

Amund Farmen Holt

**Hvordan barnevernsinstitusjoner kan møte barn og unge utsatt for seksuelle overgrep**  
**How child welfare institutions can approach children and adolescents subjected to sexual abuse**

Emnekode: HBVE 3004

Antall ord: 8428

**Mai 2020**

**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.  
Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid

**Bacheloroppgave**

**2020**





Amund Farmen Holt

**Hvordan barnevernsinstitusjoner kan møte barn og unge utsatt for seksuelle overgrep**  
**How child welfare institutions can approach children and adolescents subjected to sexual abuse**

Emnekode: HBVE 3004

Antall ord: 8428

Bacheloroppgave

Mai 2020

**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap

Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden



## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	3
1.1 Tema og bakgrunn for tema .....	3
1.2 Problemstilling og avgrensing .....	4
1.3 Oppgavens oppbygging .....	5
<b>2.0 Seksuelle overgrep</b> .....	6
2.1 Hva er seksuelle overgrep .....	6
2.1 Juridiske rammer .....	6
2.2 Statistisk omfang .....	7
<b>3.0 Metodologi og metodevalg</b> .....	9
<b>4.0 Teoretisk forståelse av barn og unge utsatt for seksuelle overgrep</b> .....	10
<b>4.1 Tilknytning</b> .....	10
4.1.1 Utrygg og desorganisert tilknytning .....	11
4.1.2 Tilknytningsforstyrrelser .....	11
<b>4.2 Atferdsvansker</b> .....	12
4.2.1 Atferdsforstyrrelser .....	14
<b>4.3 Ytterligere aspekter og påvirkninger av seksuelle overgrep</b> .....	14
4.3.1 Mestring- og overlevelsesstrategier .....	14
4.3.2 Resiliens .....	16
<b>5.1 Miljøterapeutisk tilnærming</b> .....	18
<b>5.2 Samtalemetoder på barnevernsinstitusjon</b> .....	20
5.2.1 DCM – Den dialogiske samtalemetoden .....	20
5.2.2 MI- Motiverende intervju/samtale .....	22
<b>5.3 TBO – Traumebevisst omsorg</b> .....	23
5.3.1 De tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg .....	24
5.3.2 Metodikk i traumebevisst omsorg .....	25
5.3.3 Drøfting av traumebevisst omsorg .....	26
<b>6.0 Avslutning</b> .....	27
<b>Litteraturliste</b> .....	28

## **Sammendrag**

Seksuelle overgrep mot barn og unge er et alvorlig samfunnsproblem. Tall er usikre, men estimatene viser at mellom 5-20% av alle under 18 år har vært utsatt for seksualisert vold. Disse barna bærer ofte med seg alvorlige traumer som også kan resultere i flere psykologiske og emosjonelle utfordringer. Oppgaven tar for seg hvordan disse barna kan møtes av omgivelsene og støtteapparat for å bedre deres livssituasjon. Dette er gjort ved å søke etter og gjennomgå relevant litteratur, bøker og fagartikler. For å begrense omfanget er det lagt vekt på å gjennomgå godt dokumenterte metoder som på hver sin måte kan ha en positiv effekt i møte med disse sårbare gruppene. Oppgaven viser at helt uavhengig av den enkelte sårbare barns/ungdoms problemer, må det etableres vel funderte og begrunnede planer over tid med dokumentert effekt i møte med den enkelte. Oppgaven har også vist at psykososiale problemer ofte er et resultat av underkjente alvorlige traumer, og at oppfølgingen derfor består i å indentifisere disse. Ved en slik indentifisering og problematisering av dette kan den enkelte bedre veiledes til erkjennelse og selvinnstikk. På denne måten kan barnet oppleve en bedre hverdag og samtidig fungere i samfunnet rundt seg.

## **Summary**

Sexual abuse of children and adolescents is a serious problem in our society. Figures are uncertain, but it is estimated that between 5-20% of all children under eighteen have been subjected to sexual abuse. These children often carry severe trauma that can result in psychological and emotional problems. This thesis deals with how these children can be approached in child welfare institutions to improve their quality of life. This is done by reviewing relevant literature, books and articles. To limit the scope of the thesis, emphasis has been put on reviewing well-documented methods, each of which in its own way can have a positive effect in treating these vulnerable groups. This thesis shows that, regardless of the individual vulnerable child/adolescent's problems, one must have well-founded and reasoned methods with documented effect to treat the individual. This thesis has also shown that psychosocial problems are often the result of serious childhood trauma and that the follow-up treatment therefore consists of identifying these. By identifying and problematizing this, the individual can be better guided to recognition and self-understanding. This way the child can experience a better everyday life and at the same time be better functioning in society and their surroundings.



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Tema og bakgrunn for tema**

Seksuelle overgrep mot barn er et alvorlig samfunnsproblem. Statistikk fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) tyder på at så mye som 15% av befolkningen blir utsatt for seksuelle overgrep eller krenkelser før fylte 18 år. (Thoresen & Hjemdal 2014). Barnevernsinstitusjoner spiller en sentral rolle i omsorgen for mange av de i gruppen av barn og unge som opplever seksuelle overgrep i familien. Dette setter derfor krav til at barnevernsinstitusjoner er godt utrustet med egnede lokaler, samt dedikerte og faglig oppdaterte medarbeidere.

Det er hovedsakelig ett gjennomgående tema i denne oppgaven. Denne tematikken berører barnevernsinstitusjoners metoder for tilnærming av barn og unge utsatt for seksuelle overgrep. Det er et særlig behov for kompetanse- og kunnskapshevning om metodikk rettet mot barn og unge som eksempelvis har vært utsatt for seksuelle overgrep. I en proposisjon fra Barne- og likestillingsdepartementet formidles det at det må sørges for at barn og unge i barnevernsinstitusjoner som sliter med traumer, må sikres nødvendig hjelp. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), har siden 2012 gitt tilbud om opplæring i programmet HandleKraft. Dette er et opplæringsprogram som har til hensikt å styrke kunnskap i traumebevisst tilnærming til barn og unge. (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 19 og 57). Det vil være av stor betydning å utarbeide og videreutvikle kunnskap for bruk i barnevernsinstitusjonene. Flere metoder anvendt på forskjellige problemstillinger vil derfor kunne gi flere og bedre muligheter for behandlingstilbud

Bakgrunnen for at jeg har valgt denne tematikken kommer fra min egen erfaring og virke i arbeid ved barnevernsinstitusjoner både i og utenfor studier. Flere av ungdommene jeg har møtt på institusjoner har gitt uttrykk for dypere emosjonelle påvirkninger. I denne sammenheng har jeg sett nødvendigheten for nettopp å kunne benytte seg av godt dokumenterte metoder for å hjelpe traumatiserte barn og unge. Videre har jeg observert at flere ansatte ved barnevernsinstitusjoner, primært jobber ut ifra egen intuisjon og/eller faglig resonnering. Dette vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å dekke barn og unges behov for omsorg. Det er riktignok slik at noen unge kommer fra oppvekst preget av betydelige traumatiseringer. For å dekke deres behov for omsorg, bearbeiding og behandling, vil det ofte være nødvendig med en mer omfattende metodikk.

Videre er dette emnet mer og mer relevant for barnevernsstudiet og mitt fremtidige arbeidsliv. Dette understrekes ved stadighet at et større fokus på kompetanseheving og kunnskapsløft i barnevernssektoren vil være imperativt i de kommende årene.

## **1.2 Problemstilling og avgrensing**

Problemstillingen for denne oppgaven er «*Hvordan kan barnevernsinstitusjoner møte barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep?*». For å forstå hvordan barnevernsinstitusjoner skal kunne jobbe med barn utsatt for seksuelle overgrep er det primært viktig å se til hvilke konsekvenser overgrep har for barn og unge. Dernest vil det nødvendigvis være viktig å se til ulike former for metodikk som kan anvendes i barnevernsinstitusjoner. Årsaken til at barn og unge befinner seg på institusjoner er ofte sammensatt. Det kan skyldes iboende psykiske problemer eller ytre faktorer slik som rus og kriminalitet. Svært ofte er imidlertid plasseringer på institusjon et direkte resultat av omsorgssvikt fra foresatte. (Ulset, 2010, s. 49). Derfor er det særdeles viktig at samfunnet tilstreber å skape en forsvarlig og individuell tilpasset tilværelse for barn på institusjon. Dette innebærer at vi må se barn som individuelle vesen, og innstille oss på at disse kan ha forskjellige emosjonelle og omsorgsmessige behov.

Seksuelle overgrep mot barn er et stort og omfattende tema. Det har derfor vært nødvendig å avgrense omfanget på denne oppgaven. Denne oppgaven vil derfor hovedsakelig omhandle seksuelle overgrep mot barn i egen familie. Dette innebærer at barna og ungdommene beskrevet i denne oppgaven kommer fra familier med vedvarende omsorgssvikt, og ikke nødvendigvis enkeltstående episoder av seksuelle overgrep fra personer utenfra barnets nettverk.

Det er også viktig å understreke at begrepet seksuelle overgrep ikke kun handler om seksuelle overgrep, men også omfatter former for seksuelle krenkelser. (Folkehelseinstituttet, 2020).

Videre vil metodikken for å imøtekomme disse barna avgrenses til metoder som hovedsakelig anvendes av barnevernsinstitusjoner. Her er det også valgt noen få, men konkrete metoder. I denne sammenheng vil det også være viktig å påpeke at bruken av begrepet *barn* eller *unge* i denne oppgaven, omfatter barn i alderen 0-18 år. I tilfeller der jeg beskriver barn og unge på institusjon vil dette imidlertid fortrinnsvis omfatte barn i alderen 12-18 år, da dette er den primære «brukergruppen» på barnevernsinstitusjoner.

### **1.3 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven vil først beskrive ulike begreper, statistikk og juridiske rammer rundt seksuelle overgrep. Dette for bedre forståelse av bakgrunnen for det som skal drøftes senere i oppgaven. Videre følger et kapittel om metodologi generelt, men også aspekter ved den teoretiske forståelsen av barn og unge som er utsatt for overgrep. Dette innebærer en gjennomgang av problemstillinger rundt begreper som *tilknytning* og *tilknytningsforstyrrelser*. Deretter følger en gjennomgang av atferdsvansker for disse utsatte gruppene. I et eget kapittel diskuteres andre aspekter av seksuelle overgrep som mestring og overlevelsesstrategier samt resiliens. Dette er et anses som svært viktig.

Deretter gjennomgås de ulike relevante anerkjente metodene benyttet i møte med barn og unge utsatt for seksuelle overgrep. Her vil det forløpende gjennomgås aspekter ved metodene «Miljøterapeutisk tilnærming», «Den dialogiske samtalemotoden», «Motiverende Intervju» og «Traumebevisst omsorg».

## **2.0 Seksuelle overgrep**

### **2.1 Hva er seksuelle overgrep**

Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet) anfører følgende definisjon av seksuelle overgrep: «*Seksuelle overgrep omfatter fysisk og/eller psykisk krenkelse av en persons seksuelle integritet. Enhver seksuell handling utført mot noen som gir, eller er i stand til å gi, sitt samtykke, og hvor handlingen medfører subjektivt ubehag, smerte, frykt eller annen opplevelse av krenkelse defineres som seksuelt overgrep.*» (Bufdir, 2018).

Videre kan seksuelle overgrep defineres inn i tre kategorier:

*Seksuell atferd* «(...) omfatter blant annet blotting, masturbasjon og fremvisning av pornografiske bilder og filmer» (Vandvik, 2020)

*Seksuell handling* «(...) innebærer at gjerningsmannen er i berøring med den det går utover, for eksempel ved berøring av kjønnsorganer» (Vandvik, 2020)

*Seksuell omgang* «(...) omfatter blant annet samleie, samleielignende forhold (som kontakt mellom munn og kjønnsorgan) eller masturbering av den andre personen» (Vandvik, 2020)

### **2.1 Juridiske rammer**

Juridisk omfattes seksuelle overgrep mot barn og ungdom i all hovedsak gjennom straffelovens kapittel 26 om seksuallovbrudd. Straffeloven kategoriserer seksuelle overgrep ut ifra offerets alder, type handling og grad av grovhet. I straffeloven skilles det mellom seksuelle overgrep der offeret er under 14 år, 16 år og 18 år. Det skilles også mellom seksuell omgang, seksuelt krenkende atferd og seksuell handling. Fra straffelovens kapittel 26 er følgende paragrafer av betydning for denne oppgaven:

§299 – Voldtekt av barn under 14 år

§302 – Seksuell omgang med barn mellom 14 og 16 år

§304 – Seksuell handling med barn under 16 år

§305 – Seksuelt krenkende atferd mv. ovenfor barn under 16 år

§312 – Incest

(Straffeloven, 2005)

I tillegg til straffeloven vil det være hensiktsmessig å se til barnevernloven. Det er av særdeles interesse å se til formålsparagrafen (§ 1-1), samt plasseringshjemplene i barnevernloven.

Barnevernlovens §1-1 lyder slik:

*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, kjærighet og forståelse og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår.*

(Barnevernloven, 1992)

Det er barnevernlovens formålsparagraf som legges til grunn for alt arbeid i barnevernet.

Derfor er denne loven svært viktig sett i lys av hva som er beskrevet i denne oppgaven.

Videre er de følgende plasseringshjemplene fra barnevernloven viktige:

§4-4 – Hjelpetiltak for barn og barnefamilier

§4-6 – Midlertidige vedtak i akuttsituasjoner

§4-12 – Vedtak om å overta omsorgen for et barn

§4-24 – Plassering og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke

§4-26 – Tilbakehold på institusjon på grunnlag av eget samtykke

(Barnevernloven, 1992)

## **2.2 Statistisk omfang**

Ifølge en studie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2014 rapporterer 15% av deltakerne en eller annen form for seksuelle overgrep eller krenkelse før fylte 18 år. I tillegg har 2,9% rapportert om voldtekt før fylte 18 år. Studien fant at ved voldtekt og seksuell kontakt hos jenter før fylte 13 år, var 87-90% av overgriperne personer de kjente. Derimot viser studien at hos menn som rapporterte om seksuell kontakt før 13 år var 23% ukjente overgripere. Totalt sett hadde riktignok de fleste kjennskap til overgriperen.

Studien fant også at 1 av 4 av deltakerne aldri hadde fortalt om overgrepene.

Seksuelle overgrep i nære relasjoner er et betydelig og prevalent problem i den norske befolkningen. Fenomenet er dessuten til dels uavhengig av sosioøkonomiske forhold. Denne

statistikken tyder altså på et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. (Thoresen & Hjemdal 2014)

### **3.0 Metodologi og metodevalg**

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert, 1985, s.196). Hensikten med bruk av metode er å sikre en gyldig og legitim besvarelse. Denne oppgaven er hovedsakelig basert på en litteraturstudie. Først har jeg grovsortert relevante bøker og fagartikler i digitale fagressurser. Deretter har jeg sortert disse etter relevans. I tillegg har jeg på en mer omfattende måte gått gjennom relevant litteratur og artikler som fremstår mye brukt og som viser stor grad av grundige analyser. Det har også vært vektlagt å finne fram litteratur og artikler som er av gjennomgående god kvalitet og som derfor er mye sitert. Jeg har hele tiden også forsøkt å undersøke om noen av kildene har vært gjenstand for faglig berettiget kritikk.

Et viktig poeng er også å bruke kilder fra et diversifisert utvalg av vitenskapelige miljøer som dermed kan komme med ulike vinklinger på den aktuelle problemstillingen. Dessuten har jeg også til en viss grad lagt vekt på lærestoff fra studiet som også har vist seg relevant for min oppgave. Det har dessuten vært viktig, relevant og nyttig med personlige meddelelser. Dette kommer fram i oppgaven. Ved å knytte sammen flere anerkjente litteraturkilder har jeg etter beste evne også kunnet trekke ut selvstendige slutninger som forhåpentligvis vil stå igjen som solide og valide for denne oppgaven.

#### **4.0 Teoretisk forståelse av barn og unge utsatt for seksuelle overgrep**

ACE (Adverse Childhood Experiences) er en anerkjent og mye sitert internasjonal studie med den hensikt å undersøke sammenhengen mellom traumer og krenkelser i barndom og somatiske og psykiske lidelser i senere liv. Gjennom analyse av en stor gruppe mennesker fant man tydelige tegn på denne sammenhengen. Risikoen for utvikling av disse lidelsene økte også korrelert med antall traumer barnet var utsatt for. (Felitti et al., 1998)

Det er en bred vitenskapelig konsensus rundt det faktum at traumer i barndommen kan ha negativ påvirkning og effekt på barn og unges psykiske helse og utvikling. Videre i dette kapitlet vil det redegjøres for noen ulike typer konsekvenser seksuelle overgrep har for barn og unge. Her blir blant annet områder som tilknytningsteori sentralt. Det vil være hensiktsmessig å se til ulike konsekvenser seksuelle overgrep har på barn, slik at vi etter hvert kan forstå hvordan vi kan hjelpe disse.

#### **4.1 Tilknytning**

Kvellido (2012, s. 117) skriver følgende om tilknytning at *«Med tilknytning menes de emosjonelle båndene barn har til primære omsorgspersoner, altså hvor trygge eller utrygge de er på dem.»* I en bredere sammenheng kan vi se på tilknytning som ethvert menneskes emosjonelle relasjon til andre i sitt sosiale og familiære nettverk.

Det er mye som tyder på at seksuelle overgrep og traumer vil ha en negativ innvirkning på barn og unges tilknytning og tilknytningsmønstre. Alvorlige seksuelle overgrep mot barn av omsorgspersoner er særdeles problematisk. Konsekvensen kan være at barnet paradoksalt sett knytter seg til den voksne på en måte som hemmer og skader barnets utvikling av selvopplevelse og tilpasningsevne. Videre vil dette redusere barnets evne til å etablere intime og stabile forhold til andre. Omsorgssvikt over tid vil også kunne forsterke effekten av de seksuelle overgrepene (Killén, sitert i Barne- og familiedepartementet, 2003, s. 13). Det er imidlertid viktig å påpeke at seksuelle overgrep på barn ikke alltid vil resultere i negativ påvirkning av tilknytningsmønstre. Dette vil i stor grad være avhengig av faktorer slik som barnets daglige omsorgsatmosfære, barnets resiliens, og om de seksuelle overgrepene er gjentakende eller om det er et enkelttilfelle.

Mary Ainsworth er kjent for sin klassifisering og tilnærming til ulike tilknytningsmønstre. Gjennom forskning på småbarn, kom hun fram til fire forskjellige dimensjoner, eller klassifiseringer, som ga uttrykk for kvaliteten i tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver. Disse ulike tilknytningsdimensjonene ble tildelt følgende navn; Trygg tilknytning



(klassifikasjonstype B), utrygg og unnvikende tilknytning (klassifikasjonstype A), utrygg og ambivalent tilknytning (klassifikasjonstype C). Opprinnelig fant Ainsworth kun de tre klassifikasjonene A, B og C. Ainsworth og hennes kollegaer fant likevel etter hvert en fjerde dimensjon med atypisk tilknytningsmønster, som de kalte desorganisert/desorientert tilknytning. Senere er det dokumentert sammenhenger mellom den desorganiserte tilknytningstilen og eksempelvis seksuelle overgrep (Smith, 2017, s. 144 – 148).

De ulike formene for tilknytning ble opprinnelig observert hos barn i et-års alderen. Det er riktignok slik at vi kan observere effekten av de ulike tilknytningsstilene i senere alder.

#### **4.1.1 Utrygg og desorganisert tilknytning**

I forståelsen av barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep av foreldre eller omsorgsgiver er det hensiktsmessig å studere den utrygge og desorganiserte tilknytningen. Mary Main (2009) er en amerikansk psykolog som har forsket mye innen tilknytningspsykologien. Hos Mains forskning på tilknytning finner vi viktige og relevante observasjoner på trekk og indikatorer ved den desorganiserte tilknytningen hos barn i ulike aldersgrupper.

Gjennom observasjoner av spedbarn med desorganisert tilknytning så man klare fellestrekk ved at barna hadde varierende og kontradiktoriske atferdsmønstre som ikke hadde noe klar intensjon eller forklaring. Main rubriserte dette i syv ulike trekk som tydet på desorganisert tilknytning. Viktige faktorer var blant annet kontradiktorisk atferd, urettede/misledende uttrykk, samt abnormale/inkonsekvente positurer og bevegelser.

Ved observasjoner av barn i seksårsalderen så Main at barna uttrykte katastrofeartede og destruktive fantasier, og generell frykt i situasjoner med omsorgsgiver. I tillegg fant Main at barna formidlet atferd hun kalte *controlling-punitive* og *controlling-caregiving*. Dette innebærer at barna forsøker å kontrollere omsorgssituasjonen, gjennom henholdsvis straff eller omsorgsgivende atferd. (Main, 2009, s. 341-350)

#### **4.1.2 Tilknytningsforstyrrelser**

Barn og unge utsatt for seksuelle overgrep har en betydelig risiko for å utvikle tilknytningsforstyrrelser av varierende karakter. Tilknytningsforstyrrelser er en samlebetegnelse for psykiske lidelser relatert til tilknytningsbegrepet, og har i ICD-10 (Grøholt, Garløv, Weidle, Sommerschild, 2015, s. 179) navnet «*Forstyrrelse i sosial fungering*». Derunder finner vi to klassifiseringer; F94,1 «*reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen*», og F94,2 «*udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen*». Den

reaktive tilknytningsforstyrrelsen karakteriseres ved at barnet eksempelvis er preget av aggresjon, ambivalens og motstridene reaksjoner. Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse kan kjennetegnes ved at barnet viser en oppmerksomhetssøkende, men diffust og ukritisk forhold til andre barn. Det kan også forekomme emosjonelle forstyrrelser ved begge klassifiseringene (Grøholt, Garløv, Weidle, Sommerschild, 2015, s. 179).

Disse symptomene har også en sterk korrelasjon med miljøbelastninger fremfor mangler i barnets funksjonsevne (Kay & Green, sitert i Grøholt et al., 2015, s. 181). Det er derfor med stor sannsynlighet sammenheng mellom tilknytningsforstyrrelser og forhold ved omsorgssituasjon. Forhold slik som omsorgssvikt og overgrep kan i den sammenheng være utløsende faktor for tilknytningsforstyrrelser

Videre ser vi at eldre barn og ungdommer, ved plassering i f.eks. fosterhjem, kan ha vansker med psyken, samt sosiale situasjoner (Backe-Hansen et al., sitert i Grøholt et al., 2015, s. 314). Dette kan i flere tilfeller tilskrives omsorgssvikt og traumatiske situasjoner i barndommen. Det er altså tydelig at forstyrrelser ved barns tilknytningsmønster kan ha langtidsstrekkinge virkninger gjennom hele barndommen så vel som i voksen alder.

## **4.2 Atferdsvansker**

Atferdsvansker hos barn og unge er et meget vidt begrep, og omfatter ulike former for utagering av varierende karakter. Disse atferdsvanskene kan variere fra noe begrenset og moderat atferd, til mer uttalt og aggressiv atferd. En betydelig utfordring ved arbeidet med barn og unge med atferdsvansker, er at disse ofte har et heterogent symptomforløp. Dette betyr at atferden kommer til uttrykk på forskjellige måter fra barn til barn. Dette kan blant annet variere med kjønn, alder og alvorlighetsgrad (McMahon, Wells & Kotler, sitert i Solholm og Jakobsen, 2009, s. 5)

Den anerkjente og mye siterte norske TOPP-studien (Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid) har undersøkt sammenhenger mellom blant annet oppvekstforhold og problematferd hos barn (Folkehelseinstituttet, 2018). Studien fant nære sammenhenger mellom utvikling av atferdsvansker og oppvekstmiljø. Videre tydet studien på at positive endringer i barnets omsorgssituasjon, minsket sannsynligheten for utvikling av atferdsvansker og psykiske lidelser. På samme måte vil vedvarende uheldige og uønskede belastninger opprettholde risikofaktorer forbundet med atferdsproblematikk og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette er en viktig betraktning å ta hensyn til når vi forsøker å se til bakgrunner for atferdsvansker.

Atferdsvansker er ofte forbundet med begrepet selvregulering. Selvregulering omfatter en persons evne til å regulere, eller det å styre seg selv. Gjennom en god oppdragelse og sosialisering i barndommen, vil barnet sannsynligvis utvikle gode evner til selvregulering. Denne selvreguleringen har også betydning for barnets atferdsregulering. Gjennom oppveksten og oppdragelsen vil barnet lære seg former for opp- og nedregulering av hele det emosjonelle spekteret. Dette innebærer at barnet lærer seg å styre sin egen aktivisering i gitte situasjoner. I spedbarnsalder vil dette utvikles gjennom ytre regulering. Dette betyr at foresatte, eller andre omsorgspersoner, regulerer barnets emosjoner gjennom f.eks. trøst. Senere i utviklingen vil dette utvikles gjennom samregulering. Samreguleringen skjer når barnet har en viss grad av selvregulering, men fortsatt har behov for bistand og regulering fra andre (Kvillo, 2015, s. 73). Et dårlig og ustabil omsorgsmiljø vil derimot svekke barnets ferdigheter i selv- og atferdsregulering. I traumatiserende omsorgsomgivelser, slik som ved tilfeller av seksuelle overgrep, vil derfor en svekket utvikling av selvregulering øke sannsynligheten for atferdsvansker.

Psykiske vansker i sin helhet kan også karakteriseres som enten eksternaliserende eller internaliserende. Internaliserende vansker handler om indre problemer, slik som angst og nedstemthet. Eksternaliserende vansker omfatter derimot utagerende og sosiale vansker, som eksempelvis atferdsproblemer. Det er vanligvis flere gutter enn jenter med eksternaliserende vansker og atferdsproblematikk. Disse forskjellene vil riktignok utjevnes i noen grad i ungdomsalderen (Kvillo, 2015, s. 157). Et annet viktig moment er at det ofte er omsorgsutøvelsen som er den primære og vanligste risikofaktoren for utviklingen av både internaliserende og eksternaliserende vansker (Morawska et al., sitert i Kvillo 2015, s. 157). Det er i denne sammenheng viktig å understreke at det finnes flere former for genetisk betingede risikofaktorer som også kan spille inn.

I en redegjørelse for atferdsvansker vil det også være hensiktsmessig å se til betegnelsene egosyntone og egodystone symptomer. Egosyntone symptomer vil si at barnet opplever sin egen atferd som normal eller rimelig i forhold til seg selv (Malt, 2019). Egodystone symptomer kjennetegnes derimot ved at barnet opplever atferdsmønsteret sitt som uvanlig eller fremmed i forhold til seg selv (Malt, 2019). Egosyntont atferdsmønster er derfor problematisk sett i behandlingsøyemed. Når barnet selv ikke innser eller forstår sin problematiske atferd som urimelig, vil det være vanskelig å møte disse med motivasjon og endringsfokus (Kvillo, 2015, s. 158)

### 4.2.1 Atferdsforstyrrelser

Betegnelsen *alvorlige atferdsforstyrrelser* kategoriseres under ICD-10 koden F91 (Grøholt et al., 2015, s. 51 og 55)., der atferdsforstyrrelser videre er inndelt i fire undergrupper:

F91.0 *Atferdsforstyrrelser begrenset til familien*: Dette innebærer at atferdsforstyrrelsen er begrenset til den grad at det kun foregår i hjemmet

F91.1 *Usosialisert atferdsforstyrrelse*: Dette vil si at atferden hovedsakelig fremtrer på egen hånd, uten at den involverer andre jevnaldrende.

F91.2 *Sosialisert atferdsforstyrrelse*: Dette betyr at atferden fremkommer og utføres sammen med andre jevnaldrende.

F91.3 *Opposisjonell atferdsforstyrrelse*: Denne formen for atferdsforstyrrelse opptrer hovedsakelig i småbarnsalderen og er i mindre grad alvorlig enn de forrigenevnte kategoriene.

Her understrekes det også at omgivelsesfaktorer, slik som omsorgsmiljøet, er en betydelig faktor for utvikling av disse former for atferd (Grøholt et al., 2015, s. 51 og 55).

### 4.3 Ytterligere aspekter og påvirkninger av seksuelle overgrep

Som nevnt tidligere, er det dokumentert at seksuelle overgrep kan ha store konsekvenser for barns tilknytning. Det må imidlertid poengteres at slike seksuelle overgrep også kan komme til syne hos barnet på svært mange andre måter. Blant annet ser vi at barn og unge kan vise forskjellige atferdsmønstre, og mestrings- og overlevelsestrategier under omsorg preget av omsorgssvikt og seksuelle overgrep. I det videre kapittelet vil det redegjøres for noen av disse påvirkningene. I tillegg vil det være nødvendig å redegjøre for begrepet resiliens når vi skal forstå barn og unges møte med seksuelle overgrep.

#### 4.3.1 Mestring- og overlevelsestrategier

Killén skriver at vekst og læring «(...) setter barnet i stand til å tilpasse seg miljøet. Det tilpasser seg selv og får miljøet til å tilpasse seg, men miljøet lar seg ikke alltid endre. Dette gjelder i høy grad barn som er utsatt for omsorgssvikt» (Killén, 2015, s. 146).

Denne skildringen av barn utsatt for omsorgssvikt kaster lys på hvorfor ulike mestrings- og overlevelsestrategier utvikles. Når barn lever i et vedvarende dårlig miljø, slik som ved omsorgssvikt og/eller seksuelle overgrep, kan de ofte være svært emosjonelt belastende. Derfor må disse barna utvikle strategier for å overleve og mestre hverdagen på egenhånd. Dette ser vi f.eks. gjennom at nevnte barn i større grad klarer seg selv, og derfor forsøker å være «uavhengige» av omsorgspersonene. Enkelte barn vil også utvikle evner til å identifisere

og avlede mulige farlige omsorgssituasjoner, slik som ved vold eller overgrep. Andre barn kan derimot ha store vansker med å møte slike situasjoner, og kan lide store emosjonelle tap. Barns overlevelsesstrategier må derfor sees som barns metoder og strategier for å mestre truende situasjoner (Killén, 2015, s.146-147).

Videre beskriver Killén to hovedformer for overlevelsesstrategier: *Overdreven tilpasning* og *utagerende*. I tillegg skildrer Killén de *blandede strategiene*. Barna som faller under gruppen *overdreven tilpasning*, vil ofte underlegge og oppføre seg på en måte som hindrer ønskede reaksjoner fra omsorgsgivere. Disse barna vet, bevisst eller ubevisst, at enhver situasjon kan utvikle seg til en truende når som helst. Derfor vil de utvikle strategier som vil forhindre slike situasjoner gjennom eksempelvis å avlede eller behage omsorgsgiver. Videre kan denne gruppen kategoriseres inn i tre undergrupper: 1. *De som presterer godt*, 2. *De som påtar seg omsorgsgiverrollen* og 3. *De som er passive og underkastende*. Den første gruppen er barn som har stor tilpasningsevne. Disse vil til enhver tid forsøke å tilfredsstille foreldrenes behov og forventinger for å unngå farlige situasjoner. Den andre gruppen har lært at de må påta seg omsorgsgiverrollen, og dermed at det forventes at de skal ta vare på foreldrene sine. Den tredje gruppen er passive og underkastende i omsorgssituasjonen. Disse barna har enten manglende ressurser, eller har ikke lært seg å bruke sine ressurser til å motstå eller tilfredsstille foreldrenes behov og forventinger. Det kan ofte skje at disse barna i større grad bruker ressurser på å håndtere sine egne følelser.

Den *utagerende overlevelsesstrategien* kommer til syne gjennom krakilsk og destruktiv atferd. Barn med denne overlevelsesstrategien kjennetegnes altså gjennom sterk indre og ytre uro. Disse barna forsøker å skape en form for kontroll av omgivelsene gjennom aggresjon. Dette kan oppstå ved at barnet feiltolker situasjoner og går til forsvar gjennom aggresjon. På samme måte som enkelte barn vil motstå truende situasjoner i omsorgen ved å innfri foreldrenes forventinger og behov, vil andre barn lære seg at aggresjon er det beste forsvar. Denne strategien er imidlertid lettere å oppdage i andre aspekter ved barnets liv. Eksempelvis ser vi at enkelte barn som er utsatt for omsorgssvikt også viser utagerende atferd i skole og andre sosiale sammenhenger.

Det er viktig å understreke at ikke alle barn utsatt for omsorgssvikt og overgrep kun bruker en av overlevelsesstrategiene. Det er flere tilfeller der barn vekslende sett vil bruke begge strategier, alt avhengig av situasjonen de befinner seg i. Hos et barn som er overdrevent tilpasset, kan det for eksempel oppstå aggresjonsutbrudd. Det er også flere observasjoner av barn som bruker strategier som ikke helt passer inn i de nevnte, og noe rigide definisjonene av

overlevelsesstrategiene. Noen barn kan eksempelvis bruke ulike forsvarsmekanismer slik som benektelse og dissosiering. Andre barn kan også bruke unnvikelsesstrategier gjennom at de enten fysisk eller følelsesmessig trekker seg tilbake fra omsorgsgiver. De forskjellige overlevelsesstrategiene vil i varierende grad også påvirke barnets sosiale liv. Et barn med mye utagering kan ha vansker for å knytte stabile sosiale bånd. Enkelte barn utsatt for seksuelle overgrep kan også utvikle seksualisert atferd. Disse barna vil tilnærme seg andre mennesker på lignende måte som de har lært av overgriperen. Dette kan være utfordrende i sosiale settinger, så vel som i skolesammenheng (Killén, 2015, s 148- 152).

#### **4.3.2 Resiliens**

I forståelsen av barn og unges møte med seksuelle overgrep er det av betydning å forstå begrepet *resiliens*. Dette for å forstå at overgrep kan ha forskjellig påvirkningskraft, avhengig av barnets resiliens.

Begrepet resiliens kommer opprinnelig fra det engelske ordet «resilience». Det er vanskelig å oversette dette direkte. Ordes betydning på norsk kan i denne sammenheng forklares ved evnen barn/unge har til å få/utvikle positive evner til tross for tidlige vanskeligheter i livet. Av den grunn vil mange definere høy grad av resiliens som en positiv egenskap. Noen barn kan for eksempel ha store mentale problemer med en oppvekst preget av omsorgssvikt, mens andre barn i en liknende situasjon kan håndtere dette på en vesentlig bedre måte (Kvello, 2008, s. 24).

Det er gjort betydelig og omfattende forskning på hvilke faktorer som spiller størst rolle hos personer med høy resiliens. Hjemdal og hans medforfattere har delt disse inn i 15 hovedgrupper. Blant viktige faktorer finner vi evnen til å beholde håp ved motgang og god sosial kompetanse. Av dette fremgår det også at egostyrken hos det enkelte barn er av avgjørende betydning for høy resiliens (Hjemdal et al., sitert i Kvello, 2008, s. 24).

Kunnskap om resiliens er også viktig for mennesker som jobber med utsatte barn og unge. Ved å bruke kunnskapen vi har, kan vi etter beste evne nettopp forsøke å «bygge opp» egostyrken hos den enkelte. Imidlertid må det da presiseres at måten dette gjøres på kan være svært forskjellig mellom de enkelte individer. I denne sammenhengen syntes det hensiktsmessig å trekke frem resiliensperspektivet til Kari Borge. Borge utdyper dette ved å hevde at i møtet med utsatte barn må vi være meget fokusert på styrke barns «kognitive, sosiale og adferdsmessige evner», slik at de blir mindre sårbare overfor vanskelige situasjoner i hverdagen (Borge, sitert i Gjertsen, 2015, s. 192).

Bruken av resiliens mot sårbarhet i ordets videste forstand har også endret seg betydelig med årene. For femti år siden var gruppen av «risikobarn» preget av materiell fattigdom som kunne påføre de betydelige vanskeligheter. I dag ser vi vel så mye en dreining mot «immateriell» fattigdom som omsorgssvikt, barn som blir mobbet, barn som ikke er tilpasningsdyktig på skolen osv. (Gjertsen, 2015, s 193).

## **5.0 Metoder og drøfting av barnevernsinstitusjoners møte med seksuelle overgrep**

Barnevernsinstitusjoner i Norge er hovedsakelig dedikert for utsatte barn drevet av det offentlige, private eller andre ideelle organisasjoner. De offentlige institusjonene er regulert og driftet av Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten), og de private må også være godkjent av Bufetat. Det er flere ulike grunner til at barn og ungdom blir plassert på institusjon. Dette kan for eksempel være på bakgrunn av rusproblematikk, atferdsutfordringer eller at foresatte ikke er i stand til å ivareta omsorgen til barnet eller ungdommen. I denne sammenheng er det også viktig å nevne at barnevernsinstitusjonene ofte er delt med bakgrunn i målgruppe. Herunder finner vi blant annet atferd-, rus- og akuttinstitusjoner, i tillegg til ordinære omsorgsinstitusjoner. Det er imidlertid viktig å påpeke at barn under 12 år som regel blir plassert i fosterhjem fremfor institusjon. Det er til enhver tid den kommunale barnevernstjenesten, med grunnlag i barnevernsloven, som beslutter og fatter vedtak om plassering på institusjon. Fylkesmannen vil også føre tilsyn ved barnevernsinstitusjonene for å sikre at barn og ungdom får forsvarlig omsorg og behandling (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2020).

Videre i dette kapittelet vil det redegjøres for ulike tilnærminger og metoder barnevernsinstitusjoner kan benytte seg av for å imøtekomme barn og unge som er utsatt for seksuelle overgrep. I tillegg vil det drøftes rundt de ulike tilnærmingene og metodene.

### **5.1 Miljøterapeutisk tilnærming**

Først vil vi se til den rent miljøterapeutiske tilnærmingen på institusjon. Dette fordi miljøterapien kan sees som det essensielle i barnevernsfaglig institusjonsarbeid. Fra Store medisinske leksikon finner vi denne definisjonen av miljøterapi: «*Miljøterapi er en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov*» (Vandvik, 2019).

Egelund og Jakobsen (sitert i Kvaran & Holm, 2012, s. 147-149), fremhever fire sentrale hovedpunkter ved det miljøterapeutiske arbeidet på institusjon.

Det første punktet handler om å skape trygghet og forutsigbarhet. Dette innebærer at det må legges vekt gode og stabile rutiner ved en institusjon. En betydelig andel av barn og unge som er plassert på institusjon kommer fra hjem der faste rutiner og felleskap er tilsidesatt. En annen sentral hensikt ved dette punktet er at livet til barna ved institusjonen i vesentlig grad skal være preget av faste strukturer og oversiktighet. Den grunnleggende filosofien bak dette



punktet er at barnets kaotiske indre er en gjenspeiling av deres turbulente hjemmemiljø. Derfor vil det være hensiktsmessig å skape gode strukturer og rammer for barnet.

Det andre hovedpunktet innebærer at miljøterapeuten må ha forståelse for barnets individuelle behov. Barns trygghet er også i stor grad avhengig av dets behovstilfredsstillelse. De ansatte ved institusjonen har sin hensikt og berettigelse i å vise omsorg og emosjonell støtte, og gi tilbud om forskjellige aktiviteter. Barn og unge på institusjoner kommer ofte fra hjem preget av manglende omsorg. Derfor er det svært viktig å imøtekomme deres individuelle behov for omsorg og oppmerksomhet. I det daglige arbeidet ved en institusjon må en ofte stå i overveielser mellom gruppen og den enkeltes behov. Derfor er innføring av ordninger slik som hovedkontakter en essensiell funksjon for å sikre at alles behov blir ivaretatt. Noen barn trenger ro eller avstand, mens andre har større behov for oppmerksomhet eller kontakt med voksne. Dette innebærer at ansatte til enhver tid må være i stand til å se den enkeltes behov.

Det tredje hovedpunktet i innebærer å skape relasjoner gjennom anerkjennelse og verdsettelse. Dette betyr at miljøterapeuten må være i stand til å skape stabile og positive relasjoner med barnet, på en måte som er anerkjennende og verdsettende. På barnevernsinstitusjoner er relasjonsbygging en av de mest sentrale formålene. Barn og unge på institusjon kan ofte komme fra familier preget av krenkelser og vondskap. Miljøterapeuten må altså ha forståelse for at avvisning ofte har sitt grunnlag i fra barnets opplevelser og inntrykk fra oppveksten. Disse barna trenger voksenfigurer som er tolerante og som tar seg tid til dem, slik at de etter hvert kan gjenvinne tilliten til voksne og føle seg verdsatt.

Det fjerde hovedpunktet handler om å utvikle barnets ferdigheter og selvstendighet. Et grunnleggende poeng i miljøterapien er at man skal tilrettelegge og sikre barnets mulighet for utvikling. Det innebærer blant annet at institusjonen må tilrettelegges slik at barnets hverdag i høyest mulig grad er lik andre barns hverdag. Dette omfatter blant annet skole, sosialt liv og fritidsaktiviteter. Barn og ungdom på institusjon befinner seg i sårbare livssituasjoner med mange nye rammer og rutiner å forholde seg til. Det å tilrettelegge for ordinære og normale liv må derfor være et viktig skritt i å forhindre institusjonalisering. Miljøterapeuten må legge vekt på institusjonen som en læringsarena for utvikling av nye ferdigheter og sosial kompetanse. På samme måte må det tilrettelegges for psykososial utvikling og bearbeiding av oppvekst og traumer. Dette er også fundamentalt sett avgjørende at institusjonen har et fornuftig og godt forhold til barnets skole og sosiale miljø (Kvaran & Holm, 2012, s. 147-149).

Lillevik og Øien (2015, s. 60-63) tar opp interessante momenter ved miljøterapi i en utgave av tidsskriftet *Sykepleien*. Forfatterne legger vekt på å definere hva miljøterapi innebærer. De peker på at miljøterapi prinsipielt sett er mer en måte å faglig tenke på og i mindre grad en konkret metode. I denne artikkelen poengteres det betydningen å definere begrepet miljøterapi. Her legges det vekt på at enhver aktivitet må begrunnes faglig og må være godt planlagt. Helt sentralt står miljøterapeutens relasjon til det enkelte individ. Miljøterapeutens viktigste rolle er å være støttende og gi håp. Samtidig må terapeuten formidle betydningen av godt samarbeid og det å være tilstedeværende for den enkelte. Videre trekkes det fram miljøterapeutens to prinsipielle innfallsvinkler. På den ene siden har man den adferdsmessige tilnærmingen som først og fremst setter søkelys på oppfølging av uønsket oppførsel. På den annen side kan man bruke en humanistisk tilnærming hvilket innebærer å stimulere til bedret autonomi hos enkeltindividet.

Miljøterapi fremstår som en viktig del i oppfølging av utstøtte gruppe av barn og unge. Det er imidlertid viktig å ha en felles begrepsforståelse for hva dette innebærer. I generelle termer kan man si at miljøterapeutens rolle må skje innenfor definerte roller og ressurser på den enkelte institusjon. Uavhengig av hvilken tilnærming man bruker i miljøterapi er respekt og holdninger helt sentralt. Om terapeuten hovedsakelig legger vekt på adferd eller autonomi vil holdningen, støtten og empatien med den enkelte være det aller viktigste. Miljøterapeutens rolle spiller i dag en viktig rolle i møte de mest sårbare gruppene av barn og unge. Miljøterapi vil med sine sterke og svake sider derfor alltid være en viktig del i den tverrfaglige tilnærmingen til utsatte grupper barn og unge.

## **5.2 Samtalemetoder på barnevernsinstitusjon**

Samtalemetoder vil skape gode forutsetninger for bearbeiding og hjelp i møte med barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Ansatte ved barnevernsinstitusjoner kan gjennom ulike samtalemetoder møte barnet og dets problematikk på en profesjonell og forsvarlig måte. Disse samtalemetodene er i samspill med faglig forankret skjønnsutøvelse, et godt grunnlag for arbeidspraksis med barn og unge på institusjon.

### **5.2.1 DCM – Den dialogiske samtalemetoden**

«Den vanskelige samtalen» eller «Den dialogiske samtalemetoden» (DCM), er en undersøkelse av Langballe, Gamst og Jacobsen utgitt i 2010, som tar for seg bruken av samtalemetodikk først tilpasset dommeravhør. Studien har undersøkt om metodikken lar seg anvende for barnevernkonsumenter. Sentralt er at barnet skal bli forstått og får bearbeidet egne

erfaringer og følelser gjennom tillitsfulle samtaler. Informasjon må hentes utstrakt barnets egne erfaringer og perspektiv. Samtalene må også føres i trygge omgivelser der barnet føler seg vel. Ved å skape trygghet mellom barnet og samtalepartner vil viktig informasjon bli tilgjengelig. På den måten kan også barnet få fram tanker som kan være til hjelp på lengre sikt. Et viktig poeng i DCM er behovet for tett oppfølging. Ferdigheter, holdninger og væremåte som er tillært gjennom samtaler øker gjennom slike samtaler på kort sikt, men studien viser at hvis ikke samtalene fortsetter utover 6 måneder vil disse igjen avta.

Selv om metoden i utgangspunktet primært er utviklet for å hente ut informasjon, vil den også være anvendbar som et verktøy for å bearbeide følelser. I prinsippet kan metoden altså både brukes i strukturerte/planlagte samtaler, men også i spontane samtaler. Ved akutt plasseringer på institusjon kan metoden f.eks. anvendes på måter som ikke nødvendigvis har fokus på avdekking. Her er det imidlertid viktig å lytte til barnet, og kommunisere på en måte som er anerkjennende og støttende. Vel så viktig er det at barnet må få innfridd sine behov for beskyttelse, informasjon og mulighet for å dele egne erfaringer og følelser. Dessuten er metoden et godt redskap som skaper trygghet hos ansatte, selv om den nødvendigvis ikke må følges helt strikt. Med dette menes at metoden kan brukes som et grunnlag, og heller fremtre mer sporadisk i samtalen. På den måte kan den ansatte ved institusjonen ha noe å støtte seg til når samtalen blir vanskelig.

Videre er det også tenkelig og mulig at metoden kan brukes i oppfølgende samtaler med barn og unge som er plassert på institusjon. De oppfølgende samtalene på institusjon vil innebære en kombinatorisk hensikt der man på et vis skal være anerkjennende og støttende ovenfor barnet. I tillegg vil det fungere som en slags evaluering og tilpasning av tiltakene som er iverksatt på institusjonen. Det påpekes at det er viktig å gi barnet rom til å uttrykke seg, og forsøke å få ut detaljert og omfangsrik informasjon fra barnet. På den måte blir det lettere for den ansatte å få en helhetlig forståelse for barnets behov. Deretter vil man kunne tilpasse tiltak og planlegging rundt barnet på institusjonen (Langballe, Gamst & Jacobsen, 2010).

DCM anses i dag å kunne være et viktig redskap i samtaler med utsatte grupper av barn og unge. Dette forutsetter likevel at man har satt seg nøye inn i de fordeler og begrensinger metoden har. Fordelen med etablert DCM er at dette kan sette en ramme rundt samtalen, og med det også sette konkrete mål om hvordan man kan tilnærme seg den det gjelder på en skånsom måte. Samtidig kan man få ut nyttig informasjon som senere kan være til hjelp for den enkelte. DCM har også visse iboende svakheter. Samtalemotoden gir mindre rom for «den frie samtalen» som i seg selv kan være nyttig i mange sammenhenger. Informasjon som

kommer frem under DCM kan ofte ta en retning som skulle tilsi en annen tilnærming, men ved å følge grunnlaget for DCM strikt kan man kanskje miste verdifull informasjon.

### **5.2.2 MI- Motiverende intervju/samtale**

Helsedirektoratet har gitt ut «Motiverende Intervju som Metode». Denne beskriver på en god måte betydningen av denne teknikken. Motiverende samtaler (MI) er ikke basert på et spesielt teoretisk grunnlag, men bygger på klinisk erfaring og ferdighet over tid. MI ble første gang beskrevet i 1983 av Miller, den gang applisert på alkoholikere. Teknikken viste seg å være vellykket for mange og ble derfor videreført med tanke på andre sårbare grupper inkludert barn og unge. Helt sentralt i MI står en følelse av partnerskap mellom barnet/den unge og samtalepartner. Viktig er medfølelse og innlevelse med barnet. I samtalen skal man unngå argumentasjon, men legge vekt på støtte og mestring. Det er også viktig å få frem diskrepans i hva som blir sagt slik at man kan få sortert ut tankene på en fornuftig måte. MI skal på sett og vis fremstå som «nøytral». Her skal man ikke ha forutbestemte meninger selv, men hjelpe den enkelte basert på god informasjon og innsikt slik at denne gjør det riktige valget basert på sine forutsetninger (Helsedirektoratet, 2017).

Videre bygger motiverende intervju på noen grunnleggende prinsipper som er satt sammen under akronymet EDRAS. Disse prinsippene kan beskrives slik:

**E-** Utrykke Empati: Dette innebærer at den ansatte må uttrykke seg på en måte som viser at han/hun har forståelse for barnets situasjon og opplevelser.

**D-** Utvikle Diskrepans: Dette vil si at den ansatte må hjelpe barnet til å forstå og rette sin oppmerksomhet mot betydelige momenter i livet hvor det finnes diskrepans. Dette vil etter hvert gi barnet motivasjon til å skape endringer i disse uoverensstemmelsene.

**R-** Rulle med motstand: Når den ansatte forsøker å igangsette endringsprosesser hos barnet, er det sannsynlig at han/hun vil møte på motstand. Den ansatte må riktignok bruke denne motstanden til å forstå om motivasjonen og samtalen har virkning. Den ansatte bør deretter forsøke å reflektere rundt barnets ytringer og vise at han/hun har forståelse for barnets perspektiv. Hvis den ansatte i tillegg bruker åpne spørsmål og er aktivt lyttende, vil motstanden etter hvert sannsynligvis avta. Det vil da være lettere arbeide videre med endringsprosessene.

**A-** Unngå Argumentering: Dette betyr at den ansatte må unngå former for argumentasjon eller overtalelse ovenfor barnet. Det er i større grad hjelpende om den ansatte i stedet forsøker å komme med åpne forslag som barnet selv kan vurdere om det vil ta til seg eller ikke.

**S- Støtte mestringskompetanse:** Barnets mulighet til å skape endringer i sin problematikk er i stor grad avhengig av barnets motivasjon. Dette prinsippet bygger derfor på at den ansatte må være støttende og ha tiltro til barnets mestringssevne og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017).

Motiverende intervju/samtaler har ingen spesiell teoretisk bakgrunn og kan således anses å være et noe løsere verktøy i møte med barn/unge. Fordelen med MI er det «partnerskapet» som kan oppstå mellom den voksne og barnet man ønsker å hjelpe. Dette vil kunne hjelpe barnet eller ungdommen til å åpne seg i tillit til den voksne. Ved å unngå argumentasjon kan man også oppnå at barnet i større grad tør å snakke om vanskelige ting. I stedet for å yte mostand til for eksempel «feile» holdninger til barnet kan refleksjoner om slike ting i større grad få barnet til selv å tenke over og eventuelt bedre uønsket adferd. Motiverende intervju/samtaler kan også utvilsomt ha uønskede virkninger. Ved ikke å argumentere med barnet og heller ikke yte den forsiktig «motstand», kan barnet få en opplevelse og erfaring av at den ikke blir møtt med «motstand». Dette er noe alle vi mennesker må høste erfaring med, dette gjelder ikke minst sårbare grupper. MI kan derfor ha en høyst relevant plass i møte med sårbare unge og barn, men bør som andre sammenhenger møtes med andre supplerende metoder for å oppveie de svakhetene som denne metoden besitter.

### **5.3 TBO – Traumebevisst omsorg**

Traumebevisst omsorg (TBO) tar utgangspunkt i hvordan ulike traumer i løpet av barndommen påvirker barns utvikling av det kognitive, sosiale og emosjonelle fungeringen. Traumebevisst omsorg er egentlig ikke en metode, men i større grad en forståelsesramme som legger vekt på traumatiske opplevelser i barndommen og barns forskjellige livsbetingelser. I tillegg har «traumebevisst omsorg» flere arbeidsredskaper som vil være til nytte for eksempelvis ansatte ved barnevernsinstitusjoner i møte med barn som har problematisk atferd og andre krevende livsbetingelser (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1).

Traumebevisst omsorg har i dets teoretiske grunnlag mye fokus på begrepene *utviklingstraumer* og *komplekse traumer*. «Utviklingstraumer» vil si at barnet blir utsatt for flere traumatiske hendelser gjennom oppveksten, særlig i tidlige faser av livet. Dette innebærer altså at de traumatiske hendelsene i tidlig barndom er til skade for barnets utvikling. «Komplekse traumer» kan beskrives på mer eller mindre samme måte. Med komplekse traumer menes det at barnet er utsatt for vedvarende traumatiske opplevelser fra omsorgspersoner. Slike traumatiske opplevelser i barndommen har vist seg å gi uttrykk

gjennom reguleringsvansker. Dette betyr at barn som er utsatt for traumer ofte har problemer med å regulere egne emosjoner, og vansker for å forstå egne følelser og reaksjoner. I tillegg kan barnet ha et vanskelig forhold til sosiale settinger, og regulering i forhold til indre aktivisering.

Videre finner vi to distinkte beskrivelser av arbeidet med traumebevisst omsorg. På den ene siden har vi «huset», som er bygd opp av TBOs grunnpilarene og det generelle omsorgsarbeidet. På den andre siden finner vi «interiøret», som er metodikken som anvendes i arbeidet med TBO. Det er imidlertid viktig å påpeke at arbeidet med TBO foregår med en bestemt systematikk. Det såkalte «huset» skal alltid være essensen i arbeidet, mens «interiøret» vil komme utenpå. TBOs forståelsesramme er altså bygget på de tre grunnpilarene, herunder *trygghet*, *relasjon* og *følelsesregulering*. Det vil være hensiktsmessig å beskrive disse hovedprinsippene før vi forsøker å forklare metodikken i TBO (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 1-3).

### **5.3.1 De tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg**

Her vil det redegjøres for de ulike grunnpilarene i traumebevisst omsorg. Først vil det redegjøres for prinsippet om *trygghet*. Med prinsippet om trygghet står selve opplevelsen av trygghet sentralt. Bakgrunnen for dette er at barn som har opplevd vedvarende traumer ofte har et nervesystem som er på konstant alarmberedskap. Dette betyr at barnet kan få unaturlige og inadekvate reaksjoner på situasjoner som oppstår. Sett utenifra kan disse reaksjonene ofte virke uforståelige. Når disse reaksjonene utløses, vil stresshormoner i hjernen hindre barnet i å tenke logisk og reflekterende. Slike reaksjonsmønstre vil ofte hindre barnets mulighet for tillæring av nye atferdsmønstre. På samme tid vil reaksjonsmønsteret til barnet ofte resultere i kontroll og/eller straffereaksjoner fra omsorgsgiver, som igjen vil skape utrygge omsorgsomgivelser for barnet. Med utgangspunkt i denne beskrivelsen forstår vi viktigheten og bakgrunnen for at trygghetsprinsippet, eller mer presist, at barnets opplevde trygghet står sentralt.

Det neste prinsippet og pilaren i TBO handler om *relasjon*. Barn og unge som gjennom oppveksten har opplevd traumatiserende opplevelser med foresatte, vil ofte utvikle en iboende skepsis til voksne på generell basis. Dette fører til at barnet ofte vil møte voksne med sinne eller unnvikelse. I slike tilfeller er det særdeles viktig at omsorgsgiver, eller ansatte ved institusjon, ikke gjenspeiler disse reaksjonene, men heller forsøker å møte barnet med sensitivitet og respekt. Dette innebærer at den ansatte må ha et bevisst og reflekterende

forhold til egne reaksjoner og følelser. På den måte vil man etter hvert kunne hjelpe barnet til å danne fornuftige relasjoner til voksne.

Den siste pilaren i TBO omhandler følelsesregulering. Prinsippet om følelsesregulering bygger på en grunnleggende forutsetning om at følelsesregulering er en tillært og ikke medfødt evne. Dette betyr at barn som kommer fra familier der foresatte ikke har vært behjelpelig med å regulere følelser, vil ha vansker med dette gjennom oppveksten. Gjennom «normale» oppvekstbetingelser vil barn lære seg å kjenne igjen og vurdere egne emosjonelle uttrykk. I tillegg vil barnet lære seg hvilke emosjonelle reaksjoner som er «farlige», og hvilke som er «normale» eller naturlige. I en normalbetinget familie vil foreldre ha en viktig funksjon med å samregulere barnets følelser, slik at det etter hvert er i stand til å fortolke disse selv. Dette er ofte ikke tilfelle hos barn som kommer fra familier preget av vedvarende traumatiserende omgivelser. Derfor vil samregulering og følelsesregulering være essensielt prinsipp i arbeidet med disse barna på f.eks. institusjon (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4-5).

### **5.3.2 Metodikk i traumebevisst omsorg**

TBO er som nevnt prinsipielt sett ingen metode, men mer et rammeverk som tar utgangspunkt i barn og unges livssituasjon med særlig vekt på opplevelser i tidlig barndom. Dette rammeverket gir muligheter for foresatte, lærere og behandlere og andre relevante personer å møte disse barna/unge på en empatisk måte. Metoden er særlig aktuell for barn/unge med adferdsvansker som et resultat av utviklingstraumer, det vil si traumatiske hendelser av større eller mindre grad over mange år. TBO er mindre stringent hva angår spesifikke metoder enn andre tilnærminger. Derimot er forståelsen og holdningen til barnet av avgjørende betydning. Bakgrunnen for dette prinsippet er at TBO som metode tolker adferden som et smerteuttrykk. Metoden er derfor ikke å hjelpe barnet/den unge med smertene direkte, men å trenge gjennom følelseslivet for å finne ut hvor den enkelte opplever det ubehaget den føler. Dette er en viktig erkjennelse som fremkom allerede i ACE-studien på 1990-tallet. Her var overvekt et problem og forskere observerte at mange som droppet ut av studien var de som klarte å gå ned i vekt. Forskere fant ut at fellesnevneren for disse var at deres overvekt var en slags «løsning» for problemer i barndommen som for eksempel overgrep, mishandling og liknende. Dette er essensen til TBO som metodikk: uønsket adferd er et resultat av underliggende traumer. Derfor er «samregulering» et viktig punkt i TBO som metodikk. Helsepersonale kan ikke fjerne barns vonde opplevelse som frykt, skam eller avvisning. Men ved å hjelpe disse til å forstå sine egne vonde følelser og bakgrunnen for disse kan barnet til slutt klare å regulere sin egen adferd på en konstruktiv måte. TBO vil således tolke «uønsket adferd» som en «smerte»

av tidligere vonde opplevelser. For at TBO som metode skal fungere bra er det også essensielt hvordan den voksne fungerer. Det stilles derfor også krav til denne å være seg meget bevisst på egen adferd og være villig til å bli korrigert selv (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 2-3).

### **5.3.3 Drøfting av traumebevisst omsorg**

Traumebevisst omsorg har blitt en godt etablert metode som kan brukes i møte med utsatte grupper av barn og unge. TBO har en særlig plass hos barn/unge som har utviklingstraumer. Med dette mener vi barn som over tid har blitt påført store og mindre traumatiske hendelse i de omgivelsene/familiene de vokser opp i. Dette er typiske barn som lever i en konstant angst for nye negative hendelser. Ved å inngi tillit og trygghet over tid kan «behandler» få en innlevelse og en større forståelse av underliggende årsaker til den angst, utrygghet, aggresjon og lignende som barnet besitter. Ved å få fram dette i et tillitsfullt forhold kan man klare å korrigere uønsket adferd og emosjonelle følelser. Et typisk eksempel vil for eksempel være påfallende tilbaketrekning hos et barn som følge av mishandling over tid. Kun ved å sette seg inn i komplekse tilbakeforliggende årsaker, kan man klare å korrigere barnets uhensiktsmessige adferd.

TBO egner seg sannsynligvis i mindre grad for enkeltstående store traumer. Her vil andre metoder være mere nyttig i møte med den utsatte. I møte med barn og unge utsatt for seksuelle overgrep kan deres familiebakgrunn likevel ha vært emosjonelt fin og fylt med omsorg og gode oppvekstforhold. Her er det nødvendigvis ikke hensiktsmessig med en dypere forståelse av underliggende problemer over tid som årsak til uønsket adferd hos den utsatte. Her kan det være mere aktuelt å gjennomgå den konkrete vonde hendelsen og hvordan komme seg videre i livet uten varige traumer.

Fordelen med TBO er også at denne kan benyttes av mange ulike grupper som behandlere, lærere, foreldre og andre nære relasjoner. Imidlertid er det viktig for alle som anvender TBO at man bruker betydelig tid på å sette seg inn i denne metoden for at den skal virke etter sin hensikt.



## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse forskjellige sider i tilnærmingen til barn og ungdom utsatt for seksuelle overgrep. Problemstillingen er kompleks og har ingen absolutte svar.

Problemstillingen er meget aktuell da man de siste årene har blitt klar over at forskjellige typer overgrep og mishandling av barn og unge er langt mer vanlig enn vi tidligere har vært klar over. Ved å ta tak i disse problemene på en adekvat måte, kan vi være med på å forhindre dyptpløyende langvarige mentale skader både for den enkelte og også de uheldige ringvirkninger dette kan ha på omgivelsene rundt.

Det foreligger det i dag flere forskningsbaserte studier samt mange års erfaring om hva som kan være den hensiktsmessige tilnærmingen til dette. Oppgaven dokumenterer at det foreligger både empirisk kunnskap, samt veldokumenterte gode designete studier som kan gi oss en del svar på dette. Oppgaven har vært av et begrenset omfang, slik at kun mere velkjente sentrale studier og metoder har vært gjennomgått, analysert og kommentert. Oppgaven viser tydelig at for å oppnå resultater som kan være til det beste for utsatte barn og unge må man gjerne velge flere metoder som tilnæringsmetode for å oppnå det beste resultatet. Det som er mest hensiktsmessig i møte med et sårbart barn, kan samtidig være mindre hensiktsmessig for et annet barn. Til tross for mange likheter i ytre uønsket adferd som et resultat av forskjellige type «traumer» i barndommen, må ofte løsningen være et individuelt rettet opplegg for den enkelte. Oppgaven viser også med all tydelighet at helt uavhengig av den enkelte sårbare barns/ungdoms problemer, må man ha vel funderte planer over tid med dokumentert effekt. Oppgaven har også vist at uønsket adferd ofte er et resultat av underkjente alvorlige traumer og at oppfølgingen derfor består i å indentifisere disse. Ved en slik indentifisering og problematisering av dette kan barnet bedre veiledes til erkjennelse og selvinnsikt.

## Litteraturliste

Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2020, 2. januar). Barnevernsinstitusjoner. Hentet fra [https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak\\_i\\_barnevernet/Barnevernsinstitusjoner/](https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Barnevernsinstitusjoner/)

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 12. desember). Hva er seksuelle overgrep?. Hentet fra [https://bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Retningslinjer\\_seksuelle\\_overgrep\\_utviklingshemmede/Hva\\_er\\_seksuelle\\_overgrep/](https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Retningslinjer_seksuelle_overgrep_utviklingshemmede/Hva_er_seksuelle_overgrep/)

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep*. (Prop. 12 S (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American journal of preventive medicine*, 14(4). [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Folkehelseinstituttet. (2018, 16. oktober). Hovedfunn fra TOPP-studien. Hentet fra <https://www.fhi.no/studier/topp/hovedfunn-fra-topp-studien/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 3. januar). Seksuelle overgrep mot barn. Hentet fra <https://nhi.no/familie/barn/seksuelle-overgrep-mot-barn/>

Gjertsen, P. Å. (2015). *Sosialpedagogikk. Forståelse, handling og refleksjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Jørgensen, T. W. & Stenkopf, H (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. Hentet fra <https://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

Killén, K. (2015). *Sveket 1. Risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Kvaran, I. & Holm, J. (2012). *Barnevernsfaglig miljøterapi* (1. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2008). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Kvello, Ø. (2012). Tidlig barneverninnsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(3), 117. Hentet fra [https://www.idunn.no/file/pdf/58048279/tnb\\_2012\\_03\\_pdf.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/58048279/tnb_2012_03_pdf.pdf)

Langballe, Å., Gamst, K. T. & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige barnesamtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (NKVTS-rapport 2/2010). Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/denvanskeligesamtalen.pdf>

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi?. *Sykepleien* 105(5), 60-63. Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/default/files/0515\\_0.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/0515_0.pdf)

Main, M. (2009). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. I S. Goldberg, R. Muir, J. & Kerr (Red.), *Attachment theory. Social, developmental, and clinical perspectives* (s. 341-350). New Jersey: The Analytic Press.

Malt, U. (2019, 11. oktober). Egosynton. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/egosynton>

Malt, U. (2019, 11. oktober) Egodyston. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/egodyston>

Smith, L. (2017). Tilknytning: teori og forskning. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2. utg., s. 144-148). Oslo: Universitetsforlaget.

Solholm, R. & Jakobsen, R. (2009). Atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 87(1), 5. Hentet fra [https://www.idunn.no/file/pdf/33204925/tnb\\_2009\\_01\\_pdf.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/33204925/tnb_2009_01_pdf.pdf)

Sosial- og helsedirektoratet. (2003, oktober). *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle\\_overgrep\\_mot\\_barn.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle_overgrep_mot_barn.pdf)

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (NKVTS-rapport 1/2014). Hentet fra [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)

Ulset, G. (2010). Tilværelse og oppvekst i barneverninstitusjon. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 10(1), 49. Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1047/912>

Vandvik, I. H. (2020, 5. mars). Seksuelle overgrep. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra [https://sml.sn.no/seksuelle\\_overgrep](https://sml.sn.no/seksuelle_overgrep)

Vandvik, I. H. (2019, 30. juli). Miljøterapi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.sn.no/milj%C3%B8terapi>