Tilknytning er et relasjonelt begrep.” (Mæhle 2007, 45). Som psykologisk begrep ble tilknytning først benyttet av Bowlby for å beskrive barnets relasjoner til bestemte tilknytningspersoner. Smith (2006, 142) beskriver en tilknytningsperson som en som barnet søker trøst og beskyttelse hos for å oppnå fysisk nærhet i sårbare situasjoner. I slike situasjoner aktiveres barnets tilknytningsatferd, som er det samme som de signaler og bevegelser som barnet viser for å øke sannsynligheten for nærhet til tilknytningspersonen. Tilknytningsbånd fremstiller Smith (2006, 143) som en indre egenskap hos barnet, som dannes ut fra kvaliteten på relasjonen mellom barn og omsorgsperson, også kalt den følelsesmessige tilknytningen.

Smith (2006, 143) skriver videre at barn knytter seg til de voksne som utøver den viktigste omsorgen, selv om kvaliteten på omsorgsutøvelsen kan variere. Tilknytningen etableres

gradvis gjennom en utvikling i løpet av barnets første leveår, og siden barnet er totalt avhengig av sine tilknytningspersoner vil det søke trøst og trygghet i den relasjonen (ibid.) Sjøvold & Furuholmen (2015, 59) omtaler i likhet med Smith tilknytning som et kvalitativt begrep. Tilknytningens kvalitet kan være utviklingsfremmende eller utviklingshemmende for barnet og det er de samspillserfaringer som barnet har sammen med omsorgspersonene som legger grunnen for dette. Ut fra slike erfaringer vil barnet danne seg indre arbeidsmodeller av seg selv og andre (ibid.).

En definisjon av begrepet indre arbeidsmodeller kan være “barnets mentale representasjoner av omsorgspersonene og av seg selv i forhold til disse” (Smith 2006, 142).

Arbeidsmodellenes funksjon er å hjelpe individet til å forstå det som skjer og forutsi hva som kan inntreffe for å lage handlingsstrategier. Modellene har også sammenheng med barnets syn på seg selv når det kommer til aksept, kompetanse og kjærlighet. Barnets oppfatning av tilknytningspersonens emosjonelle støtte og tilgjengelighet baserer seg på reelle omsorgserfaringer, og fremheves også som en viktig side ved begrepet. Erfaringene gir barnet mulighet til å lære seg om seg selv, verden og forventninger til andre. Denne forståelsen generaliseres og gjør barnet i stand til å forestille seg reaksjoner hos andre og hva det kan forvente av andre voksne (ibid., 154).

Broberg, Almqvist & Tjus (2006, 104) viser til at når omsorgspersonen både er årsaken til og løsningen på barnets frykt kan det resultere i utrygg desorganisert/desorientert tilknytning. Holt & Hafstad (2016, 283) omtaler det samme og mener at dobbeltheten som ligger i barnets forhold til omsorgspersonen ofte vil føre til at barnet mister tilliten til at omsorgspersoner og omgivelsene kan beskytte dem. Amble & Dahl-Johansen (2016, 52) skriver at desorganisert tilknytning kan utvikles når barnet er redd omsorgspersonen, og når barnet har en opplevelse av at omsorgspersonen selv er redd og uttrykker frykt. Barnet ser ut til å søke nærhet og unngå omsorgspersonen på samme tid, og kan dermed fremstå som forvirret og åpenbart opptre forunderlig og “fastfrosset”. Forfatterne ser dette i sammenheng med at barnet ikke ser ut til å ha utviklet rimelige strategier for å garantere omsorgsgiverens beskyttelse.

Larsen (2015, 38) skriver i sin bok om de dårlig integrerte barna, som strever med sin overlevelse og er meget sårbare. Disse barna sliter med et kaotisk indre, som også kan skape kaos i omgivelsene. Larsen henviser til Sørensen (1996) som mener at panikk og reaksjoner som oppfattes som kaotiske er vanlige uttrykk for den stress og uro som barnet føler på. Dette

kommer av at barnet gjennom oppveksten har fått utilstrekkelige grunnleggende følelsesmessige erfaringer i samspill med andre mennesker, og barnets identitetskjerne, også kalt selvet, har ikke fått mulighet til å utvikle seg. Lindqvist (2001 i Larsen 2015, 39) poengterer viktigheten av at de voksne må forklare den ytre og indre verden for barnet for at det ikke generelt skal miste troen på voksne som en ressurs.

### **Toleransevinduet**

“Toleransevinduet refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ - ikke for høyt og ikke for lavt.” (Amble & Dahl-Johansen 2016, 62) Begrepet brukes i arbeid med traumatiserte barn for å bedre forstå deres utfordringer. Alle mennesker har en optimal sone for læring og oppmerksomhet i situasjoner og relasjoner. Er personen over sonens øvre grense kalles tilstanden hyperaktivering, og er personen under kalles det hypoaktivering (Porges 2007 i Nordanger & Braarud 2014). Grensene varierer fra person til person, og også hos enkeltindividet. Toleransegrensene påvirkes av erfaringer, emosjonell tilstand, temperament og den sosiale konteksten. Når mennesker er sammen med personer de er trygge på tåler de ofte større belastninger (Siegel 2012 i Nordanger & Braarud 2014).

Stressoverveldelsesgrensen er et begrep som er forenlig med toleransevinduet, og som henviser til den indre tilstanden som et menneske havner i når kravene blir høyere enn hun klarer å håndtere. Personen befinner seg da over grensen, og det kan komme til uttrykk som både over -eller underaktivering. For at tenkeevnen skal fungere bra trenger barnet hjelp til å komme seg under grensen (Amble & Dahl-Johansen 2016, 63). Nordanger & Braarud (2014) skriver at det er omsorgspersonenes oppgave å holde barnet innenfor toleransevinduet. Dette innebærer å hjelpe barnet til å roe seg ved hyperaktivering eller stimulere det opp fra en hypoaktivering.

Amble & Dahl-Johansen (2016, 63) framhever at barn som har opplevd traumatiske hendelser ofte vil ha en lav stressoverveldelsesgrense og et smalt toleransevindu. Disse barna befinner seg store deler av sin tid i et hyperaktivt eller hypoaktivt tilstand, og kan veksle mellom disse. Siegel (2012 i Nordanger & Braarud 2014) omtaler også dette når han skriver at barnets tidlige samspillserfaringer med primære omsorgsgivere former barnets toleransevindu. Dette kobler han sammen med begrepet regulering, og hevder at omsorgspersonenes viktigste oppgave er andre-regulering av barnet. Dette innebærer at omsorgspersonen opptrer sensitivt i møte med det lille barnet og følelsesmessig intoner seg etter barnets tilstand og



reaksjonsmønster. Med hjelp av disse tryggheterfaringene vil barnet gradvis utvikle indre arbeidsmodeller for å regulere seg selv (ibid.).

## **Refleksjoner**

I lys av den teori jeg nå har presentert vil jeg se nærmere på hvilken innvirkning denne forståelsesrammen kan ha på barn med utviklingstraumer etter å ha opplevd vedvarende omsorgssvikt, og for omsorgspersonen. Jeg vil sammenligne TBO med andre teorier og tilnærminger for å drøfte min problemstilling.

## **Omsorgspersonen & omsorgsutøvelse**

Traumebevisst omsorg har sitt fokus på forståelse og holdninger, og jeg oppfatter det derfor som en tilnæringsmåte som kan praktiseres på mange forskjellige måter. Forståelsesrammen ser ut til å stille store krav til personen som yter omsorgen med tanke på at omsorgspersonen må være stabil, reflektert og bevisst sitt eget indre liv. Omsorg er et begrep i seg selv som har endret seg over tid, og hva som legges i begrepet kan variere fra person til person. I TBO vektlegges trygghet, relasjon og følelsesregulering som sentrale behov for barn med utviklingstraumer, noe som også kan forstås som behov alle individer har. Det er ikke tydelig definert hvordan omsorgspersonen skal gå frem for å jobbe med disse omsorgselementene, men tilnærmingen legger ansvar hos den voksne om å tilpasse seg barnets behov med tanke på dets erfaringer, noe som forutsetter relasjonell kompetanse.

Lorentzen (2015, 39) skriver i sin bok om ansvarlighet som en relasjonell tilnærming. Han mener at åpenhet er et sentralt begrep i denne tilnærmingen, både overfor hver enkelt situasjon og konkrete personer. Denne forståelsen fremmer kollektiv tenkning og handler om å fremholde sitt eget syn samtidig som man lytter til den andre. Vi kan dermed supplere vår egen forståelse i dialog med den andre (ibid., 40). Som jeg forstår det kan TBO anses å være en relasjonell tilnærming, siden omsorgspersonen har de tre pilarene å forholde seg til men ingen klare retningslinjer utøver det om hvordan omsorgen skal gis. Det skapes dermed et rom for vurdering og handling, og med det følger ansvar. Som Lorentzen (2015, 40) skriver så er det til syvende og sist enkeltpersoner som tar valg på grunnlag av sin oppfatning og vurdering av situasjonen, og det er personen som må stå i de følelsene som kommer når krevende avgjørelser må tas. En slik tilnærming vil derfor kunne skape en opplevelse av etikken som noe forpliktende, noe som gjør det smertefullt å frasi seg ansvar for det som anses som etisk anliggende (ibid., 41).

TBO som forståelsesramme kan sees som en forståelse som bringer inn ny kunnskap i møte med barn som oppleves som vanskelige. Tidligere har fokus vært rettet mot barnets oppførsel og hvordan denne kan endres, mens TBO gir mulighet for å se barnet bak disse reaksjonsmønstrene. Jensen & Ormhaug (2016, 239) skriver at den anbefalte behandlingsformen for barn som strever med plager etter å ha erfart traumatiske hendelser er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). En sentral del av behandlingen er å lære barn og foreldre ferdigheter for å håndtere de utfordringene som barnet strever med (ibid., 240). Dermed rettes fokus mot barnets reaksjonsmønstre og hvordan barnet og foreldrene kan endre disse.

Til forskjell fra TF-CBT har TBO sitt fokus på barnet bak oppførselen. Å se bort fra det som oppfattes som uakseptabel oppførsel kan sikkert hos mange anees å stride mot de normer som råder i vårt samfunn med tanke på barneoppdragelse, og dermed utfordre enkeltes meninger om hva som er god omsorg for et barn. Bunkholdt & Kvaran (2015, 119) skriver at omsorg er et normativt begrep, hvor måten man ivaretar barnets behov og læringsmuligheter på til stor del er sosialt og/eller kulturelt betinget. Jeg har en oppfatning om at konsekvenstenking er relativt vanlig i vårt samfunn, og når et barn opptrer uakseptabelt blir det viktig å korrigere dette. Det kan være å dra inn på privilegier eller andre konsekvenser som skal virke preventivt. En del av omsorgsrollen tenker jeg er å hjelpe barnet i sin sosialisering, hvor opptreden i møte med andre mennesker er en del av det. Bø (2012, 254) mener at begrepet oppdragelse som folkelig uttrykk ofte brukes som synonym til sosialisering. Han skriver videre at det viktige ved oppdragelse er at den utføres av tydelige voksne som setter grenser og hjelper barnet til å tenke på andre enn seg selv (Foros & Vetlesen 2012 i Bø 2012, 255).

Å tenke konsekvenser og grensesetting i TBO opplever jeg som unaturlig med tanke på at det handler om at barnet uttrykker sin indre smerte gjennom sine reaksjonsmønstre. Bath (2008) skriver at TBO omhandler at den voksne som er sammen med barnet skal håndtere den primære smerten uten å tilføye sekundær smerte. Den kunnskapen som TBO bygger på mener jeg gir en tydelig forklaring til hvorfor barn med utviklingstraumer trenger å bli møtt annerledes enn barn som ikke har opplevd omsorgssvikt. Med tanke på de stressbelastningene barnet har opplevd i tidlig levealder og de konsekvensene det får for barnets hjerne, tilknytning og utvikling av indre arbeidsmodeller, blir barnets reaksjonsmønstre mer forståelige. Tilnærmingen gir i tillegg rom for å møte hvert enkelt barn på deres behov og

utforme omsorgen etter dem, med de tre pilarene som utgangspunkt. Barnet får også en mulighet til å bli forstått i relasjon til andre mennesker, og ikke bare ut fra sine symptomer.

Hvis vi ser for oss huset, som jeg presenterte tidligere i oppgaven, vil pilarene trygghet, relasjon og følelsesregulering være det som holder oppe huset som bygges rundt barnet og omsorgspersonene. Underveis som barnet og omsorgspersonen blir kjent og “bruker” de tre pilarene ser jeg for meg at de sammen kan dekorere huset med holdninger og fremgangsmåter. Med andre ord blir deres måte å forholde seg til hverandre på skapt i relasjonen. TBO tenker jeg kan være med på å skape det som Winnicott omtaler som et “holdende miljø”. En side ved begrepet er at omsorgsmiljøet tilrettelegges for barnet slik at det opplever å ha en plass i omsorgspersonens sinn (Binder & Nielsen 2006, 116). TBO kan være den tilretteleggingen som kreves for at både barn og voksen skal oppleve seg som viktige for hverandre.

### **Tidsperspektivet**

Mange av de tidligere metodene for å møte traumeutsatte barn har hatt sitt fokus på barnets endringsarbeid og de målene som det skal jobbes etter for at barnet skal få det bra på sikt. Som jeg ser det kan TBO både påvirke barnets livssituasjon her og nå, og for fremtiden. Siden fokuset handler om å fylle de omsorgsbehovene som barnet ikke har fått tidligere, vil det som skjer mellom barnet og omsorgspersonen både ivareta barnet i situasjonen her og nå, samtidig som det vil hjelpe barnet til å selv mestre den samme situasjonen i fremtiden. TBO vektlegger barnets behov for trygge relasjoner og det er den voksnes ansvar å legge tilrette for at de kan bygges. Omsorgspersonen må derfor være tilstede i situasjonen her og nå for å kunne bevege seg inn i barnets univers for å skape tillit.

Som jeg forstår det så blir TBO sitt primære fokus på barnets livssituasjon her og nå, siden kunnskapsgrunnlaget peker på at barnet trenger tilrettelagt omsorg. Omsorg er noe som barn trenger hele tiden og det er derfor et behov som ikke kan utsettes for fremtiden. Ved å gi barn med utviklingstraumer TBO i sin nye omsorgsbasis kan det også åpne seg muligheter for at barnet i fremtiden skal kunne leve med sine traumer, uten å i altfor stor grad påvirkes negativt av dem.

**Barnets behov**

Å vite hva et barn har behov for er som regel ikke entydig. For at omsorgspersonen skal kunne jobbe med de tre pilarene som TBO omhandler må den også finne ut av hva det enkelte barnet har behov for i ulike situasjoner. Med tanke på at barn med utviklingstraumer ofte strever med et kaotisk indre liv kan det bli vanskelig for dem å uttale sine behov gjennom ord. Det kan også være slik at barnet selv ikke aner hva det ønsker, og den voksne står overfor oppgaven å finne ut av dette, for å kunne hjelpe. Barnets behov blir dermed basert på en tolkning av det den voksne opplever at barnet trenger. I slike situasjoner må omsorgspersonen bruke det som Sollesnes (2013, 131) omtaler som dømmekraft. Vår dømmekraft blir utviklet av det meste vi erfarer i livet, og refleksjon rundt det. Som jeg ser det trenger omsorgspersonen å ha kompetanse om barns behov og uttrykk, både generelt og om enkeltindividet. TBO kan gi omsorgspersonen den kompetansen for å kunne bruke dømmekraften hensiktsmessig.

Ved å tolke barnets behov ser jeg for meg at omsorgspersonen kan støte på etiske dilemmaer og utfordringer. For å komme tilbake til det Lorentzen (2015, 40) skriver om relasjonelle tilnærminger og åpenhet, så bygger den også på en forståelse om at vi alle bare er mennesker som kan vurdere, tenke og handle feil. Den forståelse vi danner oss i ulike situasjoner er ikke ufeilbar, men den kan brukes for å oppdage mangler og lære for fremtiden. Lorentzen skriver videre at det ansvaret som følger med en relasjonell tilnærming også kan skape usikkerhet hos individet knyttet til å få kritikk for de selvstendige valgene som tas (ibid., 41). Siden TBO kan forstås som en relasjonell tilnærming vil det å tolke barnets behov i samhandling med barnet innimellom kunne oppleves som krevende, særlig på institusjoner hvor man er en gruppe som sammen skal gi omsorg for barnet.

Selv om relasjonelle tilnærminger pålegger den voksne et stort ansvar tenker jeg at TBO samtidig kan bidra til at omsorgspersonen blir mer bevisst barnets traumatiske erfaringer og kan se barnets uttrykk i lys av dem, både de barna som er innesluttet og de som er utadventt. Noen barn kan oppleve det som en lettelse at den voksne forstår seg på dem uten at de trenger å forklare. Kunnskapsgrunnlaget for TBO kan gjøre at omsorgspersonen kan basere sine utsagn på barnets uttrykk for å tolke det barnet muligens prøver å si. Den voksne vil da hjelpe barnet å sette ord på det som skjer for å skape trygghet, bygge relasjon og regulere følelser.

Når barn har vært utsatt for traumatiske erfaringer blir det viktig at barnet ikke er overlatt til seg selv, siden de bearbeider opplevelser ut fra sin kognitive og emosjonelle utviklingsalder (Broberg, Almqvist & Tjus 2006, 177). De tre pilarene som TBO bygger på ser jeg som omsorgselementer som kan være med på å gi barnet en opplevelse av å ha personer rundt seg som kan stå i følelsene sammen med det. For å hjelpe barnet med følelsesregulering kreves det en kommunikasjonsprosess hvor den voksne med verbal og nonverbal kommunikasjon hjelper barnet til å identifisere følelser og koble dem sammen med situasjoner. TBO fremmer dermed det vesentlige i å ha en god kommunikasjon mellom barnet og omsorgsgiveren om barnets ytre og indre liv.

TBO er lagt opp for at alle voksne som er involvert i barnets liv skal kunne hjelpe det i sin tilfriskningsprosess. Det kan tenkes at dette for noen barn kan være nok for at de skal tilfriskne, mens noen kan behøve en eller annen form for traumebehandling. Med utgangspunkt i kunnskapen jeg har presentert knyttet til toleransevidu vil TBO kunne hjelpe barnet å bli mer bevisst sine indre tilstander knyttet til stressbelastninger. Dette kan i samregulering med omsorgspersonen hjelpe barnet til å holde seg innenfor toleranseviduet og ha "kapteinen" på plass til å styre skipet. Barnet kan dermed bedre tåle å snakke om sine traumatiske erfaringer, uten at det trigger kroppen over stressoverveldelsesgrensen. Som jeg ser det kan TBO være en tilnærming som legger et grunnlag for at barnet skal ansees som tilgjengelig for behandling i psykisk helsevern, og kunne bearbeide sine traumatiske erfaringer.

### **TBO - en tilnærming tilpasset for voksne og barn**

Som nevnt i avsnittet over fremstilles TBO som en forståelsesramme som kan brukes av alle voksne som er i kontakt med traumeutsatte barn. De forklaringene og begrepene som brukes i TBO opplever jeg gjør det lettere både for voksne og barn å skjønne hvorfor ting er slik de er. Den kunnskapen som tilnærmingsmåten bygger på kan gjøre at skylden i mindre grad plasseres hos barnet, siden det er en naturlig nevrobiologisk forklaring til at barnet kan fremstå som vanskelig. Når barnet blir møtt med forståelse, empati og håp kan det skapes muligheter for felles positive opplevelser som barnet kan ta med seg videre i livet. Vebenstad (2017) skriver i sin artikkel at hjernen mest sannsynlig kan repareres etter utviklingstraumer, men at det ikke er nok forskning på området enda. Det man vet er at også positive hendelser påvirker hjernen, ikke bare de negative.

Valget å bruke ordet smerteuttrykk om barnets reaksjonsmønstre signaliserer for meg en forståelse om at det ikke er barnet som vil være vanskelig uten at barnet isteden har det vanskelig og prøver å uttrykke den indre smerten. TBO tror jeg kan hjelpe mange voksne å tenke at det ikke er noe galt med barn som har opplevd vold og omsorgssvikt, det er det de har opplevd som er galt. I tillegg gir modellen om den tredelte hjernen og toleransevinduet et tydelig bilde av at barnet selv ikke kan styre de reaksjoner som kommer i ulike situasjoner, og at barnet trenger både hjelp og tid til å endre sine reaksjonsmønstre. Smerteuttrykkene har tidligere hatt en funksjon i barnets liv, å hjelpe dem å håndtere sin vanskelige livssituasjon.

Når jeg har satt meg inn i TBO og den kunnskapen som forståelsesrammen bygger på slår det meg hvor godt forklaringene er tilpasset for barn. RVTS har utviklet ulike typer av materiale som på en tydelig måte forklarer for både barn og voksne hva som skjer med kroppen etter traumatiske erfaringer. Begrepene som blir brukt anser jeg på en enkel måte kan gi barn et forståelig bilde av sin situasjon, noe som jeg tror de trenger for å kunne skape sammenheng i livet. Ordbruken som benyttes for å presentere TBO tenker jeg viser til viktigheten av å snakke med barnet om indre og ytre tilstander, og om å inkludere det i prosessen. Når den voksne snakker om følelser med barnet blir det en måte å forklare den ytre og indre verden på, noe som Lindqvist (2001 i Larsen 2015, 39) mener er viktig for at barnet ikke skal miste troen på voksne som en ressurs. Det kan også ha en beroligende effekt hos barnet på de samme følelsene.

### **Barnets nettverk**

TBO ser ut til å ha et stort fokus på dyaden mellom barn og omsorgspersonen. Dette får meg til å stille meg spørsmålet som Michael White (1993 i Aamodt 2011, 85) anser som viktig: Hva marginaliseres når noe settes i sentrum? Bronfenbrenner har utviklet en utviklingsøkologisk modell som ser på menneskers utviklingsprosesser i lys av deres samspill med andre. Den beskrives som en systemisk modell som innebærer at alle ledd er gjensidig avhengig av hverandre (Gulbrandsen 2006, 50-52). Når TBO har et overveiende fokus på det som skjer i dyaden kan det hende at det større perspektivet fort blir glemt. Som Bronfenbrenner viser til i sin modell så inngår barnet i et nettverk som vil bli påvirket av bevegelser i enkelte ledd. TBO fremmes som en tilnærming som kan brukes av alle voksne i barnets nærhet, men hva skjer hvis ikke alle gjør det? Hvilke konsekvenser kan det få for resten av systemet?

Når barn som har vokst opp med omsorgssvikt har flyttet fra sine biologiske foreldre vil barneverntjenesten være en del av barnets nettverk. For å få hele systemet til å samarbeide ser jeg kontaktpersonen i barnevernet som en sentral rolle, siden denne personen ofte har ansvar for barnet og kontakten med de andre voksne rundt barnet. Hvis kontaktpersonen har kunnskap om TBO finnes det en mulighet å spre den ut i barnets nettverk for at barnet skal bli møtt på en hensiktsmessig måte på alle arenaer som det oppholder seg på. Jeg tenker at den kunnskapen også kan gjøre det lettere for voksne å forklare for barnets jevnaldrende hvorfor barnet kan ha et behov for å bli møtt annerledes enn mange andre barn på samme alder.

### **Barnets utviklingsmuligheter**

Barn med utviklingstraumer kan ofte ha en fungering som ikke samsvarer med det som forventes av et barn på den alderen. De kan fremstå som yngre enn hva de egentlig er og har derfor andre behov enn mange andre barn på samme alder. TBO kan gi omsorgspersonen nødvendig kunnskap for å kunne tilpasse seg enkelte barn. Når barnet opplever at det blir møtt på sine behov kan det bidra til å stimulere den biologiske, emosjonelle, sosiale og kognitive utviklingen hos barnet. På sikt vil barnet få mulighet til å utvikle sine ulike ferdigheter og forhåpentligvis "ta igjen" det som har vært underutviklet i forhold til barn på samme alder.

Når barnet selv opplever utvikling på ulike områder vil det også føle på mestring. Med tanke på de erfaringer barn med utviklingstraumer har kan det tenkes at mange av dem ikke har opplevd særlig mestring i hverdagen. Barn med utviklingstraumer preges ofte av en følelse av å være verdiløse og ha liten tillit til seg selv, noe som jeg tenker kan endres gjennom at barnet får oppleve mestring. TBO kan gi omsorgspersonen en mulighet til å se barnets reelle alder og omsorgsbehov, og dermed bidra til at barnet opplever seg forstått og ivaretatt. Barnets opplevelse av å bli forstått og ivaretatt vil i sin tur kunne legge grunnen for det som tidligere i oppgaven har blitt beskrevet som en god relasjon.

Min oppfatning er at TBO har et mestringsperspektiv og et ønske om å finne muligheter og ubrukte sider hos barnet for å gi dem en ny mulighet til å mestre hverdagen både med tanke på synet på seg selv og samspillet med andre. Omsorgspersonen som yter TBO vil være med på å styrke barnets selvfølelse og endre barnets forståelse av at voksne er forbundet med vonde følelser. Bath (2008,19) skriver at positive relasjonserfaringer er nødvendig for at mennesker skal ha en sunn utvikling, og derfor kan TBO sees på som en tilnæringsmåte

som gir barnet nye muligheter til å bruke relasjoner til å utvikle seg, og også styrke og stole på seg selv.

Speiling er et begrep som ble brukt av Winnicott for å beskrive hvordan barnet gjennom andres oppfatning av det blir informert om hvem og hvordan det er (Binder & Nielsen 2006, 117). Når barn med utviklingstraumer blir møtt på en traumebevisst måte kan det tenkes at omsorgspersonen kan speile en ny oppfatning av barnets identitet som barnet selv ikke har sett tidligere. Disse samspillserfaringene som barnet får med omsorgspersonen kan skape en opplevelse hos barnet om å få bekreftelse på sin egenverdi og barnet kan etterhvert internalisere den andres oppfatning. Dette kan bidra til å endre barnets indre arbeidsmodeller og gjenvinne troen på voksne som en ressurs, samtidig som barnet mer og mer tør å være tilstede i seg selv.

### **Barnets alder**

Siden tilknytning etableres i løpet av barnets første leveår, uansett kvaliteten på samspillet, vil barn tidlig være i risiko for skjevutvikling. Sped- og småbarnsalderen er en sensitiv periode i livet hvor barnet er ekstra påvirkningsbart og stressbelastninger ser ut til å sette dype spor. I barnevernfeltet har det i det siste vært stort fokus på viktigheten av tidlig intervensjon og det gir klart og tydelig mening med tanke på den utviklingen som skjer i de første leveårene. TBO vil i et tidlig stadium kunne snu skjevutviklingen hos barnet samtidig som omsorgspersonen kan oppleve det som mer naturlig å være traumesensitiv ovenfor et lite barn, siden det i større grad samsvarer med den omsorgen som ansees som naturlig for småbarn.

Som jeg oppfatter det har TBO ingen aldersgrenser og kan være en tilnæringsmåte for alle barn med utviklingstraumer. Bunkholdt & Kvaran (2015, 142) fremhever at alders -og tidsaspektene har store konsekvenser for barnevernsfaglig praksis, og at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt er i faresonen for å utvikle varige tilpasningsproblemer. De skriver videre at hvis barnet får et bedre omsorgsmiljø så tidlig som mulig i utviklingen vil risikoen reduseres. Jeg tenker at barnets tilfriskningsprosess mest sannsynlig vil variere med tanke på alders -og tidsaspektet, og at de forsvarsmekanismer og overlevelsestrategier som barnet opparbeidet seg etterhvert blir mer og mer implementert i dets væremåte. Når et barn har levd lenge med omsorgssvikt ser jeg det som viktig at omsorgspersonen klarer å stå i all den forvirringen som barnet opplever og de reaksjonene som skapes av det indre kaoset.



TBO kan i mine øyner både hjelpe omsorgspersonen å gi barnet tid og å oppleve seg selv som tilstrekkelig, selv om personen ikke ser noen forandring hos barnet over lang tid. Hvis barnet strever på flere områder og trenger lang tid for å bearbeide sine opplevelser tror jeg at TBO kan få omsorgspersonene og omgivelsene til å holde ut lenger, siden tilnærmingen minner de voksne om at det ikke er barnets "feil". Det viktigste den voksne kan gjøre for barn med utviklingstraumer er å "tåle" dem slik de er, uten å bli straffende og avvisende (Vebeustad, 2017). Jeg tenker særlig at TBO kan hjelpe fosterforeldre til å holde ut, siden de lett kan føle seg alene i situasjoner som oppstår med barnet. Får barnet omsorg på en institusjon vil miljøterapeutene ha hverandre og støtte seg på når ting blir vanskelig, i tillegg til at de kan bytte på hvem som er sammen med barnet.

### **Omsorg på institusjon**

Å bo på institusjon kan tenkes å være en spesiell situasjon for barn og ungdom. Her er det mange voksne å forholde seg til og omgivelsene er annerledes enn i en fosterfamilie. Larsen (2015) skriver om miljøterapi på barnevernsinstitusjoner som en fremgangsmåte som organiserer miljøet på en slik måte at det skaper muligheter for barn/ungdom å arbeide med forandring og utvikling. Larsen omtaler også de dårlig integrerte barna, som kan sammenlignes med barn som har utviklingstraumer etter å ha opplevd vedvarende omsorgssvikt. Han legger også vekt på tillit, trygghet og tilknytning, i likhet med TBO. Det kan tenkes at de institusjoner som jobber med miljøterapi, slik Larsen beskriver den, til en viss grad er traumebevisst, men kan suppleres med TBO.

Det har i det norske samfunnet lenge eksistert en forestilling om at psykisk helsevern for barn og unge skal gi barnet behandling, mens barneverninstitusjoner skal gi omsorg. I TBO brukes nettopp begrepet omsorg og ikke behandling. Dette kan signalisere en forståelse om at hjelpen ikke trenger å foregå i kliniske omgivelser. Hvis denne forestillingen skulle samsvare med realiteten vil TBO kunne gi en mulighet for institusjoner å yte omsorg på en måte som samtidig hjelper barnet i tilfriskningsprosessen, uten å regnes som behandling men eventuelt med noen av de samme effektene. Som nevnt i innledning vurderer psykisk helsevern ofte barn med komplekse traumer som utilgjengelig for behandling. Som jeg ser det kan TBO være med på å bidra til at disse barna ikke faller mellom stolene og ikke får noen hjelp før ting har blitt skikkelig ille.

Utviklingstraumer er i dag ikke en psykiatrisk diagnose, men noen mener at det fortjener å være det. Utsagnet får meg til å tenke at dagens samfunn har et stort fokus på diagnoser og jeg stiller meg selv spørsmål om det må være en diagnose for at barnet skal få hensiktsmessig hjelp? Jeg har en opplevelse av at psykisk helsevern er opptatt av diagnoser, og siden barn med utviklingstraumer ofte sliter med komplekse plager, passer disse ikke inn i dagens diagnosesystem. De kan da få en rekke andre diagnoser som et forsøk på å plassere inn dem i systemet, for å kunne få hjelp. Jeg tenker at TBO kan være en tilnæringsmåte som fanger opp og gir hjelp til barn som har opplevd vedvarende omsorgssvikt, uten at de trenger å få en diagnose. Isteden for å legge fokus på barnets symptomer vil TBO hjelpe omgivelsene til å forstå barnets følelser i lys av hva de har opplevd.

## Avslutning

I denne oppgaven har jeg fordypet meg i barn som har opplevd vedvarende vold og omsorgssvikt og traumebevisst omsorg. For å belyse min problemstilling *“på hvilken måte kan traumebevisst omsorg (TBO) være en egnet tilnærming til barn som har opplevd vedvarende omsorgssvikt?”* har jeg valgt å støtte meg til teori om traumer og utviklingstraumer, for å så gå videre inn på TBO og kunnskapsgrunlaget som tilnærmingen bygger på. I oppgaven har mitt hovedfokus vært på barnets omsorgsbasis som jeg ser for meg er i fosterhjem eller på institusjon.

Kapittel to i min besvarelse er teorikapittelet som innledes med en generell presentasjon av hva et traume kan være, for å så gå videre inn på hva det innebærer å ha et utviklingstraume. Her har jeg også presentert de reguleringsvansker som forskning har identifisert som de mest vanlige reaksjonsmønstrene hos barn med utviklingstraumer. Videre har jeg introdusert TBO og de tre pilarene trygghet, relasjon og følelsesregulering som tilnærmingen omhandler. I den siste delen av kapittelet har jeg lagt frem teori om den tredelte hjernen, tilknytning og toleransevinduet, siden TBO bygger på denne kunnskapen.

I kapittel tre har jeg delt mine tanker om hvorfor jeg tror at TBO kan være en egnet tilnærming til barn som har opplevd vedvarende omsorgssvikt. Med utgangspunkt i min problemstilling har jeg sett på hva TBO kan gjøre for barn med utviklingstraumer og deres omsorgspersoner, og sammenlignet med andre tilnærminger og teorier. I drøftingen har jeg diskutert omsorgspersonens ansvar og omsorgsutøvelse overfor barnet, og hvordan tilnærmingen kan gi ny kunnskap og innsikt i hva barn med utviklingstraumer har for behov

med tanke på hva de har med seg i bagasjen. I forbindelse med dette har jeg både sett på fordeler og utfordringer som kan oppstå i samhandlingen mellom barn og omsorgsgivere. Videre har jeg drøftet barnets behov, tidsperspektivet, barnets nettverk, utviklingsmuligheter og alder, samt sett på hvordan TBO blir fremstilt og den ordbruken som benyttes. Til slut har jeg omtalt barn som får omsorg på institusjon og satt det i sammenheng med dagens diagnosesystem og traumebehandling innenfor psykisk helsevern.

Ved å skrive om dette tema har jeg utviklet min kompetanse om hvordan jeg som snart ferdigutdannet barnevernspedagog kan møte barn som har opplevd omsorgssvikt ute i barnevernfeltet. Min besvarelse opplever jeg har gitt meg mer kunnskap til å forstå barn som har opplevd komplekse traumer og hva de trenger av omsorg. Jeg tenker at TBO i praksis vil være forenlig med verdien om omsorg og nestekjærlighet fra FOs yrkesetiske grunnlagsdokument (2015), og kan hjelpe meg å utøve min yrkesrolle på en måte som ivaretar barnets behov for omsorg og kjærlighet.

TBO ser ut til å være en tilnærming som forener kunnskap og forskning fra ulike felt. Utviklingspsykologi, tilknytningsteori, affektteori og nevrovitenskap forenes her til en modell som alle voksne som er kontakt med barn som har opplevd komplekse traumer skal kunne bruke. Dermed opplever jeg at forståelsesrammen kan bringe inn ny sammensatt kunnskap i møte med barn som har det vanskelig. "Elsk meg som mest når jeg fortjener det som minst, det er da jeg trenger det som mest" er et sitat som jeg fått høre fra et barn som jeg møtte i praksis. Selv om TBO omhandler mer enn å vise kjærlighet tenker jeg at begrepet signaliserer at barn som har det vanskelig trenger ekstra omsorg når de oppleves som vanskelige. Betydningen av de ordene er noe som jeg kommer til å ta med meg videre ut i yrkeslivet i møte med barn som har opplevd omsorgssvikt.

## Litteraturliste

- Aamodt, Ingerid. 2011. "Hvordan brukerperspektivet utfordres i samarbeidet mellom barnevernet og BUP". I *Samhandling mellom barnevern og BUP: Kunnskapsutvikling i praksis*, red. Laila Granli Aamodt, Ingerid Aamodt, Lise Størkersen og Lise Schellenberg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Amble, Lene og Cathrin Dahl-Johansen. 2016. *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, Inger Lise. 2014. Traumebevisst tilnærming. I *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming*, red. Inger Lise Andersen og Siri Søftestad. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bath, Howard. 2008. The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Journal of safe management of disruptive and assaultive behaviour*. 3, 4-7.
- Binder, Per Einar og Geir Høstmark Nielsen. 2006. "Selvet og relasjonene - nyere psykoanalytiske perspektiv". I *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver*, red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bloom, Sandra og Sarah Yanosy Sreedhar. 2008. The Sanctuary Model of Trauma-Informed Organizational Change. *Reclaiming Children and Youth; Bloomington*. Vol. 17.3 (Fall 2008): 48-53.
- Braarud, Hanne Cecilie og Dag Øystein Nordanger. 2011. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 48, nr. 10, s. 968-972.
- Broberg, Anders, Kjerstin Almqvist og Tomas Tjus. 2006. *Klinisk barnpsykologi: Utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bunkholdt, Vigdis og Inge Kvaran. 2015. *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- FO. 2015. Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.
- Gulbrandsen, Liv Mette. 2006. "Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell". I *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver*, red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, May Bente. 2016. "Traumebevisst miljøterapi". I *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*, red. May Bente Hagen, António Barbosa Da Silva og Mona I. Thelle. Oslo: Universitetsforlaget.

- Holt, Tonje og Gertrud Sofie Hafstad. 2016. "Barn og traumer: et utviklingspsykologisk perspektiv". I *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*, Carolina Øverlien, Mona-Iren Hauge og Jon-Håkon Schultz. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, Tine K. 2007. "Hvordan kan vi forstå og hjelpe barn og ungdom som har vært utsatt for traumer?". I *Barn og unge i psykoterapi: Bind I: Samspill og utviklingsforståelse*, red. Hanne Haavind og Haldor Øvreeide. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, Tine K. og Silje M. Ormhaug. 2016. "Behandling av barn og ungdom som har erfart traumer". I *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*, Carolina Øverlien, Mona-Iren Hauge og Jon-Håkon Schultz. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, W.T. og H Steinkopf. 2013. Traumebevisst omsorg, teori og praksis. RVTS SØR. Hentet fra:  
<http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf> (27.04.2017).
- Larsen, Erik. 2015. *Miljøterapi med barn og unge: Organisasjonen som terapeut*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov av 17. juli 1992 nr. 100 *Lov om barneverntjenester* (barnevernloven – bvl).
- Mæhle, Magne. 2007. "Nyere utviklingspsykologi som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn". I *Barn og unge i psykoterapi: Bind I: Samspill og utviklingsforståelse*, red. Hanne Haavind og Haldor Øvreeide. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordanger, Dag Ø, Hanne C Braarud, Morgan Albæk og Venke A, Johanson. 2011. Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 48, nr. 11, s. 1086-1090.
- Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014. Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 51, nr. 7, s. 530-536.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- RVTS. (ukjent dato). *Barne -og familievern*.  
<http://rvtsost.no/malgrupper/barne-og-familievern/> (27.04.2017).

RVTS. (ukjent dato). *Traumebevisst ordliste*.

[http://www.traumebevisst.no/ordliste/traumebevisst\\_ordliste.pdf](http://www.traumebevisst.no/ordliste/traumebevisst_ordliste.pdf) (27.04.2017).

Sjøvold, Mette Sund og Kristin G. Furuholmen. 2015. *De minste barnas stemme: Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Smith, Lars. 2006. "Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning". I *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver*, red. Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.

Sollesnes, Torkjell. 2013. *Pedagogikk for sosialfagene*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Steinkopf, Heine. 2014. "Hjernen bak det hele". I *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming*, red. Inger Lise Andersen og Siri Søftestad. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Thelle, Mona I. 2016. "Diagnoser og behandling". I *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*, red. May Bente Hagen, António Barbosa Da Silva og Mona I. Thelle. Oslo: Universitetsforlaget.

Veberstad, Aaby Marit. 2017. Omsorgssvikt endrer barns hjerner. NRK. Hentet fra: <https://www.nrk.no/livsstil/omsorgssvikt-endrer-barns-hjerne-1.13364686> (27.04.2017).

## **Vedlegg 1**

### **Selvvalgt pensum emne 3.4 Verksted for fordypning**

#### **Verksted 8. Incest og seksuelle overgrep – kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle.**

Aasland, Margrete Wiede. 2014. ” ... si det til noen ...” En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge. Oslo: Cappelen Damm akademisk. (Kap. 2-6, 71 s).

Søftestad, Siri. 2005. Seksuelle overgrep – fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 2 og 7, 29 s).

#### **Verksted 5. Samtaler med barn i en vanskelig livssituasjon – holdninger og verktøy.**

Kinge, Emilie. 2016. Barnesamtaler – det anerkjennende samværet og samtalen betydning for barn med samspillsvansker. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 5, 106 s).

## Vedlegg 2

### Selvvalgt pensum emne 3.5 Bacheloroppgaven

- Amble, Lene og Cathrin Dahl – Johansen. 2016. Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 1-9, 157 s).
- Braarud, Hanne Cecilie og Dag Øystein Nordanger. 2011. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 48, nr. 10, s. 968-972.
- Bunkholdt, Vigdis og Inge Kvaran. 2015. Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kap. 3-4, 27 s).
- Hagen, May Bente, António Barbosa Da Silva og Mona I. Thelle (red.). 2016. Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 1-6, 93 s).
- Nordanger, Dag Ø, Hanne C Braarud, Morgan Albæk og Venke A. Johanson. 2011. Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 48, nr. 11, s. 1086-1090.
- Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014. Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, Vol 51, nr. 7, s. 530-536.
- Sjøvold, Mette Sund og Kristin G. Furuholmen. 2015. De minste barnas stemme – utredning og tiltak for risikoutsatte sped –og småbarn. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 1-7, 90 s).
- Søftestad, Siri og Inger Lise Andersen (red.). 2014. Seksuelle overgrep mot barn – Traumebevisst tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 3-4, 29 s).
- Øverlien, Carolina, Mona-Iren Hauge og Jon-Håkon Schulz (red.). 2016. Barn, vold og traumer – Møter med unge i utsatte livssituasjoner. Oslo: Universitetsforlaget AS. (Kap. 2, 5, 10, 15 og 18, 83 s).