

# **Fra omsorgssvikt til selvestruktiv atferd: et utviklingsmessig og funksjonalistisk perspektiv**

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Anniken Dalåmo**

Vår 2010

Veileder: Kjell Røsdal

## Abstrakt

Selvdestruktiv atferd er et utbredt fenomen i vårt samfunn i dag, både i kliniske populasjoner og i normalpopulasjonen. Da slike atferder ofte kan medføre negative konsekvenser for de som utviser dem, samt er tenkt å påføre samfunnet store kostnader, er det interessant og viktig å undersøke hvorfor individer tar i bruk slike atferder. Det er funnet mulige sammenhenger mellom det å ha blitt utsatt for omsorgssvikt og senere utvisning av selvdestruktive atferder, og fra et utviklingsmessig og funksjonalistisk perspektiv er det foreslått at de er forsøk på å takle følelsesmessige utfordringer i mangel på mer adekvate emosjonsregulerende strategier. Det er imidlertid funnet at mange som blir utsatt for omsorgssvikt, til tross for å være i risiko for skjevutvikling, utvikler seg normalt og fungerer godt, noe som i sin tur har blitt forbundet med ulike beskyttende faktorer. Disse faktorene tenkes å ha implikasjoner i utvikling av intervensjonsstrategier for de som er involvert i omsorgssvikt, i tillegg til å bidra med å redusere forekomsten av omsorgssvikt generelt.



# Innholdsfortegnelse

<b>Kapittel 1: Introduksjon</b> .....	9
Selvdestruktiv atferd og omsorgssvikt.....	9
Problemstillinger, disposisjon og avgrensninger.....	11
Metode.....	12
<b>Kapittel 2: Omsorgssvikt</b> .....	13
Fremvekst av forståelsen av omsorgssvikt.....	14
Definisjon.....	15
Barn som blir utsatt for vanskjøtsel.....	17
Barn som blir utsatt for misbruk.....	18
<i>Barn som blir utsatt for fysiske overgrep</i> .....	18
<i>Barn som blir utsatt for psykiske overgrep</i> .....	18
<i>Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep</i> .....	19
Forekomst av omsorgssvikt.....	19
Medierende variabler.....	21
Konsekvenser av omsorgssvikt.....	22
Genetiske og biologiske betraktninger.....	24
Et utviklingsmessig perspektiv på konsekvenser av omsorgssvikt.....	25
<i>Utvikling av tilknytning</i> .....	26
<i>Utvikling av emosjonsregulering</i> .....	29
<i>Utvikling av selvet</i> .....	33
<i>Utvikling av jevnalderforhold</i> .....	36

	<i>Oppsummering/implikasjoner</i> .....	38
<b>Kapittel 3:</b>	<b>Selvdestruktiv atferd</b> .....	<b>39</b>
	Definisjon.....	40
	<i>Direkte selvdestruktiv atferd: selvskading</i> .....	40
	<i>Indirekte selvdestruktiv atferd</i> .....	41
	Selvdestruktiv atferd i ulike populasjoner.....	41
	Et funksjonalistisk og utviklingsmessig perspektiv på selvdestruktiv atferd.....	43
	Funksjoner til ulike selvdestruktive atferder.....	46
	<i>Selvskading</i> .....	47
	<i>Røyking, alkohol og stoffmisbruk</i> .....	49
	<i>Spiseforstyrrelser</i> .....	51
	Bulimi.....	52
	Anoreksi.....	54
	<i>Risikofylte seksuelle atferder</i> .....	55
	<i>Kriminell atferd</i> .....	56
	<i>Generelt om selvdestruktiv/risikofylt atferd</i> .....	58
	Selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen.....	58
	Selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen versus selvdestruktiv atferd hos individer utsatt for tidlig omsorgssvikt.....	60
	Dyremodeller og biologiske korrelater til selvdestruktiv atferd.....	63
<b>Kapittel 4:</b>	<b>Resiliens</b> .....	<b>65</b>
	Definisjon.....	66
	Historikk.....	66
	Faktorer som er tenkt å fremme resiliens.....	67

<i>Medfødte/temperamentsmessige egenskaper</i> .....	67
<i>Varmt og trygt familiemiljø</i> .....	69
<i>Eksterne støttesystem</i> .....	70
Forskningens implikasjoner for intervensjon og prevensjon i forhold til individer involvert i omsorgssvikt .....	71
<i>Implikasjoner for intervensjon</i> .....	72
<i>Implikasjoner for prevensjon</i> .....	77
<b>Kapittel 5: Konklusjon</b> .....	<b>81</b>
Oppsummering .....	81
Videre forskning .....	83
<b>Referanser</b> .....	<b>86</b>





# Kapittel 1

## Introduksjon

### **Selvdestruktiv atferd og omsorgssvikt**

Selvdestruktiv atferd er i vårt samfunn i dag et utbredt fenomen. Det kan dreie seg om direkte selvdestruktive atferder som selvskading eller selvmord, eller mer indirekte selvskadende atferder som alkohol - og stoffmisbruk, risikotaking, spiseforstyrrelser og promiskuøs atferd. Kostnadene slike atferder fører med seg kan være store, både for individene selv og for samfunnet generelt, da individer påfører seg selv fysisk og/eller psykisk skade, som i sin tur kan føre til økt bruk av ulike typer helsetjenester. Til tross for at selvdestruktive atferder er utbredt i dagens vestlige samfunn, er de likevel dårlig forstått og kan vekke ambivalente følelser hos utenforstående. Dette kan i sin tur være med på å bidra til stigmatisering av individer som utviser slike atferder og med dette også bidra til å øke eventuell psykisk problematikk.

Selvdestruktiv atferd har lenge vært fascinerende for psykologien da de ved første øyekast går i mot menneskers rasjonalitet og selvinteresse. Forskning har derimot vist at selvdestruktive atferder kan være rasjonelle valg i lys av uheldige omstendigheter (Yates, 2004). Det kan også tenkes at selvdestruktive tendenser både i tanke og atferd kan være fremtredende hos folk flest. De fleste individer vil i løpet av sitt liv vil ha tanker eller utviser atferder som kan være skadelig for dem, om enn ikke alltid med uttalte negative konsekvenser.

Et av de vanskeligste og mest utfordrende områdene for forskning på selvdestruktiv atferd er å finne ut hvorfor det skjer. I senere tid er det funnet at mange av de som driver med en eller annen

form for selvdestruktiv atferd har en historie av omsorgssvikt bak seg. Det kan dreie seg om fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, og/eller vanskjøtsel. For noen forskere foreslår disse assosiasjonene at en eller annen form for omsorgssvikt bidrar til utviklingen av selvdestruktivitet (van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Til tross for mange funn som indikerer en forbindelse mellom det å bli utsatt for omsorgssvikt i barndommen og senere utvisning av selvdestruktiv atferd, er naturen til denne forbindelsen fortsatt uklar.

Litteratur på området om utviklingen av selvdestruktiv atferd foreslår at barndomserfaringer i form av omsorgssvikt forstyrrer normal utvikling og resulterer i avvikende atferder (Ireland, Smith, & Thornberry, 2002). Ulike teorier omhandlende selvdestruktive atferder som stort sett kommer fra studier av mennesker som tidligere har vært utsatt for omsorgssvikt, foreslår at disse individene prøver å mestre/takle vanskelige følelsetilstander med den selvdestruktive atferden (Levitt, Sansone & Cohn, 2004). Fra et slikt perspektiv kan selvdestruktiv atferd ses på som rasjonell og funksjonell, da de i disse tilfellene reflekterer forsøk på å takle egen tilværelse i lys av uheldige omstendigheter.

Ettersom klinikere og forskere i økende grad har blitt interessert i å forstå både korttids - og langtidskonsekvensene av omsorgssvikt og betydningen det kan ha for utviklingen av senere psykopatologi og selvdestruktiv atferd, har det blitt gjort undersøkelser omhandlende de utviklingsmessige konsekvensene av omsorgssvikt. Et utviklingsmessig perspektiv på dette området kan bidra ikke bare med å avdekke konsekvensene av omsorgssvikt, men kan også hjelpe med å forstå prosessene som underligger de uheldige utfallene (Cicchetti & Rogosh, 2002).

Det har imidlertid vist seg at mange barn som blir utsatt for omsorgssvikt utvikler seg normalt og fungerer godt senere i livet, og det er i litteraturen funnet ulike typer beskyttende faktorer som bidrar til dette (Luthar & Zigler, 1991). Dette har implikasjoner både for intervensjon og prevensjon i forhold til individer i risiko for skjevutvikling som følge av tidlig omsorgssvikt (Spaccarelli & Kim, 1995).

### **Problemstillinger, disposisjon og avgrensninger**

Da ulike selvdestruktive atferder i vårt samfunn i dag er et utbredt fenomen, og har vist seg å kunne være relatert til tidlig omsorgssvikt, er det interessant og ikke minst viktig både for allmennheten og for helsearbeidere å få en bredere kunnskap om hvordan omsorgssvikt kan påvirke barns utvikling og fungering. Videre er det viktig å kunne se hvordan eventuell skjevutvikling i barndommen kan bidra til utvisning av ulike selvdestruktive atferder. Det å i tillegg få en forståelse for ulike utfall hos barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt er relevant både for behandling, intervensjon og prevensjon.

Denne oppgaven omhandler selvdestruktiv atferd i forbindelse med omsorgssvikt, sett fra et utviklingsmessig og funksjonalistisk perspektiv. Hensikten er å belyse hvordan omsorgssvikt kan påvirke utviklingen av tilknytning, emosjonsregulering, selvet og forhold med jevnaldrende, og hvordan dette i sin tur kan være med å forklare utvisning av selvdestruktive tanke- og atferdsmønstre. For å få en bedre forståelse for hvordan omsorgssvikt kan bidra til bruk av selvdestruktive atferder, vil også selvdestruktive tanke- og atferdsmønstre som utvises i normalpopulasjonen kort gjennomgå og sammenlignes med selvdestruktive atferder som utvises hos individer som har blitt utsatt for omsorgssvikt. Oppgaven vil i tillegg ta for seg begrepet

resiliens og med dette forsøke å forklare hvordan individer kan utvikle seg normalt og fungere godt til tross for å være utsatt for omsorgssvikt. Til slutt vil oppgaven belyse hvordan teori på dette området kan ha implikasjoner for intervensjon og prevensjon i forhold til individer involvert i omsorgssvikt.

Oppgaven vil hovedsakelig ta for seg de psykologiske aspektene ved omsorgssvikt, selvd destruktiv atferd og resiliens, samt de psykologiske prosessene som inngår i disse. De genetiske faktorene og biologiske korrelatene og prosessene som er antatt å underligge de psykologiske effektene av omsorgssvikt og de psykologiske aspektene ved selvd destruktiv atferd, vil ikke gjennomgås i detalj da dette går utenfor oppgavens hovedtema, men vil kort beskrives som mulige underliggende korrelater der dette kan være relevant. Selvd destruktiv atferd i kliniske populasjoner vil heller ikke gjennomgås da fokus i oppgaven er den selvd destruktive atferden utvist av individer utsatt for omsorgssvikt som ikke nødvendigvis er en del av en spesiell klinisk populasjon.

## **Metode**

Oppgaven består av en litteraturgjennomgang av temaene omsorgssvikt, selvd destruktiv atferd, og resiliens. Omsorgssvikt og selvd destruktiv atferd knyttes sammen i en drøfting, og forskning på resiliens vil belyse implikasjoner for intervensjon og prevensjon i forhold til omsorgssvikt. Første del av oppgaven vil forsøke å vise hvordan omsorgssvikt kan bidra til utvikling av selvd destruktive atferder, mens siste del vil ta for seg hvordan forskning på resiliens kan bidra til ulike måter å redusere forekomst og negative effekter av omsorgssvikt på.

Litteraturen som oppgaven baserer seg på er funnet i databaser (google scholar, psycharticles og psychinfo) og i bøker (universitetsbiblioteket i Trondheim). Oppgaven forsøker å integrere ulike teorier for å sammenfatte det som er viktig i forhold til tematikken i oppgaven. Den kan derfor sies å være mer en oversikt over de ulike temaene heller enn en dyptgående gjennomgang av disse. Til forskjell fra oppbyggingen til en tradisjonell vitenskapelig artikkel har oppgaven en løpende diskusjon ut gjennom teksten da dette synes mer hensiktsmessig i forhold til oppgavens tema og oppbygging.

## **Kapittel 2**

### **Omsorgssvikt**

Dette kapittelet vil først gjennomgå hva omsorg og omsorgssvikt innebærer, og med dette også se på fremveksten av forståelsen av omsorgssvikt gjennom den siste tiden. Deretter vil definisjonene av ulike typer omsorgssvikt kort gjennomgås. Videre vil oppgaven se på ulike medierende variabler i forbindelse med omsorgssvikt, samt ulike konsekvenser omsorgssvikt kan føre med seg. Genetiske faktorer og biologiske korrelater til omsorgssvikt vil deretter kort bli beskrevet. Til slutt tar kapittelet for seg et utviklingsmessig perspektiv på omsorgssvikt, i tillegg til å se på utvikling av tilknytning, emosjonsregulering, selvet, og forhold med jevnaldrende.

Generelt kan det sies at god omsorg innebærer å gi barn kjærlighet, trygghet, forutsigbarhet, skape en trygg og god tilknytning, respondere på barns ulike behov, og legge til rette forhold for god utvikling. Dette forutsetter at de som er ansvarlig for omsorgen til barn har god omsorgsevne, noe som kan sies å innebære at de har positive holdninger til, og gjør positive handlinger overfor barna. Omsorg gis i familien, i nærmiljøet, og i offentlig regi (barnehage og

skole). I familien er det som oftest foreldrene som har ansvar for omsorgen (Andersen & Hytjan, 2007), om det er biologiske foreldre, adoptivforeldre, steforeldre eller fosterforeldre.

Omsorgssvikt i familien kan betraktes som en alvorlig forstyrrelse i foreldre - barn forhold, da det i de fleste tilfeller er foreldre som er ansvarlige for omsorgssvikten (van der Kolk, 2005). Det vil si at barnet ikke mottar den beskyttelsen, omsorgen og samhandlingen med omsorgspersonene som er nødvendig for at det skal kunne ha det trygt og godt og få en god utvikling.

Omsorgsgiverne skaper på denne måten ikke et miljø som er nødvendig for at barnet skal få en sunn og god oppvekst, og barnet er dermed i risiko for skjevutvikling (Cicchetti & Toth, 2004).

### **Fremvekst av forståelsen av omsorgssvikt**

Vår forståelse av hva omsorgssvikt er og hvilke konsekvenser det kan ha for de som utsettes for det har bare mer nylig blitt systematisk studert i vårt samfunn. Før 1960-årene ble ikke omsorgssvikt sett som et alvorlig problem, og mange regnet det som ikke-eksisterende (Cicchetti & Carlson, 1989). Til tross for at omsorgssvikt og dets negative konsekvenser kom mer i søkelyset på 1960-tallet, ble omsorgssvikt likevel hovedsakelig sett på som fysiske overgrep mot barn, og var lett å påvise ved fysiske skader. I 1980-årene begynte derimot andre former for omsorgssvikt som vanskjøtsel, psykiske og seksuelle overgrep også å komme i fokus (Killén, 2004).

Det at omsorgssvikt har kommet i offentlig søkelys i løpet av de siste femti årene kan komme av ulike syn på barneoppdragelse opp gjennom tiden. Tidligere var det i vårt samfunn mer vanlig med fysisk avstraffelse av barn i barneoppdragelsen, noe som antageligvis også inkluderte

psykisk avstraffelse. Disse oppdragelsesmetodene er det i dag tatt avstand fra og kan i visse tilfeller karakteriseres som omsorgssvikt. Det kan også tenkes at det tidligere var mindre opplysning om god barneoppdragelse i samfunnet generelt, samtidig som sosiale normer i samfunnet kunne tilsi lite informasjonsflyt mellom familier. Dette kunne bidra til å gjøre det vanskelig å vite hva som var god og ikke god barneoppdragelse, både for foreldre og barn selv, og for helsearbeidere og lærere. Med et mer nyansert syn på hva god omsorg og omsorgssvikt innebar, og hvilke konsekvenser det kunne få for de som ble utsatt for det, var det sannsynligvis lettere å oppdage og å intervensere i forhold til det. Samtidig ble også allmennheten ble opplyst om denne problematikken.

## **Definisjon**

Omsorg er et omfattende begrep, og kan sies å eksistere langs et kontinuum fra optimal omsorg til omfattende omsorgssvikt. Det er derimot usikkerhet blant fagfolk og allmennhet om hvor grensen mellom god nok omsorg og utilstrekkelig omsorg går. Ved en for bred definisjon av normal/tilstrekkelig omsorg kan barns og familiers behov for hjelp overses, mens en for snever definisjon av begrepet kan bidra til en noe rigid standard for omsorg, slik at den kan bli moraliserende og belærende, og se bort fra kulturelle og individuelle forskjeller (Kvelling, 2007). Det er derfor viktig å vurdere den omsorgen barn mottar i forhold til enkelte barns forutsetninger og behov, istedenfor å vurdere dette kollektivt (Budd, Poindexter, Felix, et al., 2001). Relevant her er utsagnet ”good enough parenting”, som kan beskrives som en prosess hvor barns behov blir møtt i forhold til kulturelle standarder. Disse standardene kan i sin tur forandres fra generasjon til generasjon (Hoghughy & Speight, 1998). Dette innebærer at det ikke er noen universell grense som skiller god omsorg fra omsorgssvikt, men impliserer at det som blir sett på

som god omsorg og omsorgssvikt er relativt, både i forhold til kultur og tidsepoke. Så lenge omsorgen som gis barn er ”god nok”, vil ikke ulik måte å gi omsorg på være utslagsgivende for barns utvikling og fungering.

Omsorgssvikt blir videre definert ulikt av ulike forskere ut i fra hvilken bakgrunn de har og hvem de retter fokus mot (Andersen & Hytjan, 2007). Det kan tenkes at noen vil definere omsorgssvikt på grunnlag av handlingene til omsorgspersonene, mens andre vil definere det ut i fra de konsekvensene det har for barn som blir utsatt for det. Andre igjen vil definere omsorgssvikt i forhold til intensjonene til den/de som står bak omsorgssvikten (Cicchetti & Toth, 2004). Med ulike definisjoner vil også ulike funn fra studier foreligge, noe som vil begrense vår kunnskap om omfanget av omsorgssvikt. Ulike definisjoner vil også kunne bidra til ulike syn på hva omsorgssvikt er, noe som kan tenkes å føre til under- og overrapportering av tilfeller av omsorgssvikt. Dette kan i sin tur kan være uheldig for individer som blir utsatt for omsorgssvikt, men som ikke blir fanget opp av noe støtteapparat. I tillegg er det uheldig for familier som ikke er involvert i omsorgssvikt, men som det intervenseres i forhold til, fordi de kan tenkes å bære preg av det stigmaet de får på grunn av intervenseringen.

I denne oppgaven vil Killéns (2004) definisjoner av omsorgssvikt brukes da de baserer seg på handlingene til de som utøver omsorgssvikten, samtidig som de også tar i betraktning de effektene de har på barn som utsettes for det. Det legges ikke vekt på intensjonene bak slike handlinger, da fokus i denne oppgaven er på de konsekvensene omsorgssvikt kan ha på barn som blir utsatt for det. I følge Killén (2004) handler omsorgssvikt om barn som utsettes for ulike grader av vanskjøtsel og/eller psykiske, fysiske og seksuelle overgrep. Dette inkluderer også barn som utsettes for fare på grunn av foreldrenes/omsorgspersonenes tilstand, som for eksempel ved



rusmiddelbruk, alvorlige psykiatriske forstyrrelser eller utviklingshemming. Omsorgssvikten kan være mer eller mindre alvorlig, av kortere eller lengre varighet, og den kan være situasjonsbetinget eller kronisk.

Killén (2004) peker videre på noen fellestrekk i forhold til ulike typer omsorgssvikt:

- Mangel på erkjennelse av og respekt for barnets behov
- Avvisning og/eller likegyldighet av/ovenfor barnet
- Manglende evne til å engasjere seg positivt i barnet og til å prioritere barnets behov fremfor egne
- Et sterkt og unormalt engasjement i barnet hvor barnet tillegges egenskaper det ikke har, og behandles deretter, noe som i sin tur kan føre til avvisning eller invadering av omsorgsgiverne
- Foreldrenes personlighet og samliv/livsstil som fører til at barnet lever med vedvarende bekymring for det uforutsigbare, for eksempel å bli forlatt eller å bli sendt bort.

Det har i senere tid kommet frem ulike kategorier som i dag kan ses på som ulike dimensjoner av omsorgssvikt. Killén (2004) skiller mellom vanskjøtsel og misbruk, i tillegg til å skille mellom 3 former for misbruk: fysisk, psykisk og seksuelt misbruk.

## **Vanskjøtsel**

Vanskjøtsel dreier seg om foreldre som ikke engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet og som ikke er følelsesmessig tilgjengelig for barnet (Killén 2004). Barn blir på denne måten fratatt muligheten for normal psykologisk stimulering, trøst og støtte (Briere, 2002). I tillegg kan barnet også mangle tilstrekkelig grad av mat, klær og stell (Andersen & Hytjan, 2007).

## **Misbruk**

Dette dreier seg om misbrukende atferd rettet mot barnet og inkluderer fysiske, psykiske og seksuelle overgrep.

### **Barn som blir utsatt for fysiske overgrep:**

Denne formen for omsorgssvikt omfatter barn som skades enten ved aktiv handling eller ved manglende overvåkning. De fysiske skadene er ofte forbigående, men kan likevel oppleves som vonde og skremmende av barna. De psykologiske skadevirkningene og den følelsesmessige atmosfæren de fysiske overgrepene finner sted i, er derimot viktig å ta i betraktning da det kan tenkes å ha stor innvirkning på barnet. Det kan i tillegg være lett å tenke på overgrep som avgrensede handlinger, men barnet vil i tillegg til de fysiske skadene også bli påvirket både kognitivt og følelsesmessig, noe som vil være med på å avgjøre hvordan barnet opplever overgrepet og seg selv, i tillegg til barnets redsel for neste overgrep og hvordan det kan unngå det (Killén 2004).

### **Barn som blir utsatt for psykiske overgrep:**

Killén (2004) definerer psykisk overgrep som en kronisk holdning eller handling hos en omsorgsgiver som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et positivt selvbilde hos barnet. Barn som blir utsatt for dette kan tenkes å leve med en varig bekymring for om foreldrene vil være i stand til å ta vare på og beskytte barnet og seg selv. Dette innebærer ikke enkeltstående hendelser av avvisning som de fleste vil kunne tenkes å oppleve, men reflekterer heller et vedvarende atferdsmønster som omsorgsgiverne har ovenfor barnet (Glaser, 2002).

Det er foreslått at psykiske overgrep kan inndeles avhengig av hvilken type situasjon barnet utsettes for:

- barn som blir truet med straff eller med å bli forlatt
- barn som isoleres fra normale aktiviteter
- barn som lever med en vedvarende bekymring for det uforutsigbare (foreldrenes livsstil, rusmisbruk, vold og psykisk sykdom hos foreldre)
- barn som tillegges negative egenskaper som kan gi grunnlag for avvising, nedvurdering og latterliggjøring, eller som kan gi foreldrene en grunn til å invadere barnet (Killén, 2004).

De påførte skadene av psykiske overgrep trenger ikke å være synlige, men kan de kan likevel være like eller mer ødeleggende for barn enn andre typer overgrep. Tegn på påført psykisk smerte og skade kan dessuten utvikle seg etter hvert, og være mer eller mindre synlige for omgivelsene. På grunn av dette er fagfolks kunnskap om ulike samspills - og tilknytningsmønstre viktig da de kan bidra til å gjøre de psykiske overgrepene synlig tidlig (Killén, 2004).

### **Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep:**

I denne type overgrep blir barn av voksne omsorgspersoner engasjert i seksuelle aktiviteter som de verken er følelsesmessig, seksuelt eller utviklingsmessig modne for (Killén, 2004). De er ikke i stand til å forstå omfanget av aktivitetene, og er derfor heller ikke i stand til å gi et samtykke til å delta i dem (Andersen & Hytjan, 2007).

### **Forekomst av omsorgssvikt**

Forekomst av omsorgssvikt er vanskelig å tallfeste, og det er derfor ingen sikker oversikt over

dette. Tall som omhandler slik forekomst må på grunn av dette tolkes med forsiktighet.

Opplysninger om omsorgssvikt kan bli holdt tilbake eller lyves om både av omsorgsgivere og av barn. Egne overgrep og/eller vanskjøtsel kan forties og/eller lyves om på grunn av redsel for stigmatisering og straffeforfølgelse, eller med en motivasjon for økonomisk vinning i forhold til erstatning. Barn kan også være usikre kilder til slik informasjon da de enten kan være for unge til å forstå hva det dreier seg om, eller de kan tie om det av redsel for omsorgsgiveres reaksjoner. Forskjellige omsorgsgivere med ulik bakgrunn kan også ha ulike oppfatninger om hva god og ikke god barneoppdragelse er, og hvilken omsorg som er til det beste for barnet. I tillegg kan det være mange omsorgsgivere som ikke vet eller som ikke bryr seg om hva god nok omsorg er. Dessuten vil kanskje forekomsten variere i forskjellige studier da ulike forskere kan definere omsorgssvikt ulikt ut i fra hvilken teoretisk bakgrunn de har, samt hensikten bak studiene. En annen kilde til sprik i prevalensen kan være de ulike forskningsmetodene forskjellige forskere gjerne bruker. Forskjellige metoder kan gi forskjellig resultat da det er risiko for å måle ulike ting og ulike nyanser av samme fenomen.

Til tross for vanskeligheter med å vurdere forekomst av omsorgssvikt, er det likevel mulig å telle antall barn som mottar hjelpetiltak eller som er under omsorg fra barneverntjenesten i et forsøk på å estimere omfanget av denne problematikken. Det er i Norge funnet at 26 av 1000 barn under 18 år mottar ett eller flere tiltak. 80 % av disse barna mottar hjelpetiltak, og 20 % av barna er under omsorg fra barnevernet. I 2006 var det 7292 barn som bodde i fosterhjem, mens 1386 barn bodde i barnevernsinstitusjoner. Det er i tillegg funnet at det i de siste årene har vært en økning av antall barn som tas under omsorg av barnevernet i Norge (Korsgaard, 2009). Denne økningen kan være reell, det vil si at det i dag er flere tilfeller av omsorgssvikt enn tidligere. Det er også en mulighet for at økt oppmerksomhet rundt denne problematikken de siste årene har ført til økt rapportering,

kanskje på grunn av økt kunnskap om hva omsorgssvikt innebærer.

## **Medierende variabler**

Noen av de viktigste variablene når det gjelder konsekvenser av omsorgssvikt er tenkt å være alvorligheten og varigheten av det, barnets alder når omsorgssvikten skjer, og den meningen barna gir til erfaringene (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, et al., 2005). Omsorgssvikt kan tenkes å være mest ødeleggende når den er alvorlig og vedvarende, da dette mest sannsynlig vil ha mer negativ innvirkning på barnet enn om den er mindre alvorlig og tidsavgrenset. Det er også rimelig å tro at omsorgssvikten vil være mer gjennomgripende for barnet dersom omsorgsgiveren står barnet nært, dette på grunn av at barnet blir sveket av en person som det er avhengig av og har tillit til. Barnets alder ved omsorgssvikt kan også være en viktig variabel da ulike kognitive, sosiale og følelsesmessige ferdigheter vil avgjøre hvordan barnet forstår hva det opplever, og om de er i stand til å bearbeide de negative erfaringene. Dersom barnet er ungt når det utsettes for omsorgssvikt vil det ikke kunne forstå hva det utsettes for, og sannsynligvis vil det heller ikke kunne huske det av seg selv i ettertid. Barnet kan likevel bli påvirket av omsorgssvikten, enten ved direkte fysiske/biologiske skader, eller mer indirekte ved avvikende tanke-, atferds- og følelsesmønstre. Kanskje vil de fysiske og/eller de psykologiske skadevirkningene også være mer alvorlig dersom barnet er veldig ungt når det utsettes for omsorgssvikt da de kan forstyrre barnets biologiske og/eller psykososiale utvikling på et stadium hvor grunnleggende ferdigheter ikke enda er etablert, og på denne måten hemme utviklingen av disse. Hvis barnet er så gammelt at det forstår hva det utsettes for, kan dette på sin side tenkes å gjøre de negative konsekvensene av omsorgssvikten verre, for eksempel ved å bidra til tanker og følelser om lavt selvværd og selvstigmatisering. Det kan derimot være større sjans for intervensjon dersom barnet forstår hva

som skjer da det kan fortelle om det til noen, direkte eller indirekte.

## **Konsekvenser av omsorgssvikt**

Omsorgssvikt er funnet å kunne medføre betydelige negative konsekvenser for de som utsettes for det, i tillegg til at det kan bidra til store kostnader for samfunnet generelt. De som blir utsatt for tidlig omsorgssvikt er blant annet funnet å være i risiko for å få en svekket livskvalitet, og de direkte kostnadene til samfunnet inkluderer medisinske utgifter, tapte arbeidslønninger, og offentlige program for ofre (Cicchetti & Toth, 2004).

Det er ingen enkelt profil som karakteriserer barn som blir utsatt for omsorgssvikt, ettersom innvirkningen varierer fra person til person og er avhengig av mange forskjellige faktorer, som blant annet ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet og i omgivelsene. Omsorgssvikt forekommer i ulike alvorlighetsgrader og er av ulik varighet. I mange tilfeller vil det også være vanskelig å skille mellom forskjellige typer omsorgssvikt og konsekvensene av disse fordi barn gjerne utsettes for flere typer omsorgssvikt samtidig. Som regel er det ikke snakk om gjensidig utelukkende kategorier, men heller om overlappende tendenser hvor en type omsorgssvikt gjør seg mest gjeldende. Dette kompliserer vurderingen av innvirkningen til hver av de ulike typene omsorgssvikt. Generelt kan det likevel sies at effektene av å bli utsatt for en eller flere typer omsorgssvikt ofte har vist seg å være omfattende og varige (Killén, 2004). Det er nå fastslått at barn som utsettes for omsorgssvikt er i risiko for både atferdsmessige, følelsesmessige, og sosiale problemer senere i livet (Manly, Kim, Rogosch, et al., 2002).

Til tross for individuelle forskjeller hos barn, samt metodiske begrensninger, støtter ulike funn

videre antagelsen om at omsorgssvikt har en sterk negativ innvirkning på utviklingen av tilknytning, emosjonsregulering, selvet, og forhold med jevnaldrende. Disse utfordringene de møter i utviklingen gjør at de på denne måten står i fare for å utvikle flere forskjellige psykologiske forstyrrelser (Cicchetti & Toth, 2004). Det er blant annet funnet at psykisk problematikk som aggresjon, forstyrrelser i kognisjon og læring, angst, depresjon, samt selvdestruktive atferder som for eksempel kriminalitet og alkohol og stoffmisbruk og personlighetsforstyrrelser er utbredt hos individer som har blitt utsatt for tidlig omsorgssvikt (De Bellis, 2001).

Det kan være viktig å merke seg at omsorgssvikt ikke nødvendigvis i seg selv fører til problemer senere i livet, men må forstås i kontekstene det skjer i, det vil si familier som også utviser andre forholdsmessige forstyrrelser (Killén, 2004). Det er for eksempel funnet at omsorgssvikt er mer sannsynlig til å skje i familier som er preget av forskjellige uheldige omstendigheter som konflikter (Belsky, 1980), samt psykopatologi og suicidal atferd hos foreldrene (Chaffin, Kelleher, & Hollenberg, 1996). Dermed kan det være mulig at de problemene som barn som utsettes for omsorgssvikt kan utvikle, ikke nødvendigvis er en direkte konsekvens av omsorgssvikten, men heller kan være et resultat av genetisk arv. Dette åpner for muligheten for at barn som blir utsatt for omsorgssvikt kan utvikle seg normalt og fungere godt dersom det ikke er genetisk predisponert for psykisk problematikk.

For å bedre kunne forstå de effektene som omsorgssvikt kan ha, er det viktig å se på genetiske faktorer og biologiske korrelater som kan ligge under de uheldige utfallene. Dette vil kort beskrives i neste avsnitt.

## Genetiske og biologiske betraktninger

Genetiske faktorer kan tenkes å spille en viktig rolle i omsorgssvikt og eventuell skjevutvikling. Omsorgsgivere med genetisk belastning i form av personlighetsproblematikk eller psykopatologi kan ha barn som er predisponert for de samme vanskelighetene, noe som i seg selv kan sette barna i fare for skjevutvikling på enkelte områder. Det er i tillegg mulig at omsorgsgivernes psykiske problematikk gir seg utslag i omsorgssvikt, slik at barna på denne måten kan bli utsatt for dobbel belastning: genetiske sårbarheter og omsorgssvikterfaringer.

Fra et biologisk perspektiv er det funnet at samspillet mellom barn og omsorgspersoner påvirker utviklingen av barnets sentralnervesystem og hjerne. Den hjerneorganiske utviklingen er vist å være ganske omfattende i barns første leveår, og kjennetegnes av høy grad av plastisitet. Det er vist at små barn er avhengige av tilstrekkelig omsorg og ernæring, spesielt de tre første årene, for å kunne sikre normal hjerneorganisk og nevrologisk utvikling. Hjerneceller og områder som blir lite brukt ved mangel på stimulering er funnet å påvirke funksjonsnivået og utviklingspotensialet på disse områdene (Glaser, 2000). I tillegg foreslår funn fra funksjonelle hjernebildestudier at tidlig omsorgssvikt forandrer utviklingen av hjernen i områder som regulerer stress, kognisjon, og følelser (Roth & Sullivan, 2005). Kanskje er det disse biologiske korrelatene som underligger den psykologiske skjevutviklingen som kan forekomme ved omsorgssvikt, ved at omsorgssvikterfaringer i seg selv gir utslag på biologiske prosesser og strukturer. Dersom dette er tilfelle kan det tenkes at omsorgssvikt som skjer før barnet er tre år gammelt vil kunne ha stor innvirkning på utviklingen og dermed også på funksjonsnivået på visse områder. Et utviklingsmessig perspektiv på de negative effektene omsorgssvikt kan ha vil kunne bidra til å forklare hvordan omsorgssvikt kan være med å bidra til skjevutvikling på ulike områder.



## **Et utviklingsmessig perspektiv på konsekvenser av omsorgssvikt**

Ettersom klinikere og forskere i senere tid i økende grad har blitt interessert i å forstå både korttids - og langtidskonsekvensene av omsorgssvikt og betydningen det kan ha for utviklingen av senere psykopatologi, har det blitt gjort undersøkelser omhandlende de utviklingsmessige konsekvensene av omsorgssvikt. Et utviklingsmessig perspektiv på omsorgssvikt kan hjelpe ikke bare med å finne ulike konsekvenser av omsorgssvikt, men kan også bidra til å forstå prosessene som underligger de uheldige utfallene. Mens tidlige teorier på dette området så på mistilpassing og psykiske problemer som iboende i individet, ser et utviklingsmessig perspektiv på det som et resultat av et dynamisk forhold mellom individet og individets indre og ytre miljø (Cicchetti & Rogosh, 2002).

Utvikling kan ses på som en serie av psykologiske og biologiske kvalitative forandringer. For å forstå de utviklingsmessige prosessene som bidrar til et individs fungering er det nødvendig å se på forbindelsene mellom normal og avvikende utvikling på forskjellige områder. I følge et utviklingsmessig perspektiv vil det oppstå psykopatologi når det skjer en skjevutvikling av forskjellige sosiale, følelsesmessige og kognitive ferdigheter som underligger sunn eller normal tilpasning på et bestemt nivå i utviklingen (Yates, 2004).

Det er i dag kjent at omsorgssvikt i barndommen kan ha negativ innvirkning på barns utvikling. Omsorgssvikt i spedbarnsalderen er funnet å kunne være forbundet med usikker og uorganisert/desorientert tilknytning til omsorgsgivere (van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), som i sin tur funnet å kunne hemme utviklingen av gode emosjonsregulerende ferdigheter (Cassidy & Mohr, 2001). I småbarnsalderen er det i tillegg

funnet at mange barn som er utsatt for omsorgssvikt utviser forstyrrelser i utviklingen av selvsystemet og i forståelsen av andre (Briere, 2002). I skolealderen er det funnet at disse barna også kan ha vanskeligheter i sine forhold med jevnaldrende (Parker, Rubin, Erath, et al., 2006).

Selv om det kan tenkes at ulike personlige og miljømessige etiologiske faktorer sammen med omsorgssvikterfaringer bidrar til slike uheldige utfall, kan det likevel være nyttig å se på normal og avvikende utvikling av henholdsvis tilknytning, emosjonsregulering, selvet og forhold med jevnaldrende i et forsøk på å forklare hvordan omsorgssvikt kan bidra til skjevutvikling og eventuell senere selvdestruktiv atferd.

### **Utvikling av tilknytning:**

Begrepet tilknytning kan beskrives som menneskers medfødte tilbøyelighet til å knytte varige følelsesmessige bånd til sine nærmeste omsorgsgivere for å få beskyttelse og omsorg (Klette, 2008). Det er foreslått at et trygt og godt tilknytningsforhold skaffer til veie et grunnlag som tilrettelegger for at barn kan utforske og integrere kognitive, følelsesmessige, og atferdsmessige ferdigheter. Dette kan i sin tur tenkes å påvirke både hvordan de forstår seg selv, andre, og seg selv i forhold til andre (Sroufe, 1979).

Både klinisk erfaring og forskning viser at samspillet mellom foreldre og barn er avgjørende for barn, for hvordan det opplever seg selv og omverdenen, og for hvordan det utvikler seg videre. Dette samspillet har vist seg å ha stor betydning for kvaliteten av barns tilknytning til foreldrene (Killén, 2004). Etter hvert som barn blir eldre, vil tilknytningsmønstre internaliseres ved at de lager mentale modeller av betydningsfulle andre, av selvet, og av forholdet mellom andre og selvet, basert på virkelige erfaringer. Slike indre arbeidsmodeller reflekterer forventninger i

forhold til seg selv og i forhold til andre, og hva som er mulig i samspill (Klette, 2008).

Utvikling av en trygg tilknytning omhandler en prosess av åpen og balansert, regulert og tilpasset følelsesmessig kommunikasjon med andre. Barns evne til å utvikle en trygg tilknytning avhenger av at omsorgspersoner/foreldre gir barnet følsom, forutsigbar og kjærlig omsorg, og gir beskyttelse og trøst når barnet har behov for det. Individene med en trygg tilknytning til sine omsorgsgivere er tenkt å være omgjengelige, flinke til å samarbeide, og til å tolerere stress og å komme seg igjen etter ulike påkjenninger. Det er videre foreslått at barn som har en sikker tilknytning til sine omsorgsgivere viser åpenhet i forhold til betydningen av følelser, og er tenkt å kunne regulere og tilpasse egne følelser til ulike situasjoner og til egne og andres behov (Klette, 2008).

Barn som har en trygg tilknytning til sine omsorgsgivere kan tenkes å ha positive erfaringer med sine omsorgsgivere, og kan da også tenkes å ha positive forventninger om andre og om seg selv i forhold til andre. Dette kan i sin tur tenkes å gjøre de godt utrustet til å utvikle gode sosiale forhold. Disse barna har antagelig også lært seg å stole på hva de føler da de sannsynligvis har blitt møtt med forståelse, bekreftelse og empati gjennom oppveksten. Kanskje har dette lært dem til å kunne identifisere, kjenne på, og kommunisere om egne følelsestilstander, og med dette også lært å regulere egne følelsestilstander på en passende måte.

Selv om barn som er utsatt for omsorgssvikt former tilknytninger med sine omsorgspersoner, kan det være interessant å vurdere kvaliteten på disse og undersøke disse barnas oppfatning av omsorgspersonene, av seg selv, og av seg selv i relasjon til andre. Det er vist at tilknytningene som barn som er utsatt for omsorgssvikt former med sine omsorgsgivere ofte kan være usikre i

forhold til tilknytningene som barn som ikke er utsatt for omsorgssvikt former med sine omsorgsgivere. Disse barna er også blitt vist å utvise mer uvanlige, atypiske former for tilknytningsatferd (van Ijzendoorn, et al., 1999). Kim & Cicchetti (2004) fant i sin studie at barn som hadde usikker tilknytning i forholdet til mødrene sine, uavhengig av om de var utsatt for omsorgssvikt eller ikke, hadde lavere selvtillit enn de med en sikker tilknytningsstil til foreldrene sine. Det er videre tenkt at negative arbeidsmodeller av seg selv, av andre, og av seg selv i forhold til andre som følge av usikker tilknytning til omsorgsgiver/e kan bidra til mistilpassede måter å relatere seg på, noe som igjen kan bidra til flere dårlige sosiale forhold ut gjennom livet (Cicchetti & Toth, 1995). Til støtte for denne antagelsen er det funnet at barn med usikre tilknytninger er mindre likt av jevnaldrende og lærere (Cohn, 1990). Det er også hevdet at usikre tilknytninger med omsorgsgivere kan bidra til mangelfull og/eller mislykket emosjonsregulering, da sikre tilknytninger med omsorgsgivere er tenkt å spille en viktig rolle i å hjelpe barn med å utvikle kapasitet til å regulere fysiologisk aktivering. Dermed kan barn med usikre tilknytninger til sine omsorgsgivere ha vanskeligheter med å trøste eller roe seg selv i vanskelige eller skremmende situasjoner (Cassidy & Mohr, 2001).

Det at barn med usikre tilknytninger til sine omsorgsgivere er funnet å ha lavere selvtillit enn barn med sikre tilknytninger til sine omsorgsgivere kan muligens komme av omsorgsgivernes direkte og indirekte attribueringer av negative egenskaper til barnet, som det etter hvert vil internalisere. Det kan også være slik at omsorgsgivere som ikke er følsomme ovenfor barns behov og følelsesuttrykk bidrar til lav selvtillit hos barnet, samtidig som at i det tillegg kan gjøre at barnet utvikler mer negative syn på omsorgsgiverne. Dette kan være med på å bidra til at barnet også utvikler mer negative syn på andre, som i sin tur kan hemme utvikling av gode sosiale forhold. I tillegg kan det være slik at disse barnas omsorgsgivere kan være kilden til

følelsmessig ubehag skapt av uheldige omsorgsforhold, noe som kan gjøre at barna får et ambivalent forhold til dem og med dette forklare deres tilknytningsforhold til dem. Kanskje er dette også forbundet med disse barnas vanskeligheter med emosjonsregulering. Det å bli oppdratt av omsorgsgivere som ikke er spesielt følsomme for deres signaler og behov, som for eksempel ved omsorgssvikt, kan bidra til at disse barna ikke lærer seg effektive måter å regulere egne følelsetilstander på.

Til tross for disse funnene er det få sikre forbindelser mellom tilknytningsklassifisering i spedbarnsalderen og utviklingen av psykologiske problemer som har blitt avdekket. Dette betyr at usikker tilknytning ikke trenger å være nødvendig eller tilstrekkelig for utviklingen av de fleste former for psykopatologi, men det er mulig at det kan øke risikoen, alvorligheten, eller varigheten av den (Cassidy & Mohr, 2001).

### **Utvikling av emosjonsregulering:**

Emosjonsregulering kan defineres som de prosessene og karakteristikkene som er involvert i å takle høye nivå av positive og negative følelser (Kopp, 1989). Det kan videre sies at det refererer til de prosessene hvor individer påvirker hvilke følelser de har, når de har dem, og hvordan de erfarer og uttrykker disse følelsene. Emosjonsregulerende prosesser kan være automatiske eller kontrollerte, bevisste eller ubevisste, og kan ha sine virkninger en eller flere ganger i prosessen (Gross, 1998).

Emosjonsregulering blir sett på som en utviklingsmessig tilegnet prosess som både er avhengig av indre trekk og miljømessige erfaringer, da hovedsakelig i forholdet mellom foreldre og barn (Maughan & Cicchetti, 2002). Til å begynne med er det omsorgsgiverne som hovedsakelig

regulerer barns følelsetilstander. Foruten å gi mat og omsorg er dette en av omsorgsgivernes viktigste oppgaver, for så å overføre denne kontrollen til barnet (Kopp, 1989). Dette forutsetter at foreldre er følsomme ovenfor barnets signaler og klarer å møte barnets behov. I de første månedene av livet fungerer tilfeldige hendelser som suging, det å snu hodet, og hånd - til -munn-bevegelser som spedbarnets regulering av ulike følelsetilstander. Betinging styrker assosiasjonen mellom disse tidlige tilfeldige hendelsene og deres reguleringsfunksjoner, slik at de blir mer frivillige over tid. Utviklingen av sensoriske system og motoriske evner bedrer barnets ferdigheter til å regulere ulike følelsetilstander da de i større grad kan gjøre dette selv og har flere ulike måter å gjøre det på. Ettersom barnet modnes vil nye utviklede kognitive evner (som for eksempel diskriminering, planlegging, og selektiv oppmerksomhet) bidra til nye og mer modne muligheter for å regulere følelser, og alle disse regulerende aktivitetene er tenkt å hjelpes frem og overvåkes av omsorgsgivere (Dodge & Garber, 1991). Utviklingen av språk hjelper videre barn med å integrere følelsetilstander med kognisjon. Utviklingen av et vokabular for følelser og evnen til å verbalisere disse kan bidra til at vonde følelser integreres med selvet, og kan på denne måten bidra til følelser av kontroll og mestring (Shapiro, 1991).

Alle mennesker erfarer negative følelser, selv de som vokser opp i gode omsorgsmiljø. Briere (2002) hevdet at barn som vokser opp under gode oppvekstvilkår vil lære å takle disse på en adekvat måte da omsorgsgiverne sannsynligvis vil ha hjulpet dem med å utvikle gode emosjonsregulerende strategier. Han foreslo at det å oppleve ulike utfordrende følelsesmessige erfaringer vil hjelpe barn med å videreutvikle sine emosjonsregulerende strategier, slik at de etter hvert vil kunne klare å takle større grad av følelsesmessige ubehag.

Fordi tidlig emosjonsregulerende prosesser utvikles i hjemmemiljøet i omsorgsgiver - barn

forhold, er forstyrrelser i utviklingen av emosjonsregulering sannsynlig hos barn som er utsatt for omsorgssvikt (Lewis, 1992), og fordi emosjonsregulering er en utviklingsmessig tilegnet prosess er mulighetene for uheldige utfall mange (Dodge & Garber, 1991). Tap av evnen til å regulere intensiteten til følelser og impulser på en god og adekvat måte er muligens en av de mest alvorlige effektene av misbruk og vanskjøtsel, og kan gi opphav til mange forskjellige atferder som best kan forstås som forsøk på selvregulering. For mange barn som er utsatt for omsorgssvikt er direkte og indirekte samhandlinger med omsorgspersonene ofte ufølsomme, uforutsigbare og truende. Til forskjell fra barn som ikke utsettes for omsorgssvikt, kan barn som blir utsatt for omsorgssvikt erfare store følelsesmessige utfordringer i hjemmemiljøet. Dette er tenkt å kunne overvelde barns selvregulerende ferdigheter og å hemme utviklingen av prøving og feiling som er nødvendig for å utvikle gode emosjonsregulerende strategier. Dette kan i sin tur bidra til at disse barna isteden tar i bruk mer mektige (men generelt mer primitive) strategier som dissosiering, tankeundertrykkelse, distraksjon, eller andre unngåelsesstrategier som for eksempel rusbruk, selvskading, aggresjon, seksuell utagering eller forstyrrede spisevaner, for å distrahere, trøste, eller redusere vonde følelsesmessige tilstander. Uheldigvis kan disse strategiene, på grunn av sin effektivitet, hindre utviklingen av bedre reguleringsevner. Fordi individet ikke er i stand til å regulere følelsene på en passende måte, kan han/hun i tillegg bli sett på som humørsyk og emosjonelt ustabil, og som å ha en tendens til å overreagere til negative eller stressende hendelser i livet (Briere & Gil, 1998). Som et resultat av dette kan barn som har vært utsatt for omsorgssvikt bli disponert for følelsesmessig ustabilitet, ha problemer med å hemme uttrykk av sterke følelser, og ha vanskeligheter med å få slutt på vanskelige følelsesmessige tilstander uten de mer uheldige taklingsstrategiene. Disse barna må dermed takle to forskjellige, men samhandlende sett av vanskeligheter; minner, tanker og smertefulle følelser forbundet med omsorgssvikten, og det relative fraværet av gode emosjonsregulerende ferdigheter som ellers

ville kunne tenkes å tillate bedre regulering av de følelsesmessige tilstandene (Briere, 2002).

En viktig del av utviklingen av emosjonsregulering er blant annet å relatere følelsesmessige tilstander til ord, slik at barn blir i stand til å kommunisere om dem og uttrykke dem verbalt. På denne måten kan de i større grad klare forstå egne og andres følelser, samt utvikle mer sofistikerte emosjonsregulerende strategier ettersom de blir eldre. I tillegg til at omsorgssvikt kan tenkes å bidra til økt følelsesmessig ubehag og mangelfull/inadekvat emosjonsregulering for barn som blir utsatt for det, er det funnet at barn som blir/har blitt utsatt for omsorgssvikt også kan mislykkes i å utvikle kapasitet både til å uttrykke spesifikke og differensierte følelser (van der Kolk & Fisler, 1994), og til å gjenkjenne, diskriminere og forstå følelser (Pollak, Cicchetti, Hornung, et al., 2000). Dette kan i tillegg til å svekke egen emosjonsregulering og forståelsen av egen og andres indre tilstander også tenkes både å bidra til vanskeligheter med å mobilisere hjelp fra andre, samt bidra til vanskeligheter i sosiale forhold.

Barns følelsesmessige aktivering og følelsesmessige uttrykk kan videre tenkes å bli påvirket av omsorgsgiveres reaksjoner. Det er rimelig å anta at barn som blir møtt med positive reaksjoner på sine følelsesuttrykk vil bli trygg i sin måte å uttrykke følelser på, og samtidig lære å stole på egne følelser. Dette kan igjen tenkes å fremme barns ferdigheter i å takle følelsesmessige utfordringer på en hensiktsmessig måte ved for eksempel å lære å bruke følelser som retningslinjer. Samtidig kan dette også gjøre at disse barna får større forståelse for andres følelsetilstander og følelsesuttrykk. Det kan tenkes at barn utsatt for omsorgssvikt har vanskeligheter med å uttrykke egne følelsetilstander og på denne måten også ha vanskeligheter med å relatere følelser til ord på grunn av at de kan være vant til å fordekke egne følelsetilstander for å kunne takle sine hjemmemiljø. Enten for å unngå represalier og andre uønskede reaksjoner fra omsorgsgivere,



eller for blidgjøre dem. Det å ikke bli vant til å forholde seg til egne følelser på en adekvat måte kan tenkes å kunne føre til vanskeligheter med å identifisere, gjenkjenne, kjenne på, og uttrykke egne følelsestilstander, i tillegg til problemer med å kunne kjenne igjen, beskrive og tolke andres følelsesmessige tilstander. Dette kan videre tenkes å bidra til følelsesmessige og sosiale vanskeligheter. Det å i større grad være sammen med andre mennesker foruten omsorgsgiverne ettersom barnet blir eldre kan da bli viktig i forhold til dette da det kan tenkes å bidra til en bedre forståelse for hvordan egne og andres følelsestilstander kan tolkes, uttrykkes og reguleres.

### **Utvikling av selvet:**

Selvet kan ses på som et grunnleggende begrep da det har en avgjørende rolle i hvordan hvert enkelt individ lager sin egen virkelighet (Schaffer, 1996). Å utvikle et selv innebærer å få et forhold til seg selv og sine egne erfaringer. Tidlig i utviklingen er barn mer eller mindre identiske med sine erfaringer, men ettersom de blir eldre vil de utvikle et forhold til disse informasjonskildene som erfaringene utgjør. På denne måten vil barnet trekke slutninger om seg selv, om andre, og om verden generelt på grunnlag av disse samhandlingene (Monsen, 1996). Det er hevdet at selvet både er sosialt og psykologisk i natur, det vil si at selvet alltid er skilt fra den sosiale verden, men samtidig bare kan eksistere i en sosial kontekst (Layder, 2004). Det er i tillegg foreslått at selvet har sin opprinnelse i familien og blir definert av det nettverket av forhold som er der. Det er også hevdet at sosial identitet kommer før selvbevissthet, og før en blir født, i og med at det nye barnet allerede har en definert plass i den sosiale verden ved at det får navn, personnummer og eiendeler, og i tillegg har et forhold til andre (hovedsakelig omsorgsgivere). Det er videre tenkt at kunnskap om selvet kommer fra den sosiale verden, og at det å være sammen med andre er en del av hva selvet er til for. Selvet blir på denne måten bygd opp, brukt, forandret, og opprettholdt som en måte å forbinde individer til andre på (Tice & Baumeister,

2001). Nært knyttet til utviklingen av selvet er også utviklingen av selvfølelse, da selvet blir til og utvikles i følelsesrelaterte møter med andre mennesker. Selvfølelsen formes hovedsakelig av de følelsesmessige reaksjonene barnet får på seg selv og sine følelsesuttrykk. Opplevelsen av disse ulike følelsene og reaksjonene blandes sammen til et komplisert følelsesliv, og sammen med kommunikasjonen og sammenhengene som skapes rundt disse opplevelsene er det tenkt at barnet bygger opp sitt eget selvbilde og sin opplevelse av seg selv (Brodin & Hylander, 2004).

Som tidligere nevnt utvikles selvet i en sosial kontekst, da hovedsakelig i samhandlinger med familien. I løpet av sped- og småbarnsalderen skjer det stor fremgang i utviklingen av selvet, av selvregulerende ferdigheter, og av tillit og følsomhet i sosiale forhold. Fra å være avhengig av voksne omsorgsgivere til å endre tilstander som soving, våkning, og spising, utvikler barn etter hvert selvregulerende ferdigheter, noe som gjør at de i større grad selv klarer å takle ubehagelige følelsesmessige tilstander. I førskolealderen lærer barn å integrere en følelse av et selv som er i stand til å handle, men med sosiale normer og regler som restriksjoner (Cole & Putnam, 1992). I skolealder vil barn modnes kognitivt og sosialt, og vil med dette bli mer følsom i sosiale situasjoner. Fysiske forandringer i puberteten medfører både psykologiske og sosiale tilpasninger. I tillegg utvikles abstrakt tenkning, og selvforståelsen utvikler en introspektiv kvalitet, noe som innebærer en mer definert og stabil følelse av selvet. Dette involverer også en integrering av ulike aspekt av selvet inn i et hele (Damon & Hart, 1982). I tillegg til å øke individers evner til å se og forstå selvet, bidrar denne utviklingen også til økt selvbevissthet (Elkind, 1967).

En av de tidligste innvirkningene av misbruk og/eller vanskjøtsel er tenkt å være på barnets syn på seg selv og på andre. Disse oppstår vanligvis i forholdet mellom omsorgsgivere og barn, hvor barnet trekker slutninger basert på hvordan han eller hun blir behandlet. Barnet kan for eksempel

slutte negative selv- og andre karakteristikk fra slike erfaringer og kan konkludere med at han/hun er uakseptabel eller en ikke - likendes person ettersom det blir behandlet slik, eller barnet kan se på seg selv som hjelpsløs, utilstrekkelig eller svak. Barnet kan også begynne å se på andre som farlige, avvisende eller utilgjengelige. Disse tidlige persepsjonene og slutningene ser ut til å forme grunnleggende antagelser av selvet og av andre (Briere, 2002), såkalte indre arbeidsmodeller. Negative arbeidsmodeller av selvet, tilknytningsfigurer og selvet i relasjon med andre kan videre påvirke barns måte å forholde seg til andre på. De kan generaliseres i nye situasjoner og på denne måten legge grunnlag for flere uheldige sosiale forhold. Dette vil kunne øke sannsynligheten for at barna vil fortsette å erfare sosiale vanskeligheter ettersom de møter nye utviklingsmessige utfordringer, som for eksempel tilpasning til skolen (Toth, Cicchetti, Macfie, et al., 1997).

Kilden til disse barnas negative bilder av seg selv og andre er av Firestone & Firestone (1998) foreslått å komme av projiseringen av omsorgsgiveres negative trekk på barnet, barnets imitasjon av en eller begge omsorgsgiveres dårlige oppførsel, og internaliseringen og inkorporeringen av foreldrenes holdninger av både direkte og indirekte aggresjon mot barnet. De mente at ettersom graden av traumer i barndommen øker, vil intensiteten i omsorgsgiveres negative væremåte bli sterkere, og vil resultere i økende sinte, aggressive angrep på barnet. De hevdet videre at disse angrepene sannsynligvis vil vises i barns tendenser til innadvendthet, følelser av hat mot selvet, og impulser mot selvdestruktive handlinger.

Støtte for teorien at omsorgssvikt kan føre til negative bilder av selvet, er at det er funnet at småbarn som har blitt utsatt for omsorgssvikt er mer sannsynlig til å utvise negativ affekt når de har sett sitt eget speilbilde enn jevnaldrende som ikke har vært utsatt for omsorgssvikt

(Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984). I studier hvor barn lager egne historier ut i fra ulike bilder og andre stimuli, er det også avdekket forstyrrelser i selvsystemet hos førskolebarn som har vært utsatt for omsorgssvikt. For eksempel inneholder historiene disse barna forteller flere negative selvrepresentasjoner enn historiene fortalt av barn som ikke er blitt utsatt for omsorgssvikt (Toth et al., 1997). Disse funnene kan tyde på at mange barn som utsettes for omsorgssvikt utvikler et mer negativt syn på seg selv enn barn som ikke blir utsatt for omsorgssvikt. Det kan også være naturlig å tenke seg at omsorgssvikterfaringer kan føre til negative syn på omsorgsgiverne, både som følge av direkte, følelsesmessig vonde erfaringer, og mer indirekte og ubevisste samhandlingsmønstre. Det kan derimot tenkes at omsorgssvikterfaringer ikke nødvendigvis trenger å bidra til utvikling av negative syn på omsorgsgiverne, da barn kan legge skylden på den dårlige atmosfæren og de dårlige oppvekstvilkårene på seg selv, spesielt dersom omsorgsgiverne attribuerer negative hendelser og egenskaper til dem. Kanskje kan det også være slik at barn har behov for å ha et mer idealisert bilde av omsorgsgiverne og dermed ikke attribuerer omsorgssvikten til dem.

### **Utvikling av forhold med jevnaldrende:**

Etablering av forhold med jevnaldrende er antatt å være en viktig faktor i barns utvikling. Det er funnet at sunne jevnalderforhold blant annet fremmer utvikling av moral resonering, samarbeid, og gjensidighet (Hartup, 1983), samt kognitive ferdigheter (Rardin & Moan, 1971).

Studier gjort av barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt har vist at de er sannsynlige til å erfare mer stress, ha mindre modne og fleksible sosiale og kognitive ferdigheter, være mindre i stand til moralsk resonering, ha mindre erfaring med vanlig atferd, generelt være mindre sosialisert, og å ha mer avvikende tanke- og atferdsmønstre. Dette er foreslått å gjøre dem mindre i stand til å

møte sosiale forventninger og å ta sosialt ansvar, mindre i stand til å forme senere tilfredsstillende forhold med andre, og å gjøre de mer sårbare for stress og sammenbrudd (Parker et al., 2006). Det er også funnet at mange av disse barna er tilbaketrukkne og unngår å være sammen med jevnaldrende. Vanskeligheter med tilknytning i omsorgsgiver - barn forhold er tenkt å bidra til utvikling av en slags ”generalisert frykt” hos barnet, noe som kan gjøre at barnet unngår å være sammen med jevnaldrende, som i sin tur kan føre til utvikling av dårlige/mangelfulle forhold med jevnaldrende (Mueller & Silverman, 1989).

Gitt de vanskelighetene som barn som er utsatt for omsorgssvikt ofte utviser tidlig i utviklingen, er det ikke overraskende at de er sannsynlige til å få problemer i forhold til jevnaldrende. Som tidligere beskrevet i oppgaven kan barn som er utsatt for omsorgssvikt få problemer i tilknytningsforhold med omsorgsgivere, samt problemer med utvikling av selvsystemet, noe som igjen kan føre til dannelsen av negative modeller av selvet og andre, og av selvet i forhold til andre. Mangel på adekvat emosjonsregulering kan også gjøre at individer utviser upassende følelsesutbrudd og upassende måter å regulere disse på, noe som kan gjøre det vanskelig å danne tilfredsstillende forhold med jevnaldrende. Kanskje kan også omsorgssvikterfaringer gjøre at disse individene heller ikke ønsker å etablere forhold med andre da de har erfart at det gjør vondt å forholde seg til andre. Det kan også være slik at lav selvtillit og/eller det at de er bevisst sin dårlige sosiale status gjør at de ikke tør ta kontakt med andre.

Dersom det er slik at gode forhold med jevnaldrende bidrar til utvikling av sosiale ferdigheter, er det sannsynlig at barn med dårlige/manglende jevnalderforhold kan være mer sårbare for senere problemer i sine sosiale forhold. Det kan tenkes at barn som har/er utsatt for tidlig omsorgssvikt kan ha uheldige måter å forholde seg til andre på, for eksempel ha manglende empati for andre og

å være aggressive og mindre medgjørlige. Det å ikke ha lært seg gode måter å forholde seg til andre på, om det er på grunn av læring og modellering av familiemedlemmer, eller om det er mer bevisste strategier i å forholde seg til andre på som for eksempel utagering, uttrykk for uavhengighet, eller forsøk på å markere seg selv, kan det uansett bidra til vanskeligheter i deres sosiale forhold da disse individene muligens vil bli oppfattet av andre som ubehagelige. Dette kan i sin tur tenkes å føre til avvisning fra jevnaldrende og de kan dermed stå i fare for å bli isolert. Barn som er blitt utsatt for omsorgssvikt og som også mislikes av jevnaldrende kan tenkes å miste muligheter (både innen familien og utenfor familien) til å lære sosiale ferdigheter som vil gjøre dem bedre i stand til å integreres i en jevnaldergruppe.

Det kan også tenkes at voksne som utsetter sine barn for omsorgssvikt ikke er flinke nok til å legge til rette forhold som vil fremme barnas utvikling av jevnalderforhold. Uten sosiale ferdigheter som er nødvendig for god og passende kontakt med jevnaldrende, og uten hjelp fra omsorgsgiverne til å legge til rette muligheter for å etablere forhold med jevnaldrende, er barn som er utsatt for omsorgssvikt sårbare for atferdsproblemer og vanskeligheter i sosiale forhold (Bolger, Patterson, & Kupermidt, 1998).

### **Oppsummering/implikasjoner:**

Som beskrevet i dette kapittelet er omsorgssvikt tenkt å kunne forstyrre normal utvikling hos barn. I tillegg til de nærstående og spesifikke effektene av ulike typer omsorgssvikt som feil-/underernæring, fysiske skader og følelsesmessig stress og traumer, kan utviklingen av tilknytning, emosjonsregulering, selvsystemet og forhold med jevnaldrende påvirkes på en negativ måte. Dette er blant annet vist å kunne føre til usikre og/eller atypiske tilknytninger,

dårlig/mangelfull emosjonsregulering, og negative syn på seg selv, på andre og på seg selv i forhold til andre, samt dårlige og/eller mangel på forhold med jevnaldrende. Denne skjevutviklingen kan i sin tur føre til ulike sårbarheter i barnet som for eksempel lav selvtillit, følelser av utrygghet, frykt og engstelse, samt uheldige og/eller mangelfulle sosiale forhold. I tillegg til økt følelsesmessig ubehag og manglende adekvate emosjonsregulerende strategier, kan omsorgssvikt direkte og indirekte bidra til manglende sosial støtte fra andre. Sårbarheter i utviklingen og mangel på sosial støtte kan videre tenkes å føre til utviklingsmessige kompensatoriske strategier for å kunne fungere i møte med ulike følelsesmessige utfordringer. Slike strategier kan være effektive på kort sikt, men selvdestruktive på lang sikt. Dette vil gjennomgås i neste kapittel.

## **Kapittel 3**

### **Selvdestruktiv atferd**

For å forsøke å forklare hvordan skjevutvikling som følge av omsorgssvikt kan bidra til utvikling av selvdestruktiv atferd, vil dette kapitlet først gjennomgå definisjoner av selvdestruktiv atferd, samt betrakte selvdestruktive atferder i ulike populasjoner. Deretter vil et funksjonalistisk og utviklingsmessig perspektiv på selvdestruktiv atferd gjennomgås for å prøve å vise denne mulige sammenheng. Videre vil ulike selvdestruktive atferder eksemplifisere en slik sammenheng. Etter det vil selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen sammenlignes med selvdestruktiv atferd hos individer som er blitt utsatt for tidlig omsorgssvikt, før det blir sett på dyremodeller og biologiske korrelater til selvdestruktiv atferd.

## **Definisjon**

Det er i litteraturen flere forskjellige definisjoner på selvdestruktiv atferd, og mange av dem refererer til slik atferd som direkte intensjonell skade til kroppen, uten et ønske om å dø av denne atferden, såkalt selvskadende atferd. Dette er en for snever definisjon av begrepet for tematikken i denne oppgaven da oppgaven tar sikte på å inkludere atferd som enten umiddelbart eller senere vil være skadelig for en person, fysisk og/eller psykologisk. Atferden må være skadelig på den måten at den hindrer et individs utvikling eller på en eller annen måte hindrer individet i å fungerer adekvat/normalt i dagliglivet. På grunn av dette vil Firestone & Firestone (1998) sin definisjon av selvdestruktiv atferd bli brukt i oppgaven da den inkluderer både direkte og indirekte selvdestruktive atferder. Samlet definerer de selvdestruktiv atferd som intensjonell atferd som har klare negative effekter på selvet. De mener atferden må være intensjonell, selv om skade til selvet ikke behøver å være ment eller å være målet for handlingen. Videre hevder de at selvdestruktiv atferd kan ta mange former og eksistere på et kontinuum fra selvbenektning, selvkritikk, og selvødeleggende atferder (for eksempel atferd som går i mot ens mål, atferd som fremmer tilbøyelighet for ulykker, alkohol- og stoffmisbruk, spiseforstyrrelser, prostitusjon), til handlinger som forårsaker direkte kroppslig skade og død.

### **Direkte selvdestruktiv atferd: selvskading og selvmord**

Selvskading inkluderer atferd som involverer bevisst påføring av fysisk skade til egen kropp, men uten et ønske om å dø som en konsekvens av denne atferden. "Direkte" fysisk skade innebærer skade som stort sett har virkning med en gang, og kan være ekstern (skjæring i huden) eller intern (spise/innta skadelige objekter). Selvskading karakteriseres av handlingens direktehet, det vil si at forbindelsen mellom atferden og den fysiske konsekvensen (for eksempel et sår) er umiddelbar



og synlig (Simeon & Favazza, 2001). Selvmord på sin side er en bevisst handling hvor intensjonen er å dø som følge av handlingen, og kan dermed sies å være den mest ekstreme av alle selvdestruktive atferder.

### **Indirekte selvdestruktive atferder**

Indirekte selvdestruktive atferder kan skilles fra direkte selvskading og selvmord ved minst to kriterier: tid og bevissthet. De er ikke nødvendigvis direkte skadelige for kroppen eller ens psyke med en gang, men er ofte skadelige over tid. Forbindelsene mellom handlingen og den/de fysiske og psykiske konsekvensene er også ofte mer fjerne og mer uklare enn ved selvskading og selvmord. Effektene av indirekte selvdestruktive atferder er derimot gjerne langvarige og atferden kan være tilstede over flere år (Farberow, 1980). Atferden vil skade individet fysisk eller psykisk, selv om den tilsynelatende motivasjonen ikke er å skade seg selv (Connors, 1996). Atferden kan videre tenkes å være en del av et individs typiske atferdsmønster og inkluderer blant annet prostitusjon, spiseforstyrrelser, alkohol- og stoffmisbruk, risikotaking, og kriminell atferd.

### **Selvdestruktiv atferd i ulike populasjoner**

Ut i fra definisjonene beskrevet i oppgaven kan det sies at de fleste individer på sett og vis er selvdestruktive. Dette gjelder også individer som ikke har vært utsatt for omsorgssvikt eller andre traumer, eller som ikke er en del av en klinisk populasjon. Spørsmålet blir da om det er forskjell på den selvdestruktive atferden til de som er blitt utsatt for omsorgssvikt, den kliniske populasjonen og normalpopulasjonen, og hva det er som gjør at individer utviser selvdestruktive atferder når selvoppretholdelse og selvinteresse er tenkt å være fundamentale trekk i rasjonell atferd.

Det freudianske perspektivet foreslo at individer skader seg selv med vilje, selv om de ikke nødvendigvis er bevisst dette (Baumeister & Scher, 1988). Det er i dag mer allment akseptert at selvdestruktive mønstre for uten i kliniske populasjoner som individer med autisme, psykisk utviklingshemming, psykose og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, også finnes i normale, mentalt sunne populasjoner (Twenge, Catanese, & Baumeister, 2002), uten systematiske mønstre av selvdestruktive motivasjoner (Baumeister, 1997).

I litteraturen er gjerne selvdestruktiv atferd i visse kliniske populasjoner som individer med psykisk utviklingshemming, autisme eller psykose, funnet å være direkte selvdestruktiv atferd, såkalt selvskading, hvor det å kutte og brenne hud, slå hodet og andre kroppsdeler inn i vegger og ting, og tygge på fingrene, er vanlig (Winchel & Stanley, 1991). Slike atferder kan ses på som symptomer på den psykiske forstyrrelsen/utviklingshemmingen, og/eller som en måte å kommunisere på, og ikke som et direkte resultat av tidlig omsorgssvikt, da slike atferder kan være vanlige i disse populasjonene til tross for trygge og gode oppvekstvilkår. Når det gjelder individer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan selvskading tenkes å være vanlig, da selvskading eksempelvis er en av diagnosekriteriene for diagnosen i det amerikanske diagnoseklassifiseringssystemet DSM-IV (Baumeister & Scher, 1988). I forhold til individer med depresjon er tanker om selvmord noe som kan være aktuelt. Depresjon karakteriseres blant annet av følelser av tristhet og håpløshet, som i sin tur gjerne forbindes med tanker om det å ikke ville leve lenger og det å dø. Det er i dag kjent at depresjon er en stor risikofaktor for selvmord. I normalpopulasjonen kan det tenkes at mer ufarlige selvdestruktive atferder som for eksempel røyking, tidlig seksuell debut og spenningssøking er mer utbredt enn mer alvorlige selvdestruktive atferder. Dette på grunn av at disse individene gjerne fungerer godt i dagliglivet til tross for den selvdestruktive atferden. Mer skadelige former for selvdestruktiv atferd som for

eksempel spiseforstyrrelser, alkohol- og rusmisbruk, kriminell atferd, og risikofylt seksuell atferd kan tenkes å være mer utbredt i populasjonen som har vært utsatt for tidlig omsorgssvikt, da disse individene kan være mer sannsynlig til å utvise skjevutvikling og lavere livskvalitet. Dette kan i sin tur foreslå at det å være del av en klinisk populasjon eller det å være utsatt for omsorgssvikt på en eller annen måte kan fremme utvikling av ulike former for mer alvorlig selvdestruktiv atferd.

For å forsøke å forstå hvorfor individer utviser selvdestruktiv atferd, om de er i normalpopulasjonen, i kliniske populasjoner, eller i populasjonen som har blitt utsatt for omsorgssvikt, kan det være hensiktsmessig å se på selvdestruktiv atferd fra et funksjonalistisk og utviklingsmessig perspektiv.

### **Et funksjonalistisk og utviklingsmessig perspektiv på selvdestruktiv atferd**

Det å bevisst skade seg selv kan tenkes å være vanskelig å forstå, både for de individene som utviser slik atferd og for utenforstående. Dette kan tenkes å være på grunn av den selvødeleggende naturen til slik atferd som ved første øyekast går i mot rasjonell tanke og atferd. Det er en vanlig oppfatning i vårt samfunn at selvskading, promiskuøs atferd, spiseforstyrrelser, alkohol- og/eller stoffmisbruk, og selvmordsforsøk er selvdestruktive atferder. I motsetning til denne antagelsen er det foreslått at slike atferder også kan være terapeutiske for individer. Maris (1971) hevdet at selvdestruktiv atferd kan bli sett på som selvoppretholdende i den forstand at de kan fungere som alternativer til selvmord, og at de dermed kan tolkes som manifestasjoner på et ønske om å leve. Han mente selvdestruktive atferder er ment å være hensiktsmessige, og at det å stigmatisere slike atferder kan få alvorlige konsekvenser, som for eksempel selvmordsforsøk.

Han hevdet at problemet for individer som utviser selvdestruktiv atferd ikke er selvdestruktive atferder i seg selv, men heller samfunnets reaksjoner på slike atferder. Til tross for ulike teoretiske perspektiver på dette området er flere av disse i dag av den oppfatning at selvdestruktive atferder på en eller annen måte hjelper individer med å unnslippe, takle, eller regulere vanskelige følelsetilstander (Suyemoto, 1998; Brown, Comtois, & Linehan, 2002).

Fra et funksjonalistisk perspektiv blir selvdestruktiv atferd sett på som et uttrykk for ubehag eller som en måte å takle ubehag på. I følge denne tilnærmingen ser forskere og klinikere etter spesielle ”meninger” som den selvdestruktive atferden kan ha, hvilken funksjon atferden på et gitt tidspunkt har for en gitt person. Ulike atferder kan fylle ulike behov for forskjellige individer. Det antas at valget av ulike atferder er relatert til hvordan de møter ulike behov. Om individer utviser ulike atferder for å oppnå de samme målene eller om de utviser lik atferd for å oppnå ulike mål, ligger forståelsen i selvdestruktive atferder i hensikten og i motivene som underligger dem. Uansett hvor like de kan være på utsiden, kan atferder som har forskjellige psykologiske behov bli sett på som ulike (Cooper, Shapiro, & Powers, 1998).

Det funksjonalistiske perspektivet foreslår dermed at selvdestruktiv atferd er meningsfull og en måte å takle følelsesmessige utfordringer på. Forskning viser at motivasjonene til selvdestruktive atferder kan være forsøk på å lette, distrahere seg fra eller unngå vonde følelsesmessige tilstander som for eksempel ensomhet, depresjon, tomhet, sinne/frustrasjon/spenning, eller å prøve å straffe seg selv, å gjenvinne kontroll, og/eller å løsrive seg fra andre. Det har også blitt vist at disse negative følelsetilstandene ofte blir reduserte både i løpet av og/eller etter ulike selvdestruktive atferder, og noen ganger også fulgt av en sterk lettelse (Raine, 1982; Briere & Elliott, 1994; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl 2004).

Et utviklingsmessig og funksjonalistisk perspektiv på selvdestruktiv atferd bidrar videre til en forståelse for den observerte assosiasjonen mellom barndomstraume og senere selvdestruktiv atferd, og ved å bruke en slik teori er det mulig å undersøke hvordan og hvorfor grunnlaget for selvdestruktive atferder ligger i ikke-selvdestruktive tilpasningsmønstre. Dette kan tenkes å bidra til en større forståelse for selvdestruktive atferder og for individene som utviser dem, noe som igjen kan bidra til mindre stigmatisering og bedre sosiale forhold. Ved i tillegg å anerkjenne viktigheten av utvikling, og ved å tillate like og ulike utfall, kan prosessene som underligger selvdestruktiv atferd forklares, så vel som det faktum at mange individer ikke utviser selvdestruktiv atferd til tross for å være i risiko for det (Yates, 2004). Nyere forskning har vist at det er stor variasjon i utfallene hos barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, og at god utvikling er mulig på grunn av ressurser og resiliens hos mange av disse individene (Cicchetti & Rogosch, 1997; Herrenkohl, Herrenkohl, & Egolf, 1994). Dette vil beskrives nærmere i neste kapittel.

Selv om selvdestruktive atferder finnes i mange forskjellige populasjoner og over et bredt spekter av atferder, er det funnet at forbindelsen mellom traumer i barndommen og selvdestruktiv atferd er spesielt sterk (Low, Jones, MacLeod, et al., 2000; van der Kolk et al., 1991). Et utviklingsmessig syn på omsorgssvikt foreslår at ulike traumer kan resultere i avvikende utvikling, som i sin tur kan forstås som kompensatoriske strategier for relasjonell og regulatorisk tilpasning. Selvdestruktive atferder utfyller i følge denne modellen en adaptiv/nyttig funksjon for individer som er utviklingsmessig sårbart. Det vil si at sårbarheter i barns tilpasningsevner på grunn av skjevutvikling nødvendiggjør bruk av alternative regulatoriske og relasjonelle strategier, som for eksempel selvdestruktiv atferd, for å kunne møte og takle ulike utfordringer (Yates, 2004).

Til tross for at selvdestruktive atferder kan tenkes å lette følelsesmessig ubehag, kan det også være sannsynlig at mange av de som utviser selvdestruktive atferder kjenner på selvbevisste følelser som skyldfølelse og skam i forbindelse med den selvdestruktive atferden. Dette kan tenkes å komme av det stigmaet slike atferder har i vårt samfunn. Selvdestruktive atferder som for eksempel spiseforstyrrelser, selvskading, og stoff- og alkoholmisbruk kan være vanskelig å forstå og lette å dømme for de som ikke er berørt av dem. Kanskje kan usikkerhet som følge av mangel på forståelse bidra til fordømmelse av selvdestruktive atferder og feilaktig attribuering av dem. Dette kan i sin tur føre til et negativt syn på de som utviser slik atferd. Dette negative synet på selvdestruktive atferder og på individene som utviser dem kan tenkes å bidra til ytterligere følelsesmessige utfordringer for selvdestruktive individer. Ikke bare må de takle egne følelsesmessige problemer med mangelfulle og avvikende emosjonsregulerende strategier, men de må også takle følelser som skyld og skam som følge av bruken av dem. For å kunne forstå hvorfor individer utviser ulike selvdestruktive atferder til tross for mulige negative konsekvenser, er det nødvendig å se på hvilke funksjoner de kan ha.

## **Funksjoner til ulike selvdestruktive atferder**

For å belyse de mulige sammenhengene mellom omsorgssvikt og selvdestruktiv atferd vil dette avsnittet se på ulike former for selvdestruktive atferder og hvordan de på kort sikt kan hjelpe individer som er blitt utsatt for tidlig omsorgssvikt. Som et utgangspunkt kan det være naturlig å tenke at etiologiske faktorer som for eksempel personlige egenskaper og sosiokulturelle normer samhandler med omsorgssvikterfaringer i utviklingen av ulike selvdestruktive atferder.

## **Selvskading:**

Selv om selvskading som oftest vil føre til fysiske (om enn overfladiske) skader, er det blitt vist at det kan lette følelsesmessig ubehag for de som driver med det (Raine, 1982; Suyemoto, 1998). På denne måten kan selvskadende atferd bli sett på som en effektiv emosjonsregulerende strategi.

Sutton (2006) foreslo ulike funksjoner som selvskading kan ha:

- hjelpe individer til å kunne fortsette å fungere normalt når de føler seg psykologisk truet
- lette ubehagelige følelsetilstander som stress, angst og depresjon
- gi en følelse av kontroll over egen kropp, og over egne følelser, tanker og minner
- ”rense” egen kropp og sjel fra misbruk
- bekrefte egen eksistens ved å avslutte episoder av depersonalisering og forbli fokusert i nåtiden
- selvavstraffing
- kommunisere følelsesmessig ubehag til andre.

Til støtte for Suttons antagelser er det funnet at selvskading kan ha en affektregulerende funksjon.

Disse funnene indikerer at 1) sterke negative følelser går forut for selvskadingen, 2) færre negative følelser er rapportert etter selvskadingen, og 3) de fleste som driver med selvskading rapporterer et ønske om å lette negative følelsetilstander som en årsak til selvskadende atferd.

Det er også funnet at selvskading kan ha en selvavstraffende funksjon (Klonsky, 2007).

Abrams og Gordon (2003) utførte en studie som undersøkte motivasjonene, meningene, funksjonene, og konsekvensene til selvskading hos unge kvinner. De fant blant annet at alle kvinnene rapporterte familieproblemer og traumer som kilder til følelsesmessig smerte og ubehag

(depresjon og sinne). De unge kvinnene som var med i studien hevdet at selvskadingen ga en slags rensende følelse, og gjorde at de fikk et utslipp for det følelsesmessige ubehaget. De beskrev det som en midlertidig lettelse av uutholdelig følelsesmessig smerte som hjalp dem til å roe seg ned. Noen hevdet også at det å bli lagt merke til eller det å få hjelp etter slik selvskadende atferd i tillegg førte til en slags lettelse.

Videre fant Laye-Gindhu & Schonert-Reichl (2004) i sin studie at negative følelsesmessige tilstander som sinne, depresjon, ensomhet, og frustrasjon var det som utløste selvskading hos deres subjekter. Subjektene rapporterte at disse ubehagelige følelsetilstandene ble redusert både i løpet av og etter den selvskadende atferden, samt at de erfarte en følelse av lettelse. I forhold til individer som ikke drev med selvskading ble de som drev med selvskading funnet å ha generelt mer følelsesmessig ubehag, ha lavere selvtillit, til å delta i mer antisosial atferd, til å rapportere mer vanskeligheter med å kontrollere sinne, og til å erfare mer ubehag når de var sinte. De ble også funnet å utvise andre typer selvdestruktiv atferd som røyking og risikotaking.

Det er av mange antatt at selvskading er en respons til traumer og misbruk, som hjelper individer til å organisere og uttrykke ubehagelige følelser (Suyemoto, 1998). Individer som har vært utsatt for omsorgssvikt kan, som tidligere beskrevet i oppgaven, være mindre i stand til å regulere følelsene sine på en passende måte, noe som gjør at de kan ta i bruk mindre adekvate emosjonsregulerende strategier, som for eksempel selvskading. Som nevnt ovenfor er det funnet at selvskadende atferd kan virke katarsisk/”rensende”, og bidra til å dempe ubehagelige følelsetilstander. De som driver med selvskading har hevdet at selvskadingen gjør at de føler seg bedre. Det er videre rapportert at det gjør dem mindre forvirret, mer virkelig og normal, og mer i kontakt med virkeligheten. Det kan dermed sies at selvskadingen blir en måte å roe seg ned på i



mangel på bedre taklingsstrategier (Raine, 1982).

Det kan også tenkes at selvskading kan være en måte å kommunisere følelser på. Noen ganger kan det være behov for å synliggjøre og konkretisere smerte for å hjelpe individet med å gi mening og til å gi smerten en stemme (Connors, 1996). Individer med omsorgssvikerfaringer bak seg er, som tidligere beskrevet i oppgaven, vist å kunne ha vanskeligheter med å forstå og beskrive egne (og andres) følelsetilstander, og det å skade seg selv kan ses på som en effektiv måte å kommunisere om de til andre på.

### **Røyking, alkohol- og stoffmisbruk:**

Det å røyke, drikke alkohol og ruse seg på narkotiske stoffer er for mange forbundet med en gledelig opplevelse, noe som kan være med å forklare deres appell. Slike atferder er i tillegg også tenkt å kunne redusere følelsesmessig ubehag.

Når det gjelder det å røyke har selvrappporter fra røykere vist at økt ro og det å erfare mindre følelser er noen av motivasjonene bak atferden (Nesbitt, 1973). Til støtte for dette er det også funnet at individer røyker mer i stressfulle perioder (Silverstein, 1982). I tillegg er det hevdet at vane spiller en viktig rolle i opprettholdelsen av røyking, slik at det å slutte å røyke innebærer å måtte bryte med en vane som kanskje har vedvart i mange år, noe som i sin tur kan tenkes å føre til økt følelsesmessig ubehag som individer kan tenkes å ville unngå.

Som tidligere nevnt i oppgaven er det funnet at omsorgssvikt i barndommen er assosiert med økt risiko for alkohol- og stoffmisbruk. En teori fremsatt av Bellis (2002) foreslår at traumer som følge av omsorgssvikt i barndommen fører til dysregulering i nevrobiologiske systemer, som

igjen kan øke sårbarheten for ulike psykopatologi som for eksempel PTSD og depresjon. Han hevder det da er mulig å anta at alkohol- og/eller stoffmisbruk er forsøk på å takle de vonde følelsesmessige tilstandene, en slags selvmedisinering som hemmer selvbevissthet og tilgang på eget følelsesliv. Ulike studier har funnet at alkohol- og stoffmisbruk er en måte å hemme selvbevissthet på (Hull, 1981) og å redusere selvfokusering på (Hull, Levenson, Young, et al., 1983). Det er hevdet at både alkohol- og stoffmisbruk gjør individer i stand til å separere seg selv psykologisk fra miljøet, til å redusere smertefulle indre tilstander, og til å hindre vonde og vanskelige minner fra å bli bevisst. Det er derfor mulig at mange av de som misbruker alkohol og stoff kan prøve å selvmedisinere omsorgssvikrelatert depresjon, angst, eller posttraumatisk stress (Briere & Elliott, 1994).

Både det å drikke alkohol og misbruke stoff ser dermed ut til å kunne bidra til å blokkere ut uønskede tanker om seg selv og på denne måten redusere følelsesmessig ubehag. I tillegg kan det tenkes at omsorgssvikterfaringer vil føre til vonde minner og følelser knyttet til det, noe som kan bidra til et ønske om å lette eller unnsnippe disse. Ved å misbruke stoff og/eller alkohol vil individet kunne dempe den følelsesmessige smerten og hindre tilgang til minnene på kort sikt. Som tidligere beskrevet i oppgaven vil omsorgssvikt også kunne føre til skjevutvikling på visse utviklingsmessige områder, noe som i sin tur kan tenkes å bidra til lavere livskvalitet generelt. Det å misbruke stoff og/eller alkohol, eller å røyke, kan på en måte tenkes å heve denne, da rusen som følger i seg selv sannsynligvis fører til økte følelser av velbehag.

Det er også mulig at røyking, alkohol - og stoffmisbruk kommer av individers forsøk på å få innpass i og bli akseptert i en sosial gruppe. Barn som er utsatt for omsorgssvikt kan ha vanskeligheter med å danne og opprettholde gode relasjoner med andre, og kan kanskje lettere

integreres i en gruppe de har noe til felles med, som for eksempel røyking, alkohol- og/eller stoffmisbruk. Det å ha noe til felles med andre i en gruppe kan skape en trygghet og samhørighet de kan ha manglet i sine hjemmemiljø.

### **Spiseforstyrrelser:**

Forskning har foreslått at omsorgssvikt i barndommen kan bidra til utvikling av spiseforstyrrelser da individer med spiseforstyrrelser har vist seg å være mer sannsynlig enn individer uten spiseforstyrrelse å rapportere en historie av misbruk eller andre traumer bak seg (Johnson, Cohen, Kasen, et al., 2002).

I følge Armstrong og Roth (1989) er separasjons- og tilknytningsproblemer av stor betydning i spiseforstyrrelser. De fant at individer med spiseforstyrrelser gjerne hadde separasjonsangst, liten tro på egne ferdigheter, lav selvtillit, tanker om å være og å bli avvist, sinne rettet mot seg selv og andre på grunn av separasjonen fra tilknytningsfigurer, samt til å ha en tendens til å benekte følelsesmessig ubehag knyttet til separasjon. De mente at spiseforstyrrelser kan resultere fra aktiveringen av følelsesmessige minner fra tilknytningen til mor, og arbeidsmodellene som omhandler individet og individets forhold til andre. Videre hevdet de at forstyrrelser i tilknytningen til omsorgsgivere i barndommen funksjonelt er knyttet til spesifikk spiseforstyrrelsesatferd. For eksempel så foreslo de at for noen individer så kan det å ikke spise skaffe til veie en måte å opprettholde en tilknytning på, på en sikker avstand, uten å anerkjenne dette behovet. De mente også at det å overspise kan fylle et tomrom for omsorg og kan være selvtrøstende for individer som ikke kan stole på at et intimt forhold med en viktig annen kan fylle de samme behovene.

Da det har blitt funnet tilsynelatende kausale forbindelser mellom en historie av seksuelt misbruk i barndommen og spiseforstyrrelser i forskjellige kasusstudier (Wonderlich, Brewerton, Jolic, et al., 1997; Welch & Fairburn, 1994), vil de neste avsnittene ta for seg funksjonene som bulimi og anoreksi kan ha for individer som er blitt utsatt for slik omsorgssvikt. Det er blant annet foreslått at spiseforstyrrelser kan handle om ulik problematikk som en følge av misbruket som blant annet dårlig/mangelfull emosjonsregulering, lav selvfølelse, manglende følelse av identitet og manglende følelse av oppfattet kontroll.

*Bulimi:* En teori fremsatt av Schupak-Neuberg & Nemeroff (1993) foreslår at en svak eller forstyrret identitet bidrar til problemer med emosjonsregulering, som igjen kan være en underliggende årsak til bulimi. De hevder videre at mat blir brukt metaforisk av individer med bulimi som en måte å regulere følelser på. I fravær av en sterk følelse av identitet mener de at individer med bulimi bruker kroppen som en metafor for selvet, og vil da representere den indre identitetsstrukturen. Dette bidrar til at mat, fasting og oppkast blir sett på som gode måter å regulere selvet på. En implikasjon av dette er at det å mislykkes i slik selvregulering vil bidra til en kollaps av selvdefinisjonen. De hevder videre at en slik kollaps i regulering er nettopp det individer med bulimi ønsker å oppnå med overspisingen da vanskeligheter med å lette negative følelsesmessige tilstander vil sannsynligvis føre til et ønske å unnslippe selvbevissthet. Dersom hele selvet er definert, og individers oppmerksomhetskapasitet er ”brukt opp” ved å regulere kroppen, vil kollapsen av denne reguleringen ikke etterlate seg noe selvbevissthet i det hele tatt. Det vil si at ettersom selvregulering kolliderer, så vil også følelsen av selvet gjøre det dersom det å regulere kroppen er bevissthet av selvet for individer med bulimi, som de da foreslår. Mangelen på bevissthet fortsetter ettersom individets oppmerksomhet går med til å spise store mengder mat. De hevder også at effektiviteten til denne strategien vil avhenge av hvor mye individet likestiller

selvet med kroppen. Når overspisingen stopper vil selvbevisstheten komme tilbake, og da med medfølgende negative følelsestilstander. Gitt tendensen til å konkretisere, blir mat nå sett på som kilden til de negative følelsestilstandene, og kan fås bort ved å kaste opp. Schupak-Neuberg & Nemeroff (1993) gjorde også en studie som støttet deres antagelser. De fant blant annet at individer med bulimi rapporterte høyere nivå av identitetsforvirring og med mer varierende syn på seg selv relativt til individer i normalpopulasjonen. De fant også støtte for at det å overspise og kaste opp er en måte å regulere følelser på da individer med bulimi rapporterte at det å overspise var en måte å slippe unna selvbevissthet på. Til støtte for denne teorien er det også av andre hevdet at bulimi er en måte å unnsnippe selvbevissthet på. Heatherton & Baumeister (1991) mente blant annet at overspising skjer i forbindelse med et snevert, ureflektert fokus på umiddelbare sansninger. De foreslo at dette fokuset bidrar til unngå tanker om seg selv som å mislykkes i å leve opp til visse standarder og forventninger, og fra følelser forbundet med dette.

Det å være/ha vært utsatt for tidlig omsorgssvikt er (som tidligere beskrevet i oppgaven) tenkt å blant annet kunne føre til en mangelfull utvikling av selvet, dårlig selvtillit og dårlig/mangelfull emosjonsregulering. Det kan da være naturlig å tenke at en følelse av identitet kan konkretiseres og assosieres med den fysiske kroppen, og at forsøk på å regulere og manipulere kroppen på ulike vis (deriblant med mat) vil påvirke individers definisjon av selvet, og dermed følelser assosiert med selvet. Det å overspise kan hemme selvbevissthet da oppmerksomhetsfokus blir på kroppen, og individer kan slik unnsnippe negative følelsestilstander dersom de har et negativt syn på seg selv. I etterkant av overspisingen kan det derimot tenkes at selvbevisstheten kommer tilbake, og dersom den er assosiert med negative følelsestilstander, noe som kan være en naturlig konsekvens av å ha overspist (da overspising kan tenkes å generere følelser av skyld og skam), kan det å kaste opp maten ses på som en måte å gjøre opp for overspisingen på, og på denne

måten redusere de negative følelsetilstandene.

*Anoreksi:* Som med bulimi er det også funnet høy prevalens av seksuelt misbruk i barndommen hos individer med anoreksi. I en studie av Carter, Bewell, Blackmore, et al., (2006) ble det funnet at individer innlagt med anoreksi og som hadde vært utsatt for seksuelt misbruk rapporterte mer psykiatriske problemer, blant annet høyere nivå av angst og depresjon, lavere selvtillit, mer problematiske sosiale forhold, og mer alvorlige tvangsforstyrrelsessymptomer sammenlignet med innlagte individer som ikke hadde en historie av seksuelt misbruk bak seg. De rapporterte i tillegg en mer alvorlig spiseforstyrrelse enn de som ikke hadde blitt utsatt for seksuelt misbruk.

Det er foreslått at et behov for selvkontroll er tenkt å være en sentral opprettholdende faktor i anoreksi, da spesielt i forbindelse med lav selvtillit. Oppfattelsen av å kunne kontrollere egen kropp gjennom spising kan være viktig for individer utsatt for omsorgssvikt, da deres personlige grenser kan ha blitt overkjørt av omsorgsgiverne. Det å begrense spising kan tenkes å fremme individets følelse av å være i kontroll og dermed øke deres selvverd, noe som igjen kan tenkes å bidra til positive følelsetilstander. Disse positive følelsetilstandene er sannsynlig å kunne forsterke denne kontrollpregete atferden, noe som igjen kan bidra til økt opptatthet av den. Dette begrensede fokuset kan i sin tur hjelpe slike individer med å unngå å takle andre vanskeligheter som for eksempel vonde tanker, minner og følelser i forbindelse med misbrukserfaringer. Over tid kan dette bidra til at individet begynner å bygge opp en identitet karakterisert av diett og det å "være anorektisk". På denne måten kan spiseforstyrrelsen beskytte individet fra tidligere traumer og vonde følelsemessige tilstander forbundet med det (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

### **Risikofylte seksuelle atferder:**

Flere studier har funnet at individer som er blitt utsatt for omsorgssvikt er mer sannsynlig til å utvise risikofylte seksuelle atferder enn individer som ikke er blitt utsatt for omsorgssvikt (Taussig, 2002). Slike atferder inkluderer å initiere samleie ved tidligere alder, ha flere seksuelle partnere, ukonsistent bruk av prevensjonsmidler, og å bytte seksuelle tjenester for penger, stoff, eller andre ting (Boyer & Fine, 1992; Van Brunschot & Brannigan, 2002).

Det er foreslått at risikofylte seksuelle atferder kan være forsøk på å utvikle intime sosiale forhold. Da det er funnet at de som er utsatt for omsorgssvikt kan ha vanskelig for å etablere gode sosiale forhold, står disse individene i fare for å gå inn i mistilpassede forhold hvor de kan bli utnyttet. Lav selvtillit kan gjøre at de deltar i aktiviteter (her: seksuelle) som de egentlig ikke ønsker å delta i for å bli godtatt og likt av andre. Det å vokse opp i familier karakterisert av omsorgssvikt kan gjøre disse individene dårlige i stand til å beskytte seg selv, da de kanskje ikke har lært tilstrekkelig grensesetting. Dette kan gjøre de mindre i stand til å forstå de risikoene de tar i deres forsøk på å oppnå intimitet som de kan ha manglet under oppveksten (Strasburger & Donnerstein, 1999). Det kan også tenkes at omsorgssvikterfaringene bidrar til et negativt syn på fremtiden og en følelse av håpløshet, noe som kan bidra til en bagatellisering av mulige negative konsekvenser av risikofylte seksuelle atferder (Hillis, Anda, Felitti, et al., 2001).

I tillegg til å kunne være forsøk på å dekke behov for intimitet og nærhet på grunn av mangel på disse i oppveksten, kan risikofylt seksuell atferd skaffe til veie distraksjon og unngåelse av ubehag. Seksuell opphisselse og positiv seksuell oppmerksomhet kan midlertidig dekke over følelsesmessig smerte relatert til omsorgssvikt ved å skaffe til veie erfaringer som er mer gledelige og inkongruente med følelsesmessig ubehag. For disse individene kan hyppig seksuell

aktivitet representere en bevisst eller ubevisst strategi for å takle eller kontrollere vonde følelsesmessige tilstander (Briere & Elliot, 1994).

En annen teori foreslår at det å delta i risikofylte seksuelle aktiviteter som for eksempel prostitusjon, kan være forsøk på å mestre og å forstå traumatiske seksuelle misbrukserfaringer de har opplevd. En måte de kan gjøre dette på er å delta i høyrisiko situasjoner som ligner på eller minner om tidligere misbrukserfaringer, hvor de kan oppleve at de mestrer situasjonen og er i stand til å kontrollere seg selv og andre. Heller enn å tvinges til å ha sex med en gjerningsmann, legger individet som selger sex føringen for hva som skal skje (Sandberg, Lynn, & Green, 1994).

Det er også hevdet at rusmisbruk kan være en årsak til prostitusjon. Som tidligere beskrevet kan rusbruk være en måte å slippe unna ubehagelige følelsetilstander på, en slags selvmedisinering. Det er en effektiv strategi som gir kortsiktige ønskede resultater, men med uheldige konsekvenser på sikt. Rusmisbruk er i tillegg dyrt, og for mange er prostitusjon en måte å skaffe penger på (Widom & Kuhns, 1996).

### **Kriminell atferd:**

Det er funnet at individer som er utsatt for omsorgssvikt i barndommen er mer sannsynlig enn de som ikke har blitt det til å delta i kriminelle aktiviteter (Ireland et al., 2002; Widom, 1989) og til å bli arrestert senere i livet (Widom, 1995). Det er foreslått at i familier som er preget av omsorgssvikt er foreldrene mindre involvert i barnas liv. Dårlig overvåkning fra foreldrenes side, samt det at disse barna kan ha kriminelle venner, er tenkt å kunne bidra til deltakelse i ulike typer problematiske atferder (Ary, Duncan, Biglan, et al., 1999) som for eksempel kriminell atferd. Relatert til dette har Thornberry, Lizotte, Krohn, et al., (2003) hevdet at ungdommer med dårlige



forhold til sine foreldre, som har et dårlig forhold til skolen og som mangler fremtidsmål, har færre sosiale begrensninger som kan bidra til gode sosiale atferder. De har på grunn av dette større atferdsmessig frihet og er mer sannsynlig til å bli involvert i kriminell atferd. Hvis de i tillegg er i sosiale miljø som er preget av kriminell atferd, kan disse miljøene både modellere og forsterke denne atferden, noe som antageligvis vil føre til mer og hardere kriminell atferd. Det vil på denne måten skapes en ond sirkel hvor kriminell atferd videre kan øke fremmedgjøring i forhold til foreldre, redusere tilhørighet til skole, og svekke fremtidige mål.

Å vokse opp i en familie preget av omsorgssvikt kan også bidra til mangelfull forståelse av, og forpliktelse til, gjeldende normer og regler, både som et resultat av dårlig oppdragelse og modellering av amoralsk atferd. Mangel på gode relasjoner innen og utenfor familien kan også bidra til en mangel på korrigerende avvikende og amoralske tanker og atferd, slik at disse individene kan stå i fare for å utvikle mer ekstreme og rigide tanke- og atferdsmønstre, som i sin tur kan ligge bak kriminelle atferder.

Når det gjelder ulike funksjoner kriminell atferd kan ha, kan en mulighet være at individer som er/har vært utsatt for omsorgssvikt og som utviser kriminell atferd forsøker å få innpass i en sosial gruppe da dette kan gi dem en ny form for trygghet og samhørighet. Da disse individenes tanke- og atferdsmønstre kan være lik de til kriminelle, kanskje som et resultat av modellering, blir de kanskje lettere akseptert i en gruppe som er preget av kriminalitet. En annen forklaring kan være at den kriminelle atferden kan gi utløp for negative følelsetilstander som for eksempel sinne og frustrasjon, som igjen kan være et resultat av tidlig omsorgssvikterfaringer. Det å få utagere kan også føre til en lettelse av disse negative følelsetilstandene ved for eksempel gi et adrenalin - ”kick”, noe som igjen kan tenkes å forsterke slik atferd.

### **Generelt om selvdestruktiv atferd:**

Som beskrevet i dette kapitlet er det funnet høy korrelasjon mellom det å ha blitt utsatt for omsorgssvikt og selvdestruktiv atferd som selvskading, spiseforstyrrelser, røyking, alkohol- og stoffmisbruk, risikofylt seksuell atferd og kriminell atferd. I tillegg til de spesifikke funksjonene slike atferder kan ha, er det også visse fellestrekk ved dem. En årsak til dette kan være at de psykologisk sett handler om ulike løsninger på samme underliggende problem som for eksempel manglende selvfølelse, manglende gode sosiale forhold, og manglende evne til å forstå, uttrykke, og regulere følelser på en adekvat måte.

Det er også foreslått at individer utsatt for omsorgssvikt kan ha vanskeligheter med å forstå kausale forbindelser mellom egne tanker, atferd, og effektene av egen atferd, noe som blant annet kan føre til lært hjelpeløshet, maktesløshet, og liten tro på egne ferdigheter (Thompson, Potter, Sanderson, et al., 1997). Til støtte for denne antagelsen er det funnet at lav selvtillit, negative syn på seg selv, oppfattet mangel på kontroll, og en følelse av håpløshet blant barn utsatt for omsorgssvikt, er forbundet med risikofylte atferder (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, et al., 1995). Det er mulig at en slik kognitiv stil kan forklare hvorfor barn som er utsatt for omsorgssvikt deltar i risikofylte og selvdestruktive atferder. Kanskje ser de ikke på atferden som risikofull, da de ikke forstår konsekvensene av den. De kan også mangle tro på at de kan forandre utfallet til slik atferd, og dermed heller ikke forsøke å endre den.

### **Selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen**

Da selvdestruktive atferder ikke bare utvises i kliniske populasjoner og hos individer utsatt for tidlig omsorgssvikt, er det interessant å se på ulike teorier omhandlende selvdestruktiv atferd i

normalpopulasjonen, for så å kunne sammenligne selvdestruktiv atferd som utvises i denne populasjonen med selvdestruktiv atferd som utvises av individer utsatt for omsorgssvikt.

Det er flere forskjellige teorier omhandlende selvdestruktiv atferd hos individer i normalpopulasjonen i faglitteraturen. Baumeister og Scher (1988) har blant annet kommet med ulike forklaringsmodeller. En modell samsvarer med et mer tradisjonelt syn på selvdestruktiv atferd, og foreslår at negative konsekvenser av en atferd er ønsket, og at individet ønsker å skade seg selv. En annen modell innebærer at individer kan se bort fra negative konsekvenser en atferd har til fordel for positive utfall den samme atferden fører med seg. Individet vil da velge å utvise en atferd som er selvdestruktiv på grunn av noe positivt den fører med seg, og de(n) negative konsekvensen(e) til atferden kan ses på som et uheldig biprodukt. En tredje modell hevder at individet kan ønske positive utfall med en atferd, men bruker teknikker eller strategier som hemmer positive utfall og fremmer negative utfall. Individet kan da sies å ha vanskeligheter med selvregulering. Relatert til den tredje modellen foreslo de at negative følelsetilstander kan bidra til å hemme adekvat selvregulering. De hevdet at følelsesmessig ubehag kan være så ille og fremtredende at normal selvregulering vil hemmes. Ønsket om å få slutt på det følelsesmessige ubehaget kan være så sterkt at de tar i bruk atferder som på kort sikt kan være effektive i å lette dette ubehaget, men som er selvdestruktive på sikt. Baumeister (1997) hevdet videre at dette kan være fordi det følelsesmessige ubehaget hemmer vurderingen av risikoen slike atferder kan føre med seg. Dette impliserer at sterke negative følelsesmessige tilstander kan hemme rasjonell tanke og atferd, og resultere i selvdestruktive atferder i et forsøk på å lette dem.

## **Selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen versus selvdestruktiv atferd hos individer utsatt for tidlig omsorgssvikt**

Da de aller fleste mennesker utviser selvdestruktive tankemønstre og atferder fra tid til annen, uavhengig av om de har blitt utsatt for tidlig omsorgssvikt eller ikke, er et sentralt spørsmål om den selvdestruktive atferden hos de individene som er blitt utsatt for omsorgssvikt i vesentlig grad skiller seg fra den selvdestruktive atferden som normalpopulasjonen utviser.

Felles for utvisningen av selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen og hos individer utsatt for omsorgssvikt er at de kan ses på som funksjonelle, om de reflekterer forsøk på å skade eller ødelegge seg selv, om de er avvikende forsøk på selvregulering, eller om de er forsøk på å redusere, eliminere, eller unnsnippe ubehagelige følelsetilstander. Et viktig spørsmål er da hvor grensen på det normale og det patologiske går i forhold til selvdestruktiv atferd. I denne oppgaven er selvdestruktiv atferd sett på som patologisk når de er fremtredende trekk ved individers liv som forstyrrer normal utvikling og fungering, i tillegg til å påføre individet fysisk og/eller psykologisk skade.

I forhold til normalpopulasjonen og utvisning av selvdestruktive tanker og/eller atferd, kan det tenkes at dårlig humør og negative følelsetilstander kan få individer til å utvise risikofylt og selvskadende tanke- og atferdsmønstre som på sikt kan være selvdestruktive. De fleste individer vil fra tid til annen ha tanker om å skade seg selv eller om å dø, da kanskje spesielt under negative følelsemessige tilstander. De fleste av oss vil også kanskje utvise en eller annen form for selvdestruktiv atferd en eller flere ganger i løpet av livet. Det å være sint, fortvilet eller trist kan medføre tanker og følelser om likegyldighet, verdiløshet og/eller håpløshet, noe som kan bidra til et ønske om å forsvinne eller dø, eller ønske om å påføre seg selv skade. Det å utvise

risikofylt atferd kan også være en måte å redusere disse følelsene på. Negative konsekvenser slike atferder kan føre med seg kan tenkes å enten være bevisst og også ønsket, men ofte vil disse kanskje overses eller ikke tas hensyn til, noe som kan reflektere en svikt i rasjonell tanke. En grunn til dette kan for eksempel være at sterke negative følelsetilstander hindrer individer i å tenke og handle rasjonelt. Det er kjent at følelser har en mektig innflytelse både på menneskers tanke og atferd. Slike selvdestruktive tanke- og/eller atferdsmønstrene kan derimot tenkes å opphøre ettersom humøret og følelsene forandrer seg. I normalpopulasjonen vil ulike følelsetilstander sannsynligvis med jevne mellomrom forandres, i tillegg til at disse vil holde seg innenfor det som er normalt for god/adekvat fungering. Det at de aller fleste individer i normalpopulasjonen likevel ikke utviser selvdestruktiv atferd som påfører individet varige fysiske og/eller psykiske skader til tross for følelsesmessige utfordringer, kan i sin tur tenkes å komme av at disse følelsesmessige utfordringene er midlertidige. En annen årsak til dette kan være menneskets typiske rasjonelle kognitive stil, hvor konsekvensene til ulike handlinger vil gjennomgås og evalueres, og hvor individet til slutt bestemmer seg for at det er i egen interesse å ikke påføre seg selv fysisk og/eller psykologisk skade og å være i live. Kanskje er selvdestruktiv atferd i normalpopulasjonen også mindre potensielt skadelig da den sannsynligvis er mer kortvarig og ikke gjentas ofte til forskjell fra selvdestruktiv atferd hos individer utsatt for omsorgssvikt. Dette kan være fordi individer i normalpopulasjonen gjerne har utviklet gode emosjonsregulerende strategier, og ikke er avhengig av slike kompensatoriske strategier for å regulere atferd og negative følelsetilstander. Det kan også tenkes at fordi disse individene ikke erfarer vonde omsorgssvikterfaringer, eller minner, tanker og følelser knyttet til slike erfaringer, vil de ha mindre behov for å takle denne type vonde følelsesmessige tilstander. De kan også tenkes å ha høyere selvtillit og flere gode sosiale relasjoner enn individer som har erfart tidlig omsorgssvikt, og på grunn av dette fungere bedre i dagliglivet.

Kanskje er den selvdestruktive atferden som utvises hos individer utsatt for omsorgssvikt mer langvarig og gjentakende, og dermed mer alvorlig, fordi disse individene har større følelsesmessige utfordringer å takle, både som følge av vonde følelser og minner knyttet til omsorgssvikterfaringene, men også som en følge av eventuell skjevutvikling. I tillegg kan de også mangle gode og adekvate emosjonsregulerende ferdigheter og/eller gode og støttende sosiale forhold. Dette kan forklare hvorfor disse individene i større grad enn individene i normalpopulasjonen tar i bruk selvdestruktive atferder for å takle eller kommunisere om egne følelsetilstander, samt regulere egen atferd. Kanskje kan det også være slik at mer normale emosjonsregulerende strategier ikke er tilstrekkelige for å kunne takle de utviklingsmessige og følelsesmessige utfordringene som omsorgssvikt gjerne fører med seg, slik at selvdestruktive atferder på en måte er nødvendige for å kunne klare å fortsette å fungere, uavhengig av om individet også har utviklet mer normale og adekvate emosjonsregulerende ferdigheter eller ikke. En annen mulighet er at selvdestruktive tanke- og/eller atferdsmønstre er arvelig betinget, slik at eventuell psykopatologi hos omsorgsgiverne både kan bidra til omsorgssvikt og selvdestruktive tendenser hos barna. Eller så kan det være slik at psykopatologi hos omsorgsgiverne bidrar til en genetisk predisposisjon for selvdestruktivitet hos barna som kan utløses ved omsorgssvikterfaringer.

Da selvdestruktive tanke- og atferdsmønstre har vist seg å kunne være funksjonelle, i tillegg til muligens å kunne involvere en genetisk komponent, kan det være interessant å undersøke om selvdestruktiv atferd også utvises av andre arter og om det finnes felles biologiske korrelater som underligger dem.

## **Dyremodeller og biologiske korrelater til selvdestruktiv atferd**

Det har vist seg at selvdestruktiv atferd ikke er begrenset til den menneskelige populasjonen. For eksempel har spontan selvskadende atferd blitt beskrevet hos mange ikke-menneskelige primater som ulike typer aper. Forskning på dette området har blant annet funnet at enkelte selvdestruktive atferder kan være vanlige reaksjoner til ekstreme forstyrrelser i foreldrenes omsorg. For eksempel er det vist at unge rhesusaper som blir isolert biter seg selv, slår seg selv i hodet, og slår hodet inn i vegger (Mineka & Suomi, 1978). "Omsorgssvikterfaringer" er hos disse apene også vist å fremme drikking av alkohol når de har tilgang på det (Kraemer & McKinney, 1985). Det at også andre arter utviser selvdestruktiv atferd i respons til "omsorgssvikterfaringer" kan foreslå underliggende biologiske korrelater til slike atferder, noe som i sin tur er med på å støtte hypotesen om en biologisk komponent i selvdestruktiv atferd.

I forhold til selvskading er det funnet at både endogene opiatsystem og serotonerg aktivitet kan være implisert. Det endogene opiatsystemet har blitt implisert på grunn av den bedøvelsen som individer rapporterer å erfare i løpet av selvskading, i tillegg til en etterfølgende rus mange erfarer etter selvskading (Muehlenkamp, 2005). Funn fra flere nevrobiologiske studier har i tillegg funnet at lav serotonerg aktivitet er forbundet med økt suicidal og selvdestruktiv atferd som for eksempel selvmordsforsøk, selvskading, stoff og/eller alkoholmisbruk - og/eller - avhengighet, spiseforstyrrelse, fysisk aggresjon mot andre, og promiskuøs atferd (Evans & Lacey, 1992; Mann & Malone, 1997; Steiger, Koerner, Engelberg, et al., 2001; Lacey & Evans, 1986). Disse funnene kan indikere at de samme biologiske korrelatene er implisert i disse typene selvdestruktiv atferd. Når det gjelder forbindelsen mellom tidlig omsorgssvikt og senere utvising av selvdestruktiv atferd, kan det kanskje være slik at traumer i barndommen på et biologisk nivå

fører til lave nivå av serotonerg aktivitet, og visse typer atferd (her: selvdestruktive) som hemmer selvbevissthet og fører til en midlertidig letting av følelsesmessig ubehag og til og med kanskje en berusende følelse kan korrelere med aktivering av det endogene opiatsystemet. Det er også foreslått at mangel på opiat er kan resultere fra kronisk og alvorlig stress og traumer i barndommen, som for eksempel ved omsorgssvikt. Kanskje traumer fra omsorgssviktferinger forandrer eller hemmer fysiologiske nivå av endogene opiat er eller skaper en mangeltilstand. En annen mulighet er at det skjer en habituering av høye nivå av endogene opiat er i barndommen på grunn av gjentakende utsettelse for vanskjøtsel eller misbruk (Sher & Stanley, 2008), slik at selvdestruktiv atferd blir en måte å få effekt av det endogene opiatsystemet på. Det er også mulig at både de biologiske korrelatene til selvdestruktiv atferd og selvdestruktiv atferd i seg selv er arvede trekk som begge blir utløst av omsorgssviktferinger.

Til tross for at det er flere psykososiale og biologiske likhetstrekk som kan karakterisere individer som har blitt utsatt for omsorgssvikt og som utviser selvdestruktive tanke- og/eller atferdsmønstre, vil, som tidligere nevnt i oppgaven, ulike individer påvirkes på ulike måter, og forskjellige typer omsorgssvikt vil kunne bidra til forskjellige konsekvenser for de som blir utsatt for det. Mange av individene som blir utsatt for omsorgssvikt har også blitt funnet å utvikle seg normalt og fungere godt. Disse individene blir betraktet som resiliente, og fenomenet resiliens vil være tema i neste kapittel.



## Kapittel 4

### Resiliens

Selv om det i dag er stor enighet om at omsorgssvikerfaringer er skadelige for barn, blir ikke barn påvirket likt av omsorgssvikerfaringer. Dette åpner for muligheten at barn som er blitt utsatt for omsorgssvikt likevel kan fungere bra til tross for de uheldige oppvekstvilkårene (Cicchetti & Rogosch, 1997). Alle individer er forskjellige, og har ulike sårbarheter og ressurser på ulike tidspunkt i livsløpet. Det kan tenkes at disse sårbarhetene og ressursene, i tillegg til typen, varigheten og alvorligheten av omsorgssvikten, samt når omsorgssvikten finner sted, vil avgjøre hvordan individer utvikler og tilpasser seg.

Et utviklingsmessig perspektiv på omsorgssvikt foreslår at det å ha et gitt arvelig trekk eller det å bli utsatt for visse miljømessige hendelser blir moderert av forskjellige risikofylte og beskyttende faktorer, som til slutt vil føre til mange forskjellige utfall. Disse utfallene kan variere fra alvorlig psykopatologi til tilsynelatende god fungering. Forskning i senere tid har vært opptatt av hvilke faktorer som er forbundet med relativt god fungering til tross for å ha blitt utsatt for omsorgssvikt. Denne type forskning har stor betydning for intervensjon og prevensjon i forhold til omsorgssvikt (Spaccarelli & Kim, 1995).

Dette kapitlet vil først gjennomgå definisjonen av begrepet resiliens, for så å se på hvordan begrepet resiliens ble utviklet. Deretter vil faktorer som er tenkt å fremme utviklingen av resiliens bli beskrevet, før resiliensforskningens betydning for intervensjon (herunder også individuell behandling) og prevensjon vil gjennomgås.

## **Definisjon**

Resiliens er en oversettelse av det engelske ordet ”resilience”, og defineres i dag som en dynamisk prosess hvor individer tilpasser seg adaptivt/hensiktsmessig/positivt til tross for uheldige omstendigheter (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Det innebærer ikke bare et personlighetstrekk eller en egenskap hos individet, men er ment å reflektere en prosess av positiv tilpasning til tross for tilstedeværelse av risikofaktorer. Resiliens er ofte referert til som de ressursene en person tar i bruk for å takle vanskelige utfordringer, samt evnen til å komme seg etter slike situasjoner (Goldman, 2004). Det kan dermed sies at utviklingen av resiliens er et komplekst samspill av ulike faktorer i barnet og i miljøet. Et barn kan sies å være resilient til omsorgssvikt dersom han/hun utviser god fungering på visse områder til tross for å være eller å ha vært utsatt for tidligere omsorgssvikt. God fungering kan derimot være så mangt, og ulike forskere og klinikere kan ha forskjellige oppfatninger om hva det er. Likevel kan god fungering generelt tenkes å innebære mangel på psykisk problematikk, god tilpassing i skole og yrkesliv, samt det å fungere godt i sosiale forhold.

## **Historikk**

Den vitenskapelige forskningen på resiliens begynte i 1970-årene da en gruppe forskere oppdaget at noen barn utviklet seg godt og fungerte bra til tross for at de var sett på som å være i risiko for å utvikle senere psykopatologi. Til å begynne med var fokuset hovedsakelig på personlige egenskaper hos barn som ble betraktet som resiliente, samt på ulike beskyttende faktorer i miljøet (Wright & Masten, 2005). I løpet av de siste 20 årene har derimot forskning på dette området skiftet fra å ha fokus på å identifisere beskyttende faktorer til å forsøke å forstå underliggende beskyttende prosesser. Heller enn bare å studere barnet, familien, og miljømessige faktorer som

er involvert i resiliens, prøver forskere å forstå hvordan slike faktorer kan bidra til positive utfall. Det å se på resiliens som uforanderlig eller universell, i motsetning til foranderlig og relativ, har også forandret seg i løpet av årene. Tidligere kunne resiliente individer bli betraktet som ”usårbare”, men dette viste seg derimot å være misvisende da det impliserte at det å unngå å bli preget av risikofaktorer var absolutt og uforanderlig (Masten, 2001). Det er i dag antatt at resiliens er et dynamisk begrep som verken blir sett på som iboende i individer eller som stabilt og uforanderlig over livsløpet, men som kan utvikles som en følge av flere ulike faktorer eller prosesser.

### **Faktorer som er funnet å fremme resiliens:**

De faktorene som i dag er funnet å fremme resiliens består av de samme faktorene som er tenkt å være nødvendige for normal utvikling og vekst (Masten, 2001). Studier på dette området har sett på ulike beskyttende faktorer som påvirker forholdet mellom omsorgssvikt og mistilpassing. Det er spesielt tre beskyttende variabler som går igjen: 1) medfødte/temperamentsmessige egenskaper hos barnet (for eksempel lydhørhet, uavhengighet, intellektuelle ferdigheter), 2) et varmt og trygt familiemiljø, og 3) tilgjengelighet av eksterne støttesystem (for eksempel jevnaldrende og lærere) (Luthar & Zigler, 1991).

### **Medfødte/temperamentsmessige egenskaper:**

Når det gjelder medfødte egenskaper er det funnet at kognitive evner over gjennomsnittet, høy selvtillit, ekstern attribuering av skyld, tilstedeværelse av spiritualitet, og en følelse av indre kontroll er fremtredende trekk hos individer som betraktes som resiliente.

*Høy intelligens:* Longitudinell forskning som har fulgt barn gjennom førskolen og ut i ungdomsalderen, foreslår at høyt utviklede kognitive evner er en beskyttende faktor for individer som har blitt utsatt for omsorgssvikt (Herrenkohl et al., 1994). Det kan tenkes at høy intelligens kan føre til gode akademiske resultater, noe som igjen kan bidra til høyere selvtillit. Det er også mulig at høy intelligens kan bidra til utvikling av gode måter å regulere følelsesmessige tilstander på, slik at individet er i stand til å fungere bra i møte med ulike utfordringer.

*Høy selvtillit:* Forskning har funnet at selvtillit har redusert deprimert humør hos individer som har vært utsatt for omsorgssvikt, og det har etter dette blitt foreslått at et positivt selvbilde er en beskyttende faktor for individer som har vært utsatt for omsorgssvikt (Moran & Eckenrode, 1992). Kanskje er det slik at et positivt syn på seg selv beskytter individer fra negative attribusjoner fra omsorgspersoner, noe som kan tenkes å være sannsynlig i tilfeller av omsorgssvikt.

*Ekstern tilskrivning av skyld:* Det er funnet at noen kvinner som har blitt utsatt for seksuelt misbruk i barndommen og som blir sett på som resiliente, utviser ekstern tilskrivning av skyld. Det er også funnet at disse kvinnene er i stand til å sette misbruket i perspektiv, og erkjenne at misbruket ikke var deres feil (Valentine & Feinauer, 1993). Når det gjelder indre og ytre tilskrivningsfokus er det sannsynlig å anta at de som i større grad tilskriver gode hendelser og utfall til seg selv og dårlige hendelser og utfall til andre eller til situasjonelle faktorer, vil fungere bedre enn de som har en motsatt tilskrivningsstil, da det kan tenkes å heve individets selvtillit, samtidig som det kan tenkes å fremme rasjonell tanke. Dette til tross for at denne typen tilskrivningsmønster i mer ekstrem form også kan tenkes å føre til vanskeligheter i fungeringen.

*Spiritualitet:* Det ble i en studie av Valentine & Feinauer (1993) funnet at kvinner som tidligere var blitt utsatt for seksuelt misbruk og som så på seg selv som resiliente, rapporterte spiritualitet som en beskyttende faktor. Det er mulig at det å være involvert i et religiøst samfunn kan bidra til et støttende nettverk som individet kan dra nytte av (Heller, Larrieu, D'Imperio, et al., 1999). Det kan også tenkes at spiritualitet kan fremme en følelse av mening med livet, og bidra til en følelse av å være verdig til tross for å ha vært utsatt for omsorgssvikt.

*"Self-efficacy":* "Self-efficacy" er blitt definert som oppfattelsen av at det er mulig å oppnå ønskede mål gjennom egne handlinger, og har blitt funnet å fungere som en beskyttende faktor i forhold til ulike uheldige omstendigheter (Caprara, Scabini, Barbaranelli, et al., 1998). Nylig har begrepet blitt brukt mer omfattende, og refererer til en følelse av kontroll over egne tankeprosesser og følelsesmessige tilstander, selvregulering av målrettet, impulsiv og avhengighetsskapende atferd, og utøvingen av kontroll over sosiale miljø (Bandura, 1991). Det å ha en følelse av kontroll, både over egne tanker, følelser og atferd, men også over ens forhold med andre, kan for barn utsatt for omsorgssvikt tenkes å bidra til tanker av å kunne påvirke egen situasjon og fremtid. Dette kan i sin tur generere håp om en bedre fremtid, og på denne måten lette følelsesmessig ubehag knyttet til omsorgssvikterfaringer.

### **Varmt og trygt familiemiljø:**

En god fosterfamilie, tilstedeværelse av en omsorgsfull og støttende voksen, og positive familieforandringer har alle blitt assosiert med resiliens (Spaccarelli & Kim, 1995; Valentine & Feinauer, 1993). Det er foreslått at god omsorg og støtte fra en omsorgsperson bidrar til utvikling av selvtillit, og til et syn på seg selv som verdig, i tillegg til å utvikle trygghet på seg selv, og til erfaring av mestring (Heller et al., 1999). Som tidligere beskrevet i oppgaven har forskning vist at

et barns arbeidsmodeller av en tilknytningsperson er avhengig av barnets syn på tilgjengeligheten og lydhørheten til en omsorgsperson. Barnets arbeidsmodell av selvet involverer hvor akseptabel eller verdig barnet oppfatter at det er i omsorgsgiverens øyne. Dette impliserer at et barn med minst en omsorgsfull tilknytningsperson er mer sannsynlig enn et barn uten en omsorgsfull tilknytningsperson til å ha god selvtillit og å være trygg på seg selv, noe som kan tenkes å ville beskytte barnet fra negative attribueringer og handlinger fra personer som utsetter det for omsorgssvikt.

### **Eksterne støttesystem:**

Gode strukturerte skolemiljø, deltakelse i religiøse samfunn, det å ha en hobby, og å være involvert i fritidsaktiviteter har alle blitt forbundet med resiliens hos barn som er blitt utsatt for omsorgssvikt (Herrenkohl et al., 1994; Valentine & Feinauer, 1993). Forskning indikerer at positive erfaringer i skolen kan bidra til resiliens ved å øke individers følelse av selvverd og kontroll over egen skjebne/tilværelse (Herrenkohl et al., 1994). Fritidsaktiviteter, hobbyer, og/eller involvering med et religiøst samfunn er antatt å ha flere funksjoner som blant annet det å kunne fungere som tilfluktssted, fremme selvtillit, og skaffe til veie vennskap og rollemodeller (Valentine & Feinauer, 1993). Positive jevnalderforhold, som karakteriseres av positive samhandlinger, og tilgang på aksept og støtte, har også blitt foreslått å være en ressurs som fremmer god tilpasning, spesielt i ungdomsalderen (Criss, Pettit, Bates, et al., 2002). Det å tilhøre en gruppe hvor individet blir verdsatt kan tenkes å bidra til økt selvtillit og trygghet, samt å skaffe til veie både materiell og følelsesmessig støtte i møte med ulike utfordringer. En gruppe vil også kunne korrigere uønsket atferd og modellere prososial atferd, samt bidra til utvikling av økt empati. Alt dette vil kunne letteliggjøre individets tilpasning i samfunnet, og dermed også sannsynligvis bidra til bedre psykologisk fungering.

Til tross for at faktorene som beskrevet ovenfor er funnet å fremme resiliens, er det fremdeles uklart hvilke variabler, prosesser, eller hvilken kombinasjon av disse som er den nødvendige beskyttende mekanismen for utviklingen av resiliens hos individer som har blitt utsatt for omsorgssvikt. Det er viktig å være oppmerksom på at det kan være individuelle forskjeller (for eksempel rase, klasse, kjønn) i respons til ulike beskyttende faktorer, og dette er et område som fordrer videre forskning (Heller et al., 1999). Det kan også være slik at det å bli utsatt for en viss type omsorgssvikt over et visst tidsrom, og i en viss alder, gjør det lettere å utvikle resiliens enn det å bli utsatt for andre typer omsorgssvikt, av en annen varighet, og i en annen alder. Det er i tillegg funn som tyder på at biologiske faktorer som genetik, neuroendokrinologi, immunologi og nevralt plastisitet, i tillegg til følelser og kognisjon, alle blir påvirket av miljø og erfaring, og vil dermed også mest sannsynlig spille en sentral rolle i resilient fungering. Dette vil i sin tur ha implikasjoner både for teori på området og for intervensjon (Curtis & Cicchetti, 2003).

Da forskning på resiliens er vist å avdekke hvilke beskyttende og risikofylte faktorer som kan tenkes å fremme og hemme god utvikling og fungering, innebærer dette at denne forskningen vil ha implikasjoner for intervensjon og prevensjon for de individene som er berørt av omsorgssvikt. Dette vil beskrives nærmere i neste avsnitt.

## **Forskningens implikasjoner for intervensjon og prevensjon i forhold til individer involvert i omsorgssvikt**

Omsorgssvikt er et komplekst og viktig sosialt problem for de som blir berørt av det. Det å utføre forskning på dette området krever betraktning av flere relaterte faktorer som hver kan påvirke et barns utfall. Mange familier som er involvert i omsorgssvikt blir dessuten påvirket av

risikofaktorer som forandrer seg over tid, noe som kompliserer forskningen. De faktorene eller prosessene som bidrar til relativt gode utfall etter utsettelse for omsorgssvikt er i tillegg nylig blitt oppdaget, og dermed er det begrensede konklusjoner som kan trekkes (Heller et al., 1999).

Selv om omsorgssvikt ofte har sterke, negative effekter på individer som blir utsatt for det, samt på familier berørt av det og på samfunnet generelt, blir ikke alle individer påvirket likt. Til tross for de risikoene som følger omsorgssvikt vil noen barn unngå en negativ utviklingsspiral. Det er i dag kommet mye kunnskap om effektene av omsorgssvikt, og denne kunnskapen kan bidra utviklingen av prevensjons- og intervensjonsstrategier, og dermed hjelpe mange barn å unnsnippe omsorgssvikt eller å lette negative konsekvenser som kan følge omsorgssvikt. Det er videre foreslått at dersom omsorgssvikt skjer, kan dets negative konsekvenser behandles, for eksempel med individuell behandling, spesielt når intervensjon baserer seg på oppdatert teori og blir skaffet til veie tidlig i utviklingen (Cicchetti & Toth, 2004). Det er derfor viktig å skaffe til veie intervensjon så raskt som mulig etter at omsorgssvikt har blitt oppdaget, da tidlig intervensjon sannsynligvis vil redusere antallet individer med psykiatriske forstyrrelser. Selv om symptomer eller en diagnostisert psykiatrisk forstyrrelse ikke nødvendigvis manifesteres med en gang, kan henvisning til helsehjelp være en viktig måte å forhindre eller redusere negative utviklingsmessige konsekvenser på (Cicchetti & Toth, 2004).

### **Implikasjoner for intervensjon**

Det å ha kunnskap om ulike beskyttende faktorer og ulike faktorer forbundet med risiko er viktig når det gjelder intervensjon i forhold til omsorgssvikt, da dette vil indikere hvilke individer som er i risiko, samtidig som det vil hjelpe med å tilrettelegge intervensjon. Det er derimot vanskelig,



hvis ikke umulig å bestemme hvilke beskyttende faktorer som er forbundet til hvilke risikofaktorer (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Det kan dessuten tenkes at de negative konsekvensene til ulike typer omsorgssvikt i tillegg til å være spesifikke i forhold til hvilke(n) type(r) omsorgssvikt som utvises, også kan være et resultat av flere typer ulike risikofaktorer. Det er videre tenkt at innvirkningen til forskjellige beskyttende og risikofylte faktorer vil forandres i forskjellige faser i livet, og at et individ som er resilient i en fase av livet ikke nødvendigvis er resilient i en annen (Luthar & Zigler, 1991). Alt dette kan tenkes å komplisere tilretteleggingen av ulike intervensjonstiltak. Fremtidig forskning på dette området bør derfor være longitudinell, og bør fokusere på både innholdet i og antallet av beskyttende og risikofylte faktorer, så vel som kontinuiteten og diskontinuiteten av disse faktorene over tid. Det kan også være nyttig å ta i betraktning at de individene som blir betraktet som resiliente kan være de som søker ut eller konstruerer et miljø som fremmer positiv tilpassing og utvikling (Heller et al., 1999), sannsynligvis som et resultat av personlige egenskaper og/eller gode støttesystem.

Det å belyse de utviklingsmessige prosessene som omsorgssvikt er vist å påvirke, vil også kunne bidra til utviklingen av effektive intervensjoner (Cicchetti & Toth, 2004). Det er i den sammenheng viktig å forstå hvordan individuelle, familiære, samfunnsmessige og kulturelle påvirkninger samhandler i etiologien til og utviklingen av omsorgssvikt (Masten & Wright, 1998). Intervensjoner bør også ta i betraktning hver families egenart for på en best mulig måte kunne tilrettelegge effektive intervensjoner. Det vil i tillegg være viktig med utvikling av forskningsprogram som fokuserer på overlappingen av og tilstedeværelsen av forskjellige typer omsorgssvikt til samme tid, samt vurdere hyppigheten av ikke - rapporterte tilfeller av utsettelse for omsorgssvikt (innen familien, jevnaldergrupper og så videre), og videre undersøke hvordan familiemedlemmer kan redusere eller fremme effektene av å bli utsatt for omsorgssvikt

(Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). På denne måten vil et mer helhetlig, men samtidig et mer detaljert perspektiv på omsorgssvikt settes i fokus. Dette vil sannsynligvis kunne bidra til bedre intervensjonsprogram da flere relevante faktorer i forhold til omsorgssvikt tas i betraktning.

Samtidig er det viktig at utviklingsmessige prinsipper integreres inn i utdanningen til helsearbeidere som er sannsynlig å arbeide med barn og familier som er preget av omsorgssvikt. Fordi konsekvensene av omsorgssvikt kan variere som en funksjon av den utviklingsmessige perioden omsorgssvikten skjedde i, må helsearbeidere være forberedt på å inkorporere denne utviklingsmessige forståelsen inn i sitt arbeid (Cicchetti & Toth, 1995). Med en bedre forståelse av hvordan omsorgssvikt forstyrrer eller hindrer sunn utvikling hos barn og ungdom, kan de som arbeider med individer som er/har blitt utsatt for omsorgssvikt være bedre i stand til å hjelpe dem til å kunne fungere bedre i fremtiden (Kelley, Thornberry, & Smith, 1997). For å eksemplifisere dette vil neste avsnitt ta for seg noen prinsipper som kan være viktige i individuell behandling av individer som er/har blitt utsatt for omsorgssvikt.

*Implikasjoner for individuell behandling:* I forhold til individuell behandling av individer som har vært utsatt for tidlig omsorgssvikt og som utviser et tanke- og/eller atferdsmønster som kan betegnes som selvdestruktivt, er det flere prinsipper som kan være nyttige. For eksempel kan det være spesielt viktig med et godt og tillitsfullt forhold mellom pasient og terapeut, da dette vil gjøre det lettere for pasienten å utforske egen historie, samt bearbeide tidlige omsorgssvikterfaringer. Dette kan på sin side bidra til å hjelpe individet med å danne en identitet da det å ha lært seg til å bruke strategier som hemmer tilgang på traumerelaterte minner og følelser knyttet til dem, kan ha bidratt til at de ikke har blitt kjent med seg selv og sin historie, og dermed også ha hatt vanskeligheter med å etablere en identitet. Det å i større grad begynne å

kjenne seg selv, og utvikle en trygg identitet kan bidra til økt følelse av selvverd og dermed heve individets selvtillit. Det kan også tenkes at det å bli kjent med egen historie og identitet kan føre til negative følelser og tanker om selvet, da individet kan kjenne på vanskelige følelser som skam og skyld i forhold til egen familiebakgrunn og oppvekst. Det vil da være viktig å få støtte og omsorg av terapeuten, samtidig som det også blir viktig å nyansere og redefinere tidligere hendelser i et forsøk på å redusere individets skam- og skyldfølelser. Det å i større grad være i stand til å akseptere seg selv og sin bakgrunn vil være viktig i forhold til å styrke individet, samt bidra til håp om en bedre fremtid.

Som tidligere beskrevet i oppgaven kan selvdestruktive atferder blant annet ses på som strategier for å takle vanskelige følelsesmessige tilstander. Disse kan for eksempel brukes for å redusere bevissthet over (og derfor tilgjengelighet til) potensielle traumerelaterte stimuli, for å redusere bevissthet av minner når de er utløst, og for å redusere kognitiv og følelsesmessig aktivering når disse minnene er vekket. I fravær av slike beskyttende mekanismer kan individet utsettes for sterk angst og andre negative følelser regelmessig, spesielt når de utsettes for stimuli som utløser traumatiske minner. På denne måten kan slike unngåelsesmekanismer ses på som nødvendige overlevelsesresponses, og det kan derfor antas at forsøk fra terapeuten sin side til å fjerne slike atferder kan forsterke pasientens vanskelige følelser og på denne måten hindre fremgang i terapien. Et overordnet mål med terapien kan tenkes å være å hjelpe han eller henne til å gjøre bedre det de allerede prøver å gjøre, det vil si takle vonde følelsesmessige tilstander. Det kan tenkes at god behandling i forhold til individer som utviser selvdestruktiv atferd vil utforske funksjonen og meningen den selvdestruktive atferden har i forhold til individets utviklingshistorie og nåtidige erfaringer. På denne måten kan terapeuten identifisere eventuell skjevutvikling og medfølgende tilpasningsmessige forstyrrelser som bidro til at individet tok i

bruk selvdestruktive atferder som effektive, om ikke selvdestruktive, kompensatoriske strategier for atferds- og emosjonsregulering i etterkant av traumatiske erfaringer. Når de er identifiserte kan kliniske intervensjoner som styrker spesielle ferdigheter (for eksempel regulering av følelser, positive selv- og andre representasjoner, og etablering av gode sosiale forhold) redusere individets bruk av selvdestruktive atferder som kompensatoriske regulerende og relasjonelle strategier i posttraumatisk tilpasning. Dette innebærer blant annet å lære og å oppfordre til mer positive og konstruktive taklings- og problem - løsende ferdigheter (Briere, 2002). Det kan være hensiktsmessig at mer adekvate emosjonsregulerende ferdigheter læres først, for så å bearbeide traumer. Det er viktig at individer innehar de emosjonsregulerende ferdighetene som er nødvendige for å klare å håndtere konsekvenser av bearbeidingen av traumebehandling da den mest sannsynlig vil føre med seg vonde følelsesmessige tanker og minner. I tillegg kan en følelsesmessig basert tilnærming hvor følelser kan erfares i trygge omgivelser, med fokus på å forstå at følelsene, selv de ekstreme følelsene, ikke er permanente, og at de kan tåles, og at de i seg selv ikke er skadelige, kan være nyttig (Southam-Gerow & Kendall, 2002). Ferdighetsbaserte terapimodeller som for eksempel dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993), kan ses på som fremgang mot dette målet. I tillegg kan psykodynamiske teknikker bidra til større forståelse for den individuelle meningen til selvdestruktive atferder (Yates, 2004). Det å skaffe til veie en forståelse for de faktorene som kan ha bidratt til utviklingen av selvdestruktive atferder kan hjelpe med å i større grad kunne akseptere seg selv og få empati for seg selv, noe som igjen kan hjelpe med å forandre egen atferd (Linehan, 1993). I vårt samfunn er selvdestruktiv atferd som for eksempel selvskading, rusmisbruk og promiskuøs atferd stigmatisert, og individene som utviser slik atferd er ofte skamfulle over den. Ved å hjelpe pasienten til å se på den selvdestruktive atferden som rasjonell og funksjonell i forhold til omstendighetene, og som relativt nødvendig for å kunne fungere, kan pasientens syn på seg selv og på atferden forandres til

det bedre. I tillegg kan nye, interpersonlige erfaringer som terapi i seg selv skaffer til veie hjelpe med å modifisere individets arbeidsmodeller av seg selv, av andre, og av seg selv i forhold til andre. Dette kan tenkes å forandre personens tilnytningsstil og på denne måten forbedre hans/hennes psykologiske tilpasning (Roche, Runtz, & Hunter, 1999).

### **Implikasjoner for prevensjon**

Da det kan tenkes at barn som får god omsorg under oppveksten blir gode omsorgsgivere i større grad enn barn som ikke får god omsorg under oppveksten og vise versa, er det å intervenere og begrense omfang av omsorgssvikt en viktig faktor for prevensjon i forhold til denne problematikken. På denne måten kan det å redusere forekomst av omsorgssvikt i seg selv eller redusere mulige negative konsekvenser av det tenkes å begrense fremtidige tilfeller av omsorgssvikt.

Som med intervensjon er kunnskap om ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer og de utviklingsmessige prosessene de kan inngå i viktige for å kunne utvikle effektive prevensjonsstrategier i forhold til individer i risiko for å bli involvert i omsorgssvikt. I følge Leventhal (1996) kan effektive prevensjonstiltak klassifiseres inn i 1) generelle tilbud som støtter foreldre og familier generelt, og ikke bare de som er i risiko for å bli involvert i omsorgssvikt, og 2) målrettede tilbud som fokuserer på prevensjon av omsorgssvikt for familier som er i risiko for å bli involvert i omsorgssvikt. Generelle tilbud kan for eksempel være gode bo - tilbud, tilstrekkelig finansiell støtte, tilgjengelig og rimelig kvalifisert barnepasstilbud, veiledning i forhold til rusmisbruk, rådgivning for familieplanlegging, tidlige intervensjonsprogram for barn med handikap, ressursentre for familier og så videre, og vil kunne hjelpe foreldre med å skaffe til veie bedre omsorg for sine barn, noe som i sin tur kan tenkes å redusere hyppigheten av

omsorgssvikt. I tillegg kan mer målrettede tilbud som for eksempel hjemmebesøk av helsepersonell i familier i risiko for omsorgssvikt kunne tenkes å hjelpe omsorgspersoner med å utvikle gode oppdragelsesferdigheter. Dette kan i sin tur tenkes å bidra til å styrke forholdet mellom barn og deres omsorgsgivere, bedre omsorgsgiveres ferdigheter til å takle stress, samt styrke barns positive ferdigheter. I den forbindelse er det viktig å vektlegge mangfold og muligheter i utviklingen da både barn og omsorgsgivere har unike ressurser (Wolfe, 2004).

Universelle prevensjonstiltak har også involvert offentlige utdannings- og informasjonskampanjer, noe som blant annet er viktig for å belyse og å gi kunnskap om omsorgssvikt, for å bedre standardene i helsehjelp, og for å påvirke styresmaktene til å øke hjelpeapparatet rundt barn utsatt for omsorgssvikt. Videre er skoler funnet å være viktige arenaer for prevensjon av omsorgssvikt i forhold til opplysning (Eckenrode, 2004). Det at befolkningen får mer innsikt i prevalensen av omsorgssvikt, hva omsorgssvikt innebærer, samt hvilke konsekvenser det kan medføre, kan kunne tenkes å bidra til økt rapportering da usikkerheten rundt hva som kan betraktes som omsorgssvikt vil reduseres. Dette er viktig da det er en mulighet for at tilfeller av omsorgssvikt gjerne er underrapportert på grunn av manglende kunnskap, redsel for stigmatisering og/eller straffeforfølgelse. Faren med dette kan på den annen side være en overrapportering av tilfeller av omsorgssvikt. Det å være følsom for tegn på avvikende omsorg kan føre til noe rigide tanker om hva god omsorg er, og på denne måten bidra til manglende forståelse for at individuelle forskjeller i personlighet og atferdsstil hos både barn og foreldre vil påvirke samhandlingen dem imellom og bidra til ulike samhandlingsmønstre. Det kan derfor være hensiktsmessig å først og fremst finne ut hvordan samhandlingen med omsorgsgiverne påvirker barnet, mer uavhengig av omsorgsgivernes handlinger per se.

Det at barn lærer om omsorgssvikt fra en tidlig alder kan også tenkes å bidra til en større rapportering av omsorgssvikt da de får kunnskap om akseptable og ikke - akseptable omsorgserfaringer. Kanskje kan dette føre til økt rapportering av omsorgssvikt og dermed også eventuell tidlig intervensjon. Faren med dette kan på sin side være en overrapportering av tilfeller av omsorgssvikt da unge barn kan mangle en forståelse av ulike nyanser av tilstrekkelig gode oppvekstvilkår. Lærere og helsesøstre har dessuten en viktig rolle i tidlig identifikasjon av barn som både er utsatt for eller som kan være i risiko for omsorgssvikt. Det er derfor viktig at disse yrkesgruppene spesielt får god opplæring i de negative innvirkningene som omsorgssvikt kan ha, slik at de er bedre i stand til å oppdage og dermed intervensjon i tilfeller av det.

Det å informere fremtidige foreldre kan også være forsøk på å redusere omfanget av omsorgssvikt. Få nye foreldre er klar over hvor mye tid og energi som er involvert i å ta vare på og oppdra barn. Mange foreldre mangler kjennskap til de normale vanskelighetene og stressfaktorene som omsorg og oppdragelse innebærer. Foreldre bør informeres om at stressfaktorer som finansielle bekymringer, tretthet, drikking av alkohol, og stoffmisbruk kan redusere deres tålmodighet for normal atferd hos barn og øke deres sjanser for å utsette barna for omsorgssvikt. For å kunne redusere omfanget av omsorgssvikt må foreldre forstå ikke bare de nærliggende, men også de langsiktige konsekvensene av sine handlinger. I tillegg må foreldre anerkjenne at deres barn trenger overvåkning og omsorg gjennom hele barndommen (Kelley et al., 1997). Det er også viktig at foreldre tilpasser sin omsorg og oppdragelse til hvor barnet er i sin utvikling, da barn i ulike aldre vil ha ulike behov. Som tidligere nevnt kan skoler være en god arena for preventive strategier på grunn av at de er i stand til å nå mange elever som kanskje vil bli fremtidige foreldre. Gjennom utdanningsmessige program kan informasjon om normativ barneutvikling og gode oppdragsferdigheter skaffes til veie. Slike program kan bidra til

utvikling av gode holdninger, antagelser og ferdigheter hos fremtidige foreldre, og redusere sannsynligheten for at mangel på kunnskap vil bidra til senere oppdragelsesvansker og/eller omsorgssvikt. I tillegg kan preventive programmer gjennom informasjon om familieplanlegging redusere forekomsten av tenåringsgraviditet og bidra til at ungdommer utsetter foreldrerollen til de er blitt eldre og bedre i stand til å møte de utfordringene som foreldrerollen bringer med seg. Støtteprogram for tenåringsforeldre kan også skaffe til veie gode preventive midler ved å redusere isolering og ved å dele positive og negative erfaringer (Cicchetti & Toth, 1995).

Det er derimot mange omsorgsgivere som ikke vil eller kan nyttiggjøre seg de intervensjons- og/eller prevensjonstiltakene som er beskrevet ovenfor, da de kan være preget av mangel på modenhet, ha mentale forstyrrelser, ligge under for alkohol- og/eller stoffmisbruk, være involvert i kriminelle aktiviteter, eller selv være preget av historie av misbruk og/eller vanskjøtsel. I slike tilfeller kan det være i barnets beste interesse å (midlertidig) fjernes fra sine biologiske foreldre, før barnets normale utvikling blir alvorlig forstyrret av omsorgssvikt (Kelley et al., 1997).

Det kan også være vanskelig å skaffe til veie passende intervensjon og prevensjon for familier preget av omsorgssvikt. Dette på grunn av at de som trenger hjelp mest kan være minst sannsynlig til å søke om hjelp selv. De kan bringes frem i søkelyset til profesjonelle på grunn av andres bekymring, vanligvis etter at de har brutt ulike normer og regler i samfunnet.

Omsorgsgivere kan i tillegg være motvillige til å innrømme at de har problemer på grunn av frykt for å miste omsorgsretten til barna, eller av frykt for å bli straffeforfulgt (Wolfe, 2004). Dette understreker viktigheten av ulike informasjons- og utdanningsprogram slik at andre utenfor familier involvert i omsorgssvikt kan oppdage det og dermed intervensere i forhold til det.



For å kunne bedre standardene for helsehjelp og for å kunne påvirke styresmaktene til å øke hjelpeapparatet rundt barn utsatt for omsorgssvikt, bør forskning på dette området være oppdatert. Dette for bedre å kunne tilpasse intervensjoner og på denne måten bedre behandlingstilbudet. Samfunnet er i stadig forandring, og det er derfor viktig at forskning også reflekterer dette for å på en best mulig måte kunne vise hvordan omsorgssvikt til enhver tid kan påvirke barn og andre som er involvert i det.

## **Kapittel 5**

### **Konklusjon**

#### **Oppsummering**

Omsorgssvikt er et alvorlig og omfattende problem for de som berøres av det, og det har vist seg å kunne føre til uheldige utviklingsmessige konsekvenser for de som utsettes for det. Det kan sies at disse individene kan utvise sårbarheter i fremtredende utviklingsmessige domener som i sin tur er tenkt å kunne føre til kompensatoriske strategier i forsøk på å takle deres indre og ytre verden. Disse strategiene er funnet å kunne være effektive i forhold til å takle utfordringer i hjemmemiljø preget av omsorgssvikt, men har derimot også ofte vist seg å være selvdestruktive i mer normale settinger og over tid. På denne måten kan strategiene ses på som funksjonelle og nødvendige i det at de hjelper disse individene å klare å fungere i hverdagen, men med uheldige ringvirkninger på sikt.

Det er også funnet at individer i normalpopulasjonen uten en historie av omsorgssvikt bak seg kan være selvdestruktive, både i tanke og i handling, da selvdestruktive atferder kan ha bred definisjon. Disse selvdestruktive tanke- og atferdsmønstrene er også tenkt å være funksjonelle da

de kan tenkes å være reaksjoner på negative følelsestilstander, om enn forbigående. De er også tenkt å reflektere mangelfull/uhensiktsmessig selvregulering som en følge av sterkt følelsesmessig ubehag. Det som derimot er tenkt å skille selvdestruktive atferder som utvises av individer i normalpopulasjonen fra de som individer som har vært utsatt for omsorgssvikt utviser, er at de ofte er mindre alvorlige og mer tidsavgrenset. Kanskje har individer fra normalpopulasjonen bedre utviklede emosjonsregulerende ferdigheter som bidrar til mindre bruk av mer uheldige selvdestruktive atferder som kompensatoriske emosjonsregulerende strategier. Det er også mulig at mer normale emosjonsregulerende strategier ikke er tilstrekkelige til å takle de følelsesmessige utfordringene som individene som er blitt utsatt for omsorgssvikt møter i sine hjemmemiljø, og til å redusere det følelsesmessige ubehaget som omsorgssvikten fører med seg. På denne måten kan selvdestruktive atferder ses på som relativt nødvendige for å kunne fortsette å fungere på en best mulig måte.

Det er derimot funnet at ikke alle individer som er utsatt for omsorgssvikt nødvendigvis utviser skjevutvikling i viktige utviklingsmessige domener, men isteden utvikler seg normalt og fungerer godt i dagliglivet. Disse individene blir gjerne sett på som resiliente, og har bidratt til forskning på ulike beskyttende og risikofylte faktorer som kan forklare dette. Det har vist seg at individer som har visse medfødte egenskaper, tilgang på god støtte fra en voksen person, samt har tilgang på ulike eksterne støttesystem kan klare seg godt til tross for uheldige oppvekstvilkår i hjemmemiljøet. Det er tenkt at utviklingen av resiliens er en prosess hvor individets ressurser samhandler med faktorer i miljøet for å fremme god utvikling. Om dette er en mer passiv prosess, eller om denne prosessen initieres av det enkelte individ, er imidlertid usikkert.

Forskning på resiliens har videre implikasjoner for ulike typer intervensjon og prevensjon for

individer som er/har vært utsatt for omsorgssvikt. Det å oppdage omsorgssvikt på et tidlig stadium, og det å oppdage individer som er i risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt er viktig for å begrense skadeomfanget. Intervensjonene kan være rettet mot familier berørt av omsorgssvikt og/eller være mer individuelt rettet mot individer utsatt for omsorgssvikt. Da det kan tenkes at individer som mottar god omsorg under oppveksten selv blir gode omsorgsgivere for sine barn og vise versa, er det i forhold til prevensjon viktig både å intervenere og å forsøke å begrense omfanget av omsorgssvikt ved opplysning og utdanning av allmennheten, av helsearbeidere, og av andre som er i jevnlig kontakt med familier. Det er derimot mange omsorgsgivere som verken kan eller vil dra nytte av ulike tiltak, og i slike tilfeller kan det være i barns interesse å (midlertidig) plasseres i annen omsorg utenfor familien.

## **Videre forskning**

Selv om det kommer frem fra mange forskjellige studier at det er en sterk forbindelse mellom erfaringer av omsorgssvikt og senere selvdestruktiv atferd, er mye fremdeles uklart i forhold til mekanismene som er tenkt å mediere denne forbindelsen. Det er derfor behov for videre forskning på dette området for å kunne bedre livskvaliteten til mange barn som blir utsatt for omsorgssvikt ved utvikling av gode intervensjons- og prevensjonstiltak. Longitudinelle studier vil kunne belyse kausalitet og bidra til en bedre forståelse for sammenhengen mellom omsorgssvikt, utviklingsmessige sårbarheter og bruk av selvdestruktive kompensatoriske strategier for emosjons- og atferdsregulering, samt hindre underreportering som har vist seg å være vanlig i studier omhandlende omsorgssvikt. I tillegg er det behov for bedre operasjoniserte definisjoner på hva omsorgssvikt og selvdestruktiv atferd innebærer, da slike definisjoner har en tendens til å være varierte og spesifikke. Dette gjør det vanskelig å generalisere funn, samtidig

som det er en fare for at samme fenomen blir tillagt ulike definisjoner og på denne måten bidra til sprik i resultater. Det er også viktig å rette oppmerksomheten mot faktorer som varighet og alvorlighet av omsorgssvikt, den utviklingsmessige perioden omsorgssvikt skjer i, og forholdet mellom omsorgsgivere og barn (Cicchetti & Toth, 1995) for å best mulig kunne få et helhetlig bilde av tilfeller av omsorgssvikt. Dette vil kunne bidra til en større forståelse av ulike typer omsorgssvikt, og på denne måten også kunne bidra til effektive intervensjoner.

En annen betraktning er at selv om omsorgssvikt er funnet å være en risikofaktor for skjevutvikling, har ulike risikofaktorer en tendens til å sammen bidra til uheldige utfall, noe som gjør det vanskelig å studere effektene av omsorgssvikt alene, uten å inkludere samhandlingen til flere andre forskjellige mulige risikofaktorer. Det er derfor viktig å utføre studier på omsorgssvikt hvor den uavhengige variabelen både undersøkes separat og sammen med andre risikofaktorer. I tillegg kan det være hensiktsmessig at effektene av de ulike typene omsorgssvikt vurderes hver for seg, da hver type er sannsynlig å ha forskjellige effekter i forhold til barns fungering, selv om de alle sannsynligvis utgjør en trussel (Cicchetti & Toth, 1995).

Videre forskning på genetiske faktorer, biologiske teorier og dyremodeller omhandlende de biologiske konsekvensene av omsorgssvikt, samt biologiske korrelater til selvdestruktive atferder, vil også kunne bidra til en større forståelse for effektene av omsorgssvikt, og bidra til å øke forståelsen for bruken av ulike selvdestruktive atferder. Dette kan tenkes å føre til en avstigmatisering av slike atferder og være med på å redusere de følelsesmessige utfordringene til individer som utviser dem. I tillegg vil det å inkludere biologiske betraktninger i forhold til resiliens øke forståelsen omhandlende de prosessene som er involvert. Dette vil i sin tur kunne tenkes å bidra til utviklingen av bedre intervensjons- og prevensjonsprogram, som igjen kan

resultere i reduserte kostnader for de individene som blir eller har blitt utsatt for omsorgssvikt og for samfunnet generelt.

## Referanser

- Abrams, L. S. & Gordon, A. L. (2003). Self-harm narratives of urban and suburban young women. *Affilia*, 18(4), 429-444.
- Andersen, A. L. & Hytjan, B. M. (2007). Omsorgssvikt og resiliens. Når omsorgen svikter: en drøfting av omsorgssvikt og hvorfor noen barn klarer seg bedre enn andre.
- Armstrong, J. G. & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: a preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 141-155.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 27(2), 141-150.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
- Baumeister, R. F. (1997). Esteem threat, self-regulatory breakdown, and emotional distress as factors in self-defeating behavior. *Review of General Psychology*, 1(2), 145-174.
- Baumeister, R. F. & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analyses of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104(1), 3-22.
- Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 155-170.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.

- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupermidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*(4), 1171-1197.
- Boyer, D. & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescents pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives, 24*(1), 4-19.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, J. Carole, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbok on child maltreatment*. (2. Ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*(2), 54-69.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*(4), 609-620.
- Brodin, M. & Hylander. (2004). *Selv-følelse - å forstå seg selv og andre*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198-202.
- Budd, K. S., Poindexter, L. M., Felix, E. D., & Naik-Polan, A. T. (2001). Clinical assessment of parents in child protection cases: an empirical analysis. *Law and Human Behavior, 25*(1), 93-108.
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbaranelli, C. Pastorelli, C., Regalia, C., & Bandura, A. (1998). Impact of adolescents` perceived self-regulatory efficacy on families communication and antisocial conduct. *European Psychologist, 3*(2), 125-132.

- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, B. D. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse And Neglect, 30*(3), 257-269.
- Cassidy, J. & Mohr, J. J. (2001). Unsolvability, fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3).
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect, 20*(3), 191-203.
- Cicchetti, D. & Carlson, V. (1989). *Child maltreatment: theory and research on the cases and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. & Rogosh, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6-20.
- Cicchetti, D. & Rogosh, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*(4), 797-815.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(5), 541-565.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2004). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
- Cohn, D. (1990). Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school. *Child Development, 61*(1), 152-162.
- Cole, P. M. & Putnam, F. W. (1992). Effects of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 174-184.



- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.
- Cooper, L. M., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: a functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1528-1558.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, M. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: a longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*, 73(4), 1220-1237.
- Curtiss, W. J. & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21<sup>st</sup> century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15(3), 773-810.
- Damon, W. & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Society for Research in Child Development, Inc.*, 53, 841-864.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539-564.
- Dodge, K. A. & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge University Press.
- Eckenrode, J. (2004). The prevention of child abuse and neglect. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. [online]. 1-6.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025-1034.
- Evans, C. & Lacey, J. H. (1992). Multiple self-damaging behavior among alcoholic women. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 161(5), 643-647.

- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Farberow, N. L. (1980). *The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Finkelhor, D. & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics*, 94(4), 413-420.
- Firestone, R. W. & Firestone, L. (1998). Voices in suicide: the relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations. *Death Studies*, 22(5), 411-443.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain - a review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714.
- Goldman, L. (2004). *Raising our children to be resilient: a guide to helping children cope with trauma in today's world*. New York: Brunner-Routledge.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hartup, W. W. (1983). Constraints on peer socialization: let me count the ways. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(1), 172-183.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321-338.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children

- from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(2), 301-309.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J., & Marchbanks, P. A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 206-211.
- Hoghugh, M. & Speight, A. N. P. (1998). Good enough parenting for all children - a strategy for a healthier society. *Archives of Disease in Childhood*, 78(4), 293-300.
- Hull, J. G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(6), 586-600.
- Hull, J. G., Levenson, R. W., Young, R. D., & Sher, K. J. (1983). Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 461-473.
- Ireland, T. O., & Smith, C. A., & Thornberry (2002). Developmental issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology*, 40(2), 359-400.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Kelly, B. T., Thornberry, T. P., & Smith, C. A. (1997). In the wake of childhood maltreatment. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-16. US Department of Justice. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Kommuneforlaget AS.

- Kim, J. & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence.
- Klette, T. (2008). Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 128(13), 1538-1540.
- Klonsky, D. E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343-354.
- Korsgaard, H. O. (2009). Emosjonelle følger av omsorgssvikt og overgrep. Nic Waals Institutt.
- Kraemer, G. W. & McKinney, W. T. (1985). Social separation increases alcohol consumption in rhesus monkeys. *Psychopharmacology*, 86(1-2), 182-189.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Universitetsforlaget (AS).
- Lacey, J. H. & Evans C. (1986). The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641-649.
- Layder, D. (2004). *Social and personal identity: understanding yourself*. London: Sage Publications Ltd.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. A. (2004). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Leventhal, J. M. (1996). Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 647-653.
- Levitt, J. L., Sansone, R. A., & Cohn, L. (2004). Self-harm behavior and eating disorders, dynamics, assessment and treatment. *Brunner-Routledge*.

- Lewis, D. O. (1992). From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 383-389.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Low, C., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behavior: a pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 269-278.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2002). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782.
- Mann, J. J. & Malone, K. M. (1997). Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*, 41(2), 162-171.
- Maris, R. W. (1971). Deviance as therapy: the paradox of the self-destructive female. *Journal of health and social behavior*, 12(2), 113-124.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. & Wright, M.O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. In B. B. R. Rossman & M. S. Rosenberg (Eds.), *Multiple victimization of children. Conceptual, developmental, research, and treatment issues*. New York: The

Haworth Maltreatment & Trauma Press.

Maughan, A. & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development, 73*(5), 1525-1542.

Mineka, S. & Suomi, S. J. (1978). Social separation in monkeys. *Psychological Bulletin, 85*(6), 1376-1400.

Monsen, J. (1996). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.

Moran, P. B. & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among victims of maltreatment, *Child abuse and neglect, 16*(5), 743-754.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324-333.

Mueller, E. & Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment, theory and research on the cases and consequences of child abuse and neglect*. USA: Cambridge University Press.

Nesbitt, P. D. (1973). Smoking, physiological arousal, and emotional response. *Journal of Personality and Social Psychology, 25*(1), 137-144.

Parker, J. G., Rubin, K. H., Erath, S. A., Wojslawowicz, J. C., & Buskirk, A. A. (2006). Peer relationships, child development, and adjustment: a developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D. J. Coxen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Theory and method*. (2. ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology, 36*(5), 679-688.

- Raine, W. J. B. (1982). Self mutilation. *Journal of Adolescence*, 5(1), 1-13.
- Rardin, D. R., & Moan, C. E. (1971). Peer interaction and cognitive development. *Child Development*, 42, 1685-1699.
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment. A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207.
- Roth, T. L. & Sullivan, R. M. (2005). Memory of early maltreatment: neonatal behavioral and neural correlates of maternal maltreatment within the context of classical conditioning. *Biological Psychiatry*, 57(8), 823-831.
- Sandberg, D., Lynn, S. J., & Green, J. P. (1994). Sexual abuse and revictimization: mastery, dysfunctional learning, and dissociation. In S.J. Lynn & J. W. Rue (Eds.), *Dissociation: Clinical & Theoretical Perspectives*. New York: Guildford Press.
- Schaffer, A. R. (1996). *Social Development*. USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55, 648-658.
- Schupak-Neuberg, E. & Nemeroff, C. J. (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: implications for a metaphorical perspective of "body as self". *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 335-347.
- Shapiro, E. (1991). Empathy and safety in group: a self psychology perspective. *GROUP*, 15(4).
- Sher, L. & Stanley, B. H. (2008). Depressed patients with co-occurring alcohol use disorder: a unique patient population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 907-915.
- Silverstein, B. (1982). Cigarette smoking, nicotine addiction, and relaxation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(5), 946-950.

- Simeon, D. & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behavior. Phenomenology and Assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 189-222.
- Spaccarelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Sroufe, A. L. (1979). The coherence of individual development. Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834-841.
- Steiger, H., Koerner, N., Engelberg, M. J., Israel, M., Kin, N. Y., & Young, S. N. (2001). Self-destructiveness and serotonin function in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 103(1), 15-26.
- Strasburger, V. & Donnerstein, E. (1999). Children, adolescents, and the media: issues and solutions. *American Academy of Pediatrics*, 103(1), 129-139.
- Sutton, J. (2005). *Healing the hurt within: understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds* (2. ed.). Oxford: Howtobooks.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse and Neglect*, 26(11), 1179-1199.
- Thompson, N. J., Potter, J. S., Sanderson, C. A., & Maibach, E. W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients.



*Child Abuse and Neglect*, 21(2), 149-156.

Thornberry, T. P., Lizotte, A. J., Krohn, M. D., Smith, C. A., & Porter, P. K. (2003). Causes and consequences of delinquency. Findings from the Rochester youth development study. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: an overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Tice, D. M. & Baumeister, R. F. (2001). The primacy of the interpersonal self. In C. Sedikides & M. B. Brewer (Eds.), *Individual self, relational self, collective self*. Philadelphia: Psychology Press.

Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology*, 9, 781-796.

Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 606-615.

Valentine, L. & Feinauer, L. L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.

Van Brunschot, E. G. & Brannigan, A. (2002). Childhood maltreatment and subsequent conduct disorders. The case of the female street prostitution. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 219-234.

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145-168.

van der Kolk, B. A., Perry, C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive

- behavior. *The American Journal of Psychiatry*; 148, 1665-1671.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analyses of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
- Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 402-407.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3-28.
- Widom, C. Z. (1995). Victims of childhood sexual abuse - later criminal consequences. *National Institute of Justice*, 1-8. U.S. Department of Justice.
- Widom, K. Z. & Kuhns, J. B. (1996). Childhood Victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: a prospective study. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1607-1612.
- Winchel, R. M. & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Wolfe, D. A. (2004). Services and programs proven to be effective to prevent child maltreatment and its impact on the social and emotional development of young children (0-5). *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. 1-4.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbot, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107-1115.

- Wright, M. O. & Masten, A. S. (2005). *Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity*. Handbook of resilience in children.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1-20.