

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan tilrettelegge for god psykisk helse for traumeutsatte barn?

**Hensikt:** Finne ut hvordan vernepleieren kan bidra i arbeidet med traumeutsatte barn og tilrettelegge for god psykisk helse senere i livet.

**Metode:** Litteraturstudie er metoden som har blitt benyttet for denne oppgaven, hvor data er innhentet fra ulike databaser. Det har blitt valgt ut 5 relevante forskningsartikler for denne oppgaven, som alle er fagfelleverdert.

**Resultat:** Funnene i artiklene viser at gode relasjoner og et godt nettverk er viktig for å kunne bearbeide et traume. De viser også til hvordan behandling kan forbedre stilte diagnoser som PTSD (post-traumatisk stresslidelse) og hvilken rolle relasjoner og nettverk har i arbeidet for å oppnå dette. Fra funnene ble det utarbeidet fire ulike tema, som en eller flere av artiklene hadde til felles. Disse temaene ble navngitt og satt inn i en tematabell.

**Konklusjon:** Dersom man som vernepleier ønsker å legge til rette for en god psykisk helse hos traumeutsatte barn, er det nødvendig å se på de ulike aspektene ved traumet. Hvor gammel var barnet da hendelsene skjedde? Alder og situasjon er en stor påvirkende faktor for hvorvidt barnet forstår situasjonen. Føler barnet seg klar for å motta behandling? Dette spørsmålet henger noe sammen med neste spørsmål – «Er barnet traumatisert?», da det er viktig at det gjøres en vurdering om barnet er traumatisert. For barn kan traumatiserende hendelser være uforståelig når de skjer, og det er viktig å ikke starte unødvendig behandling som kan gi motsatt effekt ved at barnet føler seg presset til å gjøre noe det ikke ønsker eller at behandling virker avskrekkende. Et siste viktig spørsmål man må stille seg er: Hvilket utgangspunkt har barnet? Om barnet er et barn med trygge rammer har barnet gode forutsetninger for å kunne få hjelp til å bearbeide traumet med trygge rammer og et stabilt nettverk med gode relasjoner. Det vil kunne være mer mottakelig for hjelpen det får, samtidig som det får hjelp til å forstå hva som skjer. For barn som har vært utsatt for traumer utført av omsorgspersoner vil utgangspunktet være annerledes, da det må opparbeides tillit mellom nye omsorgspersoner, helsepersonell og andre profesjoner som arbeider rundt barnet.

## **Abstract**

**Title:** How to facilitate good mental health in traumatized children?

**Purpose:** Find out how social worker can contribute to the work with traumatized children and facilitate good mental health later in life.

**Method:** Literature study is the method that has been used for this thesis, where data is obtained from various databases. 5 relevant research articles have been selected for this thesis, all of which has been peer-reviewed.

**Result:** The result in the articles shows that good relationships and a good network are important in order to process a trauma. The results also refer to how treatment can improve diagnoses such as PTSD (post-traumatic stress disorder) and the role of relationships and networks in the work to achieve this. From the result, four different topics were prepared, which one or more of the articles had in common. These themes were named and inserted into a theme table.

**Conclusion:** If you as a social worker want to facilitate good mental health in children exposed to trauma, it's necessary to look at the various aspects of the trauma, like "How old was the child when the incident happened?". Age and situation are a major factor for whether the child understand the situation. "Does the child feel ready to receive treatment?" This question is somewhat related to the next question – "Is the child traumatized?". As important that an assessment is made of whether the child is traumatized. For children, traumatic events can be incomprehensible when they occur, and it's important not to start unnecessary treatment that can have the opposite effect in that the child feels pressured to do something they don't want or that the treatment has a deterrent effect. One last important question to ask is: "What's the child's starting point?". If the child is surrounded by a safe environment, the child is well placed to be able to get help to process the trauma with support from a stable network and good relationships. It may be more receptive to the help it receives, at the same time as it receives help to understand what's happening. For children who have been exposed to trauma performed by caregivers, the starting point will be different, as trust must be built up between new caregivers, health personnel and other professions working around the child.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2 Avgrensning.....	1
1.3 Forforståelse.....	1
1.4 Hensikt.....	2
1.5 Begrepsforklaring .....	2
1.6 Oppgavens disposisjon.....	2
<b>2.0 TEORI</b> .....	2
2.1 Traumer som følger av vold eller seksuelle overgrep.....	2
2.2 Omsorgssvikt .....	3
2.3 Psykiske lidelser.....	3
2.4. Tilrettelegging og miljøterapi .....	4
2.5 Traumebevisst omsorg.....	5
<b>3.0 METODE</b> .....	5
3.1 Valg av metode .....	5
3.2 Innledende litteratursøk .....	5
3.3 Søkeprosess.....	6
3.4 Analyse av artikler .....	9
3.5 Litteraturmatrise.....	9
3.6 Analyse .....	15
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	16
4.1 Relasjoner og nettverk.....	16
4.2 Stabilitet.....	17
4.3 Behandling .....	17
4.4 Endret livskvalitet.....	18
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	18
5.1 På hvilken måte påvirker relasjoner og nettverket type behandling barnet får, og hvorfor er det slik? 18	
5.2 Hvilken konsekvens har resultatene for vernepleiere i praktisk arbeid med barn med traumer?.....	21
5.3 Metodediskusjon .....	22
5.3.1 Fremgangsmåte og innhenting av data.....	22
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	23
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	25
<b>8.0 OVERSIKT OVER TABELLER</b> .....	28

## 1.0 Innledning

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Utgangspunkt for valg av tema til denne oppgaven er oppfølging og observasjon av barn som har opplevd et traume i tidlig alder. Omsorgssvikt forekommer i størst grad i eget hjem, ofte utført av personer som skal være omsorgspersoner og forbilder for barnet. De vanligste formene for traume et barn blir påført er i form av alvorlig omsorgssvikt. Vold og seksuelle overgrep står for den største andelen av omsorgssvikt (Norsk barnelegeforening, 2020). Forskning på barn som har opplevd traumer er stort, men det er lite forskning som viser til hvordan man behandler et traumepreget barn og viktigheten av tidlig behandling. Temaet anses som relevant for vernepleierfaglig kompetanse, da en som vernepleier skal ha god kunnskap i det å møte barn med ulike utfordringer samt. være stødig på ulike former for kommunikasjon og atferd et barn uttrykker. En vernepleier kan bistå både i barnevernstjenesten, i skole, ved BUP, i hjemmet og i psykiatrien. Som vernepleier skal vi være egnet til å kunne tilrettelegge for mennesker med ulike behov. Vernepleieren skal se hele mennesket og møte dem med empati og forståelse.

### 1.2 Avgrensning

Når det kommer til barn og traumer er det mange ulike sider man kan se på temaet. Det er lagt vekt på barnets psykiske helse etter en slik hendelse og hvordan dette behandles. Oppgaven vil være avgrenset til barn i barneskolealder. Flere av artiklene som presenteres i oppgaven har intervjuet voksne mennesker som har opplevd et barndomstraume. Disse anses likevel som relevante for problemstillingen, da disse voksne menneskene kan fortelle noe om hvordan de har bearbeidet traumet og hvorfor dette er viktig.

### 1.3 Forforståelse

Oppgaven baseres på erfaringer innenfor arbeid med barn som har opplevd barndomstraumer i barneskolealder. Barna som ble observert virket per dags dato lite preget av det traumet de hadde opplevd og flere av dem ga uttrykk for traumet på en slik måte at det ikke virket som de helt forstod alvorret i hendelsen. På bakgrunn av dette var det ønskelig å undersøke hvordan disse barna kan få hjelp og hvordan jeg som vernepleier kan bidra til å forebygge senskader av traumet for disse barna, da med fokus på miljøterapi og en tilrettelagt hverdag.

## 1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke problemet med traumeutsatte barn og hvordan disse barna får oppfølging og hjelp til å bearbeide disse i tidlig alder, slik at man forebygger for problemer knyttet til traumet senere i livet. For å gjøre dette vil oppgaven se på relevant teori og gjennomgå 5 vitenskapelige artikler og knytte dem opp mot problemstillingen: *Hvordan tilrettelegge for god psykisk helse for traumeutsatte barn?*

## 1.5 Begrepsforklaring

I denne oppgaven blir begrepet «traumeutsatte barn» brukt når det er snakk om barn som har vært utsatt for traumer, hovedsakelig seksuelle overgrep. Med relasjoner er det snakk om de menneskene som er tett på barnet, da tiltenkt venner og familie. Ved nettverk er det snakk om familie, venner og apparatet rundt barnet – som helseprofesjoner.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt opp i 8 hovedpunkter, inkludert litteraturliste og en oversikt over tabeller. Oppgaven starter med innledning som forteller noe om temaet som er valgt for oppgaven, samt. oppgi problemstilling som er gitt. Teori som vil fortelle leser noe om hva et traume er og hvordan dette påvirker barns oppvekst samt. litt om barn og utvikling. Teoridelen vil avslutte med hvordan vernepleieren kan tilrettelegge i hverdagen innenfor det miljøterapeutiske spekteret. Punkt

*3.0 Metode*) er metode for litteratursøk og hvordan de 5 artiklene har blitt sortert ut for denne oppgaven. I analysedelen vil oppgaven ta for seg hvordan artiklene har blitt vurdert, før den går over til diskusjon rundt metoden og teorien. I diskusjonsdelen vil det belyses om teori og artiklene har besvart problemstillingen eller ikke, og begrunnelser for dette. Til slutt vil leser se en oversikt over litteraturen som er benyttet for å støtte oppunder problemstillingen.

## 2.0 Teori

### 2.1 Traumer som følger av vold eller seksuelle overgrep

Mens de eldre barna oftere opplever vold og seksuelle overgrep fra andre voksne som de møter på skolen, på fritiden eller sosiale medier, er de mindre barna mest utsatt i eget hjem fra kjente voksne. Dette kan være i form av både vold og seksuelle overgrep (Norsk barnelegeforening, 2020). For å kunne avdekke slike forhold er det viktig at helsepersonell har god kjennskap til både omsorgspersoner og barnet for å kunne danne et bilde av miljøet og omgivelsene til barnet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018).

De største skadene gjøres av langvarige påkjenninger som omsorgssvikt, vold og overgrep – både i nære relasjoner og i krig (RVTS, u.d.). Forskning viser at det er

reaksjonene og tiden etterpå som er avgjørende for hvordan barnets videre utvikling påvirkes (Norsk psykolog forening, 2021). Selv om det er viktig at barnet som utsettes for et overgrep eller en form for omsorgssvikt får hjelp, kan det for mange barn ta flere år før de forteller traumet til noen (Steine, Winje, Nordhus, Milde, Bjorvatn, Grønli & Pallesen, 2016). Mye av dette henger sammen med stigmatiseringen av det å være «psykisk syk». Et problem som ikke bare har forekomst i Norge, men også andre deler av verden (Lyngstad, 2000, s. 1).

## 2.2 Omsorgssvikt

Det finnes flere måter en omsorgsperson kan utføre omsorgssvikt på. Et barn kan oppleve omsorgssvikt i form av fysisk svikt. Her vil ikke barnet få dekket de grunnleggende behovene som søvn og mat eller vernes mot situasjoner som kan være skadelig. Ved psykisk omsorgssvikt vil barnet oppleve manglende tilstedeværelse fra omsorgspersonen(e) i form av uforutsigbarhet, utestående psykisk støtte, kjærlighet, respekt og veiledning. Barnet vil ha mangelfull opplæring om selvrespekt, seg selv og forståelsen for omgivelsene. For noen barn kan mangelfull opplæring være tegn på at barnet opplever omsorgssvikt. I skolen kan det ses ved at barnet holdes hjemme fra skolen over lengre perioder eller hyppigere enn normalen uten at det foreligger sykdom. Medisinsk omsorgssvikt er en tredje kategori for omsorgssvikt. Her vil barnet ha mangelfull oppfølging i helsetjenesten og omsorgspersonen vil unnlate å møte opp til avtaler eller for eksempel gi nødvendig medisin (Norsk barnelegeforening, 2020).

## 2.3 Psykiske lidelser

De hendelsene som oppleves som svært truende eller dramatiske, kan i mange tilfeller defineres som traumatiske. Hvilken type hendelse et barn opplever som traumatisk er avhengig av hvorvidt barnet forstår situasjonen, opplevelsen barnet får av beskyttelse og hvilken mulighet barnet har til å kontrollere faren (Dyb & Stensland, 2016, s. 46). For barn som opplever det å bli utsatt for voldsutsatte hendelser over tid er det i større grad sannsynlig at barnet vil oppleve at hendelsen(e) blir en belastning over tid (Dyb et al., 2016, s. 48). De psykiske lidelsene et barn kan påføres etter et traume kan forebygges og arbeides med, dersom relasjonene tillater dette. For noen kan traumet arte seg som en måte å finne nye styrker ved seg selv. For andre kan det feste seg og skape både frykt og angst for at det skal skje igjen (Jensen & Ormhaug, 2016). Det viktigste aspektet ved behandlingen av traumer som arter seg som psykiske lidelser, er at disse behandles på riktig måte for å forebygge en dårlig livskvalitet. Dersom man fortrenger realiteten og ikke ønsker å se denne som den er, viser forskning at både angst og nedsatt livskvalitet kan være fremtredende (Grønlie, 2013).

### 2.3.1 PTSD

Ifølge Dyb & Stensland (2016) er det en betydelig andel av barn og unge som har opplevd en traumatisk hendelse som utvikler en posttraumatisk stressreaksjon. En slik reaksjonen påvirker barnet på flere måter, blant annet innen mestring i både hjemmet, på skolen eller sammen med andre barn. Hvor stor plagene blir for barnet er avhengig av hvor alvorlig den traumatiske hendelsen var, og hvilke egenskaper barnet har og dens omgiversers mulighet til å bistå barnet til å bearbeide hendelsen. For noen barn er hendelsen så stor og symptomene så alvorlig at barnet får diagnosen Posttraumatisk stressforstyrrelse, på engelsk Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Dyb et al., 2016, s. 51). For de barna som får diagnosen PTSD er det viktig å få den hjelpen som er nødvendig i form av faglig bistand (Dyregrov, 2010, s. 45).

### 2.4. Tilrettelegging og miljøterapi

Miljøterapi har sin opprinnelse i «*Det terapeutiske samfunn*» etter Max Jones, hvor man ønsket å skape et annerledes miljø enn det behandlingspersonen var vant til. Spesielt innenfor psykiatrien har miljøterapi vært mye brukt, og barn og unge har fra tidlig av vært viktige målgrupper for utviklingen av arbeidet (Nordlund, Thronsen, & Linde, 2015, s. 27). Ved miljøterapi ønsker man å tilrettelegge slik at personen får muligheten til å utvikle seg innenfor mestring, læring og tillære seg et personlig ansvar. Gode relasjoner er helt nødvendig og er gjerne det som danner grunnlaget for behandling, dersom dette blir et alternativ (Nordaunet, 2021, s. 8). I gode relasjoner ligger det at barnet har mulighet til å ha innflytelse på situasjonen og føler mestring og tillit til menneskene som arbeidet rundt (Garneng, 2015). Likevel er det ikke alltid at tidlig intervensjon kan forhindre senere virkninger og det kan da være nødvendig med andre tiltak og andre typer behandling (Jensen & Ormhaug, 2016). Miljøterapi har muligheten til å hjelpe flere samtidig, samtidig som omsorgsoppgavene kan fordeles. På denne måten vil omsorgspersonene være uthvilt og klar for å møte de krevende samspillene som kan oppstå (Amble & Johansen, 2016, ss. 20-21).

Som vernepleier skal en ha god kompetanse innenfor ASK (alternativ supplerende kommunikasjon), noe som gir et godt grunnlag for å møte de kommunikasjonsutfordringene som kan forekomme hos barn som har opplevd et traume, i jobben som miljøterapeut (Brask, Østby, & Ødegård, 2016, s. 69) og gjennom stabiliseringspraksis kan en som vernepleier bidra i både krisehåndtering og tilnærming til angst og traumer (Brask et al., 2016, s. 235). Ved miljøterapeutisk arbeid vil en som vernepleier ofte innta partnerrollen for å ivareta barnet og dets behov. Gjennom det å legge vekt på ressurser og mestringsmuligheter kan vernepleieren legge til rette for en god utvikling hos barnet og være en av de omsorgspersonene som bygger selvtillit, bidrar til sosial utvikling og former dets relasjonsevne og psykiske helse som voksen

(Amble & Johansen, 2016, s. 49). Miljøterapi har vist seg å ha elementære egenskaper som er spesielt godt egnet for å arbeide med barn og unge som har opplevd traumer (Amble & Johansen, 2016, s. 20).

## 2.5 Traumebevisst omsorg

Vi mennesker er avhengig av andre mennesker, da dette gir oss følelsen av trygghet. En følelse som overgår de fleste og som er viktig for at mennesker skal føle tilhørighet. Sammen med kjærlighet er dette et av de viktigste behovene mennesker har for å kunne tilegne seg den kunnskapen som gjør at man kan mestre vanskelige, gode og uforventede følelser. For et barn er det andre voksenpersoner som er «veilederen» i livet og som skal bidra til at barnet lærer seg å regulere emosjoner (reguleringsstøtte). Over tid vil barnet utvikle selvregulering, men dette er da helt avhengig av en trygg voksenperson som barnet kan internalisere sammen med (Steinkopf, 2021).

«Traumebevissthet» oppstod så sent som i 2001, da Maxime Harris og Roger Fallot skrev om behovet for å se barnet gjennom en «traumelinse» (Steinkopf, 2021). I 1980 ble PTSD en del av diagnosemanualene og over tid ble det tydelig at livsvarende belastninger som vold og seksuelle overgrep hadde en sammenheng med denne diagnosen. Judith Herman var den som satte lys over traumer som kunne kobles til seksuelle overgrep. Da hun innførte de to kategoriene «Traume; type 1» og «Traume; type 2» ble man i større grad klar over viktigheten av å se på hva som lå bak traumet, og at symptomene ikke var problemet (Steinkopf, 2021). På denne måten kunne man se menneskets problemer og videre finne andre måter for å organisere tjenestene rundt mennesket og ikke se etter løsninger for å kurere problemet alene.

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

I denne oppgaven er det benyttet metoden litteraturstudie for å finne relevant teori som bygger oppunder de påstandene som blir beskrevet i oppgaven. Det er innhentet data og materialer systematisk fra både bøker og andre skriftlige kilder. Hvordan disse søkene er gjort vil beskrives nærmere, samt at det kan ses i litteraturmatrisen senere i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 77). For å finne hvilke artikler som er nyttige for oppgaven, har IMRaD-strukturen blitt benyttet ved gjennomlesing av artikler (Thidemann, 2019, s. 30).

### 3.2 Innledende litteratursøk

Et innledende litteratursøk gir en muligheten til å få en oversikt over relevante søkeord for senere søk, og det gjør det også mulig å orientere seg om omfang på forskningsartikler på tema (Thidemann, 2019, s. 81). For å gjøre søkene mer konkret ble det først gjennomført et innledende litteratursøk, hvor søkene ble gjennomført uten noen form for sortering av stikkord. (Thidemann, 2019, s. 57). Ved å gjennomføre et



innledende søk, ble søkene begrenset og det ble enklere å avgrense søkene slik at artiklene var relevant for oppgaven.

I denne oppgaven ble det gjennomført forarbeid med innledende litteratursøk hvor det ble søkt opp artikler på Google Scholar og Web of Science uten å tenke på spesifikke søkeord (Thidemann, 2019, s. 81). Søkene gjorde at det var mulig å ekskludere enkelte stikkord, og inkludere de stikkordene som førte til relevante artikler innenfor forskningsfeltet.

### 3.3 Søkeprosess

Første søket ble gjort ved å kun søke på «barn og traumer» og «Children and traumas» i Google Scholar. Alle søkeord ble først forsøkt på norsk i det innledende søket og senere gjort om til engelsk for å få et større utvalg på forskningsfeltet. Ved å gjøre dette var det mulig å finne artikler som hadde andre relevante søkeord, som blant annet «Children», «Trauma» og «Complex». Et Pico-skjema ble forsøkt brukt for å kunne utarbeide søkeord, men etter å ha forsøkt med dette flere ganger viste det seg at det var enklere å plukke ut søkeord som dukket opp i relevante artikler og søke videre ved å ta i bruk disse.

Utgangspunktet i oppgaven var egentlig barn og traumer i skolen, men etter å ha gjort et innledende søk på ordene «Children», «School», «PTSD» og «Abuse» ble det oppdaget at det ikke var lett å finne litteratur som stemte overens med ønsket innhold som også hadde tilknytning til skole. Det ble derfor gjort endringer i problemstillingen, noe som gjorde at det var nødvendig med et nytt innledende søk med de stikkordene som ga resultater i gode forskningsartikler. Søkene gikk derfor fra å inneholde «School» til at dette ble et eksklusjonskriterium. I PubMed ble det forsøkt å avgrense søkene ved å sette på inklusjonskriteriene «Child: 6-12 years AND 2-5 years», da oppgaven omhandler barn i barneskolealder.

Som det er visualisert i søkematriksen førte dette til søk som ikke var relevant for problemstillingen, og det var derfor nødvendig å ekskludere disse kriteriene for å få relevante treff. I hver av databasene er inklusjonskriterier for tidsrom inkludert for å begrense omfanget av artikler. Det var ønskelig å finne nyere forskning og begrensningen på år ble satt til «2011-2022», for utenom et søk som ble satt fra «2005-2022». For å finne artikler som passet til oppgaven ble det benyttet ulike databaser. Web of Science, PubMed og Idunn er de databasene som har vært brukt for denne oppgaven.

I søkematrisene kan det ses at det er flere av søkene i både i PubMed og Web of Science som har mange treff. Likevel er det ikke lest så mange abstract på hvert av disse søkene. Bakgrunnen for sortering av hvilke artikler som ble lest, når det var så mange treff, var å lese de artiklene med en overskrift som inneholdt ønskede søkeord og som skapte nysgjerrighet som kunne bidra til å svare på problemstillingen. Det ble

gjennomført en skumllesing over overskriften til de artiklene som kom opp, og dersom det viste seg at det dukket opp få artiklene på de fire første sidene som virket interessante, ble søket utelukket og et nytt søk ble gjennomført.

Ved å se i søkematriksen, ser man at PubMed er den databasen som har vist seg å ikke ha artikler som var relevant nok for problemstillingen og det har derfor resultert i «0» i kategorien «Artikler inkludert». For å begrense søkene ytterligere er de boolske operatørene «AND» og «OR» tatt i bruk, sammen med anførselstegn foran og bak et ord – f.eks. «komplekse traumer», istedenfor å skrive «komplekse» og «traumer» hver for seg. Sistnevnte viste seg å være spesielt nyttig i databasen Idunn, da dette er en database som er mindre enn både Web of Science og PubMed. Det var derfor nødvendig å foreta disse inkluderings og – ekskluderingskriteriene for å finne artikler av relevans som kunne knyttes opp mot problemstillingen.

Alt forarbeidet med ustrukturerte og innledende søk er ikke dokumentert i søkematriksen, da dette ville gjort søkematriksen veldig lang. Det som er tatt med i søkematriksen (*Tabell 1 - Søkematrikse*) er de treffene som viser hvordan søkene startet og videre førte til at det neste søket ble mer begrenset. Dette for å bevare strukturen på oppgaven og unngå å måtte legge store deler av matrisen som vedlegg.

### Søkematrikse

Søke-dato	Søk nummer	Søkeord og ord-kombinasjoner	Avgrrens-ninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
26/4	1	Child, trauma, problem, sleep	Database: - WebofScienc e Document types: - Articles Publication years: - 2015-2022	76	3	2	0
26/4	2	Children, traumas, school	Database: - WebofScienc e Document types: - Articles Publication years: - 2021-2022	1647	2	0	0
27/4	3	Children, trauma, family, PTSD, abuse, treatment, youth, behavioral	Database: - PubMed Publication Years: - 2000-2022	10	1	1	0

			<i>Text availability:</i> - Abstract <i>Additional filters:</i> - Age -> Child: 6-12 years + Preschool Child: 2-5 years				
<b>27/4</b>	5	Traumer, barn, omsorg	<i>Database:</i> - Idunn.no <i>Artikkeltype:</i> - Artikkel <i>Utgivelsesdato:</i> - 2019-2022	13	2	1	0

<b>27/4</b>	6	Childhood, trauma, PTSD, abuse	<i>Database:</i> - PubMed <i>Publication Years:</i> - 2011-2022 <i>Text availability:</i> - Abstract <i>Additional filters:</i> - Age -> Child: 6-12 years + Preschool Child: 2-5 years	47	5	2	0
<b>2/5</b>	7	Treatment, childhood, trauma, complex	<i>Database:</i> - WebOfScience <i>Document types:</i> - Articles <i>Publication Years:</i> - 2012-22	368	9	4	2
<b>2/5</b>	8	Childhood trauma, Complex, sexual abuse	<i>Database:</i> - WebOfScience <i>Document types:</i> - Articles <i>Publication years:</i> - 2017-22 <i>Language:</i> -English	190	4	2	2

<b>3/5</b>	9	Childhood trauma, treatment, complex	<i>Database:</i> - PubMed <i>Publication Years:</i> - 2008-2022 <i>Text availability:</i> - Abstract <i>Additional filters:</i> - Age -> Child: 6-12 years	125	9	1	0
<b>9/5</b>	10	Barn AND Traumer AND Relasjon	<i>Database:</i> - Idunn.no <i>Utgivelsesdato:</i> - 2015-2022 <i>Type:</i> - Forskningsartikkel	55	3	1	1
<b>9/5</b>	11	«Komplekse traumer» AND barn AND relasjon	<i>Database:</i> - Idunn.no <i>Utgivelsesdato:</i> - 2005-2022 <i>Type:</i> - Forskningsartikkel	1	1	1	0

Tabell 1 - Søkematrise

### 3.4 Analyse av artikler

Oppbygging av en vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag er som regel bygget opp ved hjelp av IMRaD-strukturen (Thidemann, 2019, s. 67). I denne oppgaven har det vært en kvalitetsvurdering at IMRaD-strukturen er brukt i artiklene og dette har bidratt til å kunne ekskludere flere artikler. Ved gjennomgang av søkeresultatene har det vært et krav om at artiklene i full eller stor grad skal ha denne strukturen for å bli vurdert til om den skal leses eller ikke. IMRaD (Introduksjon, Metode, Resultat, Diskusjon) bidro til å sortere ut de artiklene som best kunne knyttes opp mot problemstillingen. Dersom artikkelen har vist seg å inneholde IMRaD har det etter gjennomlesning av artikkelen, blitt gjort en ny kvalitetsvurdering ved hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for å finne ut om artikkelen var relevant (Helsebiblioteket, 2016).

### 3.5 Litteraturmatrise

Etter artiklene ble valgt ut og sortert ut fra relevans, ble de satt inn i en litteraturmatrise (Tabell 2, Tabell 3, Tabell 4, Tabell 5 og Tabell 6). I litteraturmatrisen ble det oppdaget at en av

artiklene som egentlig var valgt ut under søkeprosessen, ikke var relevant nok og dermed ble fjernet som en av de inkluderte artiklene og gjort om til «0» i kolonnen «Artikler inkludert».

Det ble til slutt valgt ut 5 artikler med relevans opp mot problemstillingen «*Hvordan tilrettelegge for god psykisk helse for traumeutsatte barn?*». Hver enkelt artikkel hadde noen elementer eller faktorer som gjorde dem relevant for denne oppgaven. Flere av dem inneholdt likhetstrekk som både underbygde og utforsket et større spekter av det oppgaven ønsker å undersøke.

**Artikkel 1** – *Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems*

<b>Full referanse</b>	<b>Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems</b> G. W. K. Ho, T. Karatzias, F. Vallières, K. Bondjers, M. Shevlin, M. Cloitre, et al. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 2021 Vol. 142 Pages 110358 DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358">https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358</a>
<b>Hensikt med studien</b>	Hensikten med studien har vært å finne ut om Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og Disturbances in Self-Organization (DSO)-symptomer har assosiasjoner mellom fysiske og seksuelle overgrep i barndommen, emosjonelle overgrep, omsorgssvikt og somatiske problemer i voksen alder.
<b>Metode</b>	Studien har benyttet metoden tverrsnittstudie (kvantitativ metode) for å finne ut av problemstillingen og for å kunne løse hensikten. For å innhente data har det blitt benyttet spørreundersøkelser på nett.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Voksne mennesker i Irland og Storbritannia (18 år eller eldre) som kunne gjennomføre undersøkelsen på engelsk. Såfremt deltakerne kunne være representative for den generelle voksne befolkningen i forhold til kjønn, alder og geografisk fordeling var de aktuelle for studien.  Deltakerne i Storbritannia som ble valgt ut måtte ha opplevd minst én traumatisk livshendelse som følger sjekklisten DSM (-5 for livshendelser benyttet).
<b>Hovedfunn/resultat</b>	Fysisk vold, seksuelle og emosjonelle overgrep og omsorgssvikt i barndommen er alle assosiert med diagnosene PTSD, DSO og CVD.
<b>Kvalitets-vurdering</b>	<i>Begrensninger:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskjellige prøver for å undersøke de to fysiske helserelevante kriterievariablene. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Utelukker muligheten for å identifisere unike effekter vred somatiske plager og CVD-belastning.</li> </ul> </li> <li>- Ikke gjort rede for mellommenneskelige former for traumer i barndommen, som livstruende skader eller bilulykker.</li> <li>- Traumeeksponering opplevd i voksen alder er ikke tatt hensyn til.</li> <li>- Ikke gjort rede for andre helserelevante problemer som røyking eller andre psykiske plager.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Undersøkelsen er overrepresentert av mennesker med gode ressurser og god utdanning</li> <li>- Det gjøres antakelser ved å gjennomføre undersøkelsen som en tversnittsformidlingsmodell <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kan være med å påvirke praktiske estimeringer, i tillegg er begrenset av de antakelsene som allerede gjøres.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Styrker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien viser at ICD-11 CPTSD-symptomer gjerne har en sammenheng mellom barndomstraumer og fysiske helseproblemer.</li> <li>- Fordel for klinikere med tanke på behandling for å kunne forbedre ulike fysiske helserelevante plager.</li> <li>- Viser viktigheten av å sjekke for traumer tidlig for å finne de mest effektive intervensjonene for negative konsekvenser etter traumeeksponering.</li> </ul>
<b>Relevans</b>	Artikkelen er relevant da den kan knyttes opp mot forekomsten av traumer blant barn med fokus på PTSD. Det gir også et innblikk i hvordan disse barna opplever det, noe som åpner opp for å se på ulike behandlingsmåter i form av blant annet miljøterapi.
<b>Etiske overveielser</b>	Det ble innhentet etisk godkjenning for begge datasettene som ble brukt i studien, og denne godkjenningen ble innhentet fra universitetets etiske komité av forfatteren selv. Det ble ikke brukt tilskyndelser for å rekruttere folk til undersøkelsen, men de fikk tilbud om en godtgjørelse på et generelt grunnlag for deltakelsen i forskningen.

Tabell 2 - Litteratormatrise, artikkel 1

**Artikkel 2** – *Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: a network analysis* (Kratzer, et al., 2020)

<b>Full referanse</b>	<b>Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: a network analysis</b> , L. Kratzer, P. Heinz, R. Schennach, M. Knefel, G. Schiepek, S. V. Biedermann, et al. <i>Psychological Medicine</i> 2022 Vol. 52 Issue 1 Pages 90-101 DOI: <a href="http://doi.org/10.1017/S0033291720001750">http://doi.org/10.1017/S0033291720001750</a>
<b>Hensikt med studien</b>	Undersøke forekomsten av seksuelle symptomer (i denne sammenhengen – vansker med å engasjere seg i seksuelle aktiviteter, seksuelle preferanser forårsaket av plager ved PTSD eller CSA). I tillegg til å få en dypere innsikt i assosiasjonene mellom PTSD etter CSA og å identifisere viktige behandlingsmål/metoder.
<b>Metode</b>	Nettverksanalyse. Kvalitativ og kvantitativ metode. Første del er en kvantitativ metode og den andre delen er en kvalitativ metode.
<b>Utvalg/populasjon</b>	445 inneliggende pasienter med en ICD-10 diagnose av PTSD etter seksuelle overgrep i barndommen som fikk behandling ved avdelingen psykotraumatologi ved St. Irmgard i Tyskland.
<b>Hovedfunn/resultat</b>	Den sterkeste sammenhengen som ble funnet i nettverket var innenfor søvn, og det å få sovne og klare å holde seg i søvn. Det ble også funnet sammenheng mellom emosjonelle og fysiske

	reaksjoner på traumer og mangel på energi. Søvnforstyrrelser er det som går mest igjen.
<b>Kvalitets-vurdering</b>	<p><i>Begrensinger:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruken av kun to seksuelle symptom</li> <li>- Vurdering av egenmeldingstiltak</li> <li>- Retroperspektiv selvrappotering om seksuelle overgrep i barndommen inneholde skjevheter</li> </ul> <p><i>Styrker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultatene tillater å undersøke spesifikke assosiasjoner til seksuelle symptomer ved PTSD og CSA</li> </ul>
<b>Relevans</b>	For oppgaven er denne relevant, da den ser på hvordan ulike traumatiske opplevelser henger sammen og hvilke symptomer som har høyest forekomst. Dette gir mulighet for å kunne se på behandlingsmetoder og vil i tillegg være med på å kunne styrke problemstillingen.
<b>Etiske overveielser</b>	Alle prosedyrene som er fulgt er i samsvar med de etiske standardene til de relevante nasjonale og institusjonelle komiteene for menneskelig eksperimentering og med Helsingfors-erklæringen fra 1975 (revidert 2008). Det er ikke innhentet formelt skriftlig samtykke fra komiteen, grunnet retroperspektiv karakter på undersøkelsen. Alle deltakerne som er med i undersøkelsen ga skriftlig samtykke.

Tabell 3 - Litteratormatrise, artikkel 2

**Artikkel 3 – A naturalistic study of a brief treatment program for survivors of complex trauma** (Classen, Muller, P., Clark, & Stern, 2017)

<b>Full referanse</b>	<b>C. C. Classen, R. T. Muller, N. P. Field, C. S. Clark and E.-M. Stern, <i>Journal of Trauma &amp; Dissociation</i> 2017 Vol. 18 Issue 5 Pages 720-734 DOI: <a href="https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289492">https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289492</a></b>
<b>Hensikt med studien</b>	Finne ut hvordan man kan forbedre kvinners symptomer på blant annet PTSD etter barndomstraumer.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode ble benyttet for å gjøre de undersøkelsene som var nødvendig i henhold til studien.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Det var 143 kvinner som deltok i forskningen.
<b>Hovedfunn/resultat</b>	Resultatene av denne studien viser at kvinnene opplever forbedring etter å ha deltatt i de ulike programmene/trinnene i programmet. Nesten alle kvinnene som deltok i studien oppfylte kriteriene for diagnosen PTSD. Etter nærmere 6 måneder behandling kunne ikke 1/3 av disse kvinnene lengre oppfylle kriteriene for PTSD.
<b>Kvalitets-vurdering</b>	<p><i>Begrensninger:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er en naturalistisk studie uten kontrollgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gjør det vanskelig å måle om forbedring er resultat av behandling</li> </ul> </li> <li>- Vet ikke om deltakerne var i annen form for behandling i løpet av de 6 månedene</li> <li>- Usikkert om de som ikke fullførte programmet gjorde dette grunnet dårlige resultater</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nøye utvalg av hvem som får delta, begrenser også resultatets generaliserbarhet</li> <li>- WRAP er en multimodal behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ikke mulig å vite hvilke komponenter som er mer eller mindre effektive</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Styrker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multimodal behandling tilbyr kompleks behandling for mennesker med komplekse sett med traumatiske symptomer</li> <li>- Økologisk gyldighet i å undersøke et sykehusbasert poliklinisk program</li> </ul>
<b>Relevans</b>	Denne artikkelen har svært høy relevans for å vise viktigheten av behandling av traumer og hvordan mennesker blir påvirket av traumer senere i livet, dersom disse ikke behandles enten momentant eller ved en senere anledning.
<b>Etiske overveielser</b>	Alle de som deltok i undersøkelsen måtte gi samtykke, i tillegg ble studien godkjent av de forskningsetiske styrene som er knyttet til hver av forfatterne. Deltakerne fikk en kompensasjon for å delta. For å fullføre første vurdering fikk de \$20 og for å fullføre 6-måneders oppfølging fikk de påfølgende \$30.

Tabell 4 - Litteratormatrise, artikkel 3

**Artikkel 4 – Measuring Trauma: Considerations for Assessing Complex and Non-PTSD Criterion A Childhood Trauma** (McDonald, Borntrager, & Rostad, 2014)

<b>Full referanse</b>	<p><b>Measuring Trauma: Considerations for Assessing Complex and Non-PTSD Criterion A Childhood Trauma</b>  M. K. McDonald, C. F. Borntrager and W. Rostad  <i>Journal of Trauma &amp; Dissociation</i> 2014 Vol. 15 Issue 2 Pages 184-203  DOI: <a href="https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867577">https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867577</a></p>
<b>Hensikt med studien</b>	Utforske muligheten for at det kan være barndomsopplevelser som faller utenfor de tradisjonelle kriteriene for DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders), og som fortsatt oppleves som traumatiske. Finne ut frekvensene av rapporterte potensielle traumatiske opplevelser i tillegg til frekvensen av hendelsene som defineres som traumatiske av PTSD-kriterium «A». I tillegg ønsket forfatterne å studere hypotesen om at flere/og eller kroniske traumeopplevelser er prediktive for et distinkt sett.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Det ble benyttet en elementanalyse som ble utført på syv eksisterende spørreskjema for traumehistorie sammen med to spørreskjema som dekker det meste av PTSD-kriterium A-hendelser.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Aldersgruppen på deltakerne ble begrenset til 18 og 19-åringer for at hendelsene skulle være relativt nylige. Det var 186 frivillige deltakere fra et introduksjonspsykologikurs ved et universitet i Nordvest. 73,3% kvinner og 26,2 % menn.
<b>Hovedfunn/resultat</b>	Studien viser at det finnes hendelser i barndommen som ikke går under kriteriene for PTSD, men som har en signifikant betydning og likevel kan falle innunder disse kriteriene. Dette tyder på hvor viktig det er å starte med



	traumeforebyggende/traumeeksponeringstiltak allerede i barndommen.
<b>Kvalitets-vurdering</b>	<p><i>Begrensninger:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prøvetakningsprosedyren <ul style="list-style-type: none"> <li>o Selvvalgt inn i studien</li> <li>o Vanskeligere å generalisere funnene til en større populasjon</li> </ul> </li> <li>- Bruken av retroperspektiv rapportering</li> <li>- Bruk av tidligere ikke-validerte tiltak som ikke ble utlignet for hele utvalget</li> </ul> <p><i>Styrker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viser viktigheten av videre forskning av komplekse traumereaksjoner i barndommen og inn i voksen alder</li> <li>- Har klare tall på hvorfor det er behov for videre forskning på DTD <ul style="list-style-type: none"> <li>o Det er sannsynlig at DTD-kriterier kan anvendes gjennom hele levetiden istedenfor bare barnepopulasjoner</li> </ul> </li> </ul>
<b>Relevans</b>	Grunnen for at denne artikkelen er relevant for studien er fordi den tar for seg den delen av befolkningen som muligens faller utenfor de kriteriene som vanligvis er gitt for PTSD. Det kan derfor være flere mennesker som opplever det etter opplevde barndomstraumer som ikke får den hjelpen de behøver. Studien viser også hvorfor det er viktig å gi hjelpen tidlig.
<b>Etiske overveielser</b>	Deltakerne meldte seg selv på studien ved å signere seg i et tidsrom for å fullføre forskningskravet. De leverte også samtykke og alle deltakerne var anonyme. Studien er godkjent av universitetets institusjonelle etiske uavhengige komité.

Tabell 5 - Litteratormatrise, artikkel 4

### Artikkel 5 – Nettverkets betydning etter seksuelle overgrep (Østby & Stefansen, 2022)

<b>Full referanse</b>	<b>Nettverkets betydning etter seksuelle overgrep</b> L. Østby and K. Stefansen <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> Vol. 14 Issue 3 Pages 210-220 DOI: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-02">https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-02</a>
<b>Hensikt med studien</b>	Å finne ut hvordan mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep bruker nettverket sitt etter hendelsen og hvordan nettverket har innvirkning på personen i form av respons eller ingen respons.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Intervju på 1,5 t per intervju.
<b>Utvalg/populasjon</b>	13 fagpersoner og 9 overgrepsutsatte deltok i studien.
<b>Hovedfunn/resultat</b>	Selv om ikke alle deltakerne i studien fortalte om hendelsene til sitt nærmeste nettverk, viser det seg at alle deltakerne har fortalt det til noen i sitt uformelle nettverk. Både direkte og indirekte nettverksintervensjon kan bedre det psykiske helsearbeidet, på lik linje som nettverket for overgrepsutsatte.
<b>Kvalitets-vurdering</b>	Artikkelen har intervjuet både fagpersoner og overgrepsutsatte for å kunne sammenligne perspektiv. Personene som er involvert i studien er alle anonymisert.
<b>Relevans</b>	Studien bidrar til å se viktigheten av arbeidet med det psykiske helsearbeidet rundt overgrepsutsatte, både for pårørende, men også for fagkyndig personell.

<b>Etiske overveielser</b>	Studien er gjennomført i tråd med de forskningsetiske prinsippene og alle deltakerne har gitt samtykke, i tillegg til at alt er anonymisert.
----------------------------	--

Tabell 6 - Litteratormatrise, artikkel 5

### 3.6 Analyse

I Thidemann (2019) beskrives Aveyardmodellen som en trinnmodell for å systematisere analysen av forskningsartiklene. Det er denne modellen som er benyttet i oppgaven og som vil presenteres i denne delen. Det første man gjør er å lese artiklene grundig – først artikkelen i sin helhet, før man leser hver enkelt del nøye. Dette er noe som gjøres gjentatte ganger for å både forstå, for å få et overblikk over innholdet (Thidemann, 2019, s. 96). I analysedelen ønsker man å undersøke artiklenes funn for å finne ut hvilken relevans de har for problemstillingen, og det er dette som blir gjort i første trinnet i Aveyards trinnmodell ved å lese *resultatdelen* i hver artikkel. Det man ønsker å oppnå med å lese resultatdelen alene, er å identifisere tema, hvor man går gjennom hovedfunnene og presenterer de funnene som er gjort i studien i resultatdelen av oppgaven (Thidemann, 2019, s. 96).

I denne oppgaven er dette gjort ved hjelp av en tematabell (*Tabell 7*) som viser hvordan artiklene har ulike tema som kan ses igjen i flere av artiklene. Når man identifiserer disse temaene skapes en oversikt over informasjon som er relevant for problemstillingen og ikke. Aveyard viser til markeringstusjer i ulik farge for å skille de ulike temaene som kommer frem i artiklene. Det er disse temaene som settes inn i *Tabell 7 - Tematabell*. Ved aktiv bruk av tematabell, får man hjelp til å visualisere likheter og ulikheter i artiklene og vil oppdage at det er tema som går igjen i alle artikler, mens noen tema kun gjelder en eller noen av artiklene (Thidemann, 2019, s. 97). Det endelige resultatet ble analysert og vurdert utfra hvorvidt det kunne knyttes opp mot problemstillingen. Det er dette resultatet som danner grunnlag for videre vurdering. Noen av artiklene vil ha sterkere relevans med tydeligere tema enn andre, og det er disse som vektlegges i den endelige sorteringen av temaene. Ved å navngi temaene anses alle temaene å være foreløpig, da man fortsatt er i en prosess hvor man vurderer resultatene i artiklene for å oppnå en best mulig forståelse av innholdet. Temaene i denne oppgaven er derfor reformulert og det har blitt lagt inn *underkategorier* for å gjøre det mer oversiktlig for leser (Thidemann, 2019, s. 98).

Temaet «*Relasjoner og nettverk*» ble funnet i to av artiklene ved første gjennomlesing og var både et tydelig og relevant tema. Dette temaet ble markert med markeringstusj i oransje farge for å strukturere arbeidet, slik at det ble mer oversiktlig, før det senere ble satt inn i den digitale tematabellen (*Tabell 7*). «*Stabilitet*» ble funnet i fire av artiklene og ble markert med en gul markeringstusj. I alle 5 artiklene kom det

frem at «*Behandling*» var et gjennomgående tema. Disse ble markert med en blå markeringstusj. Det siste temaet «*Endret livskvalitet*» ble funnet i fire av artiklene og ble markert med en grønn markeringstusj.

## 4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra analysen presenteres. Alle de ulike temaene vil presenteres hver for seg og det vil belyses hvordan de ulike oppgavene har en tilknytning til de ulike temaene og hvorfor disse fungerer opp mot problemstillingen. Tabellen kan ses under og den er navngitt *Tabell 7 - Tematabell*. Det ble funnet flere ulike temaer i artiklene, men ikke alle er gjengitt i oppgaven og det er kun de selvvalgte temaene som er presentert i tematabellen. Bakgrunnen for dette er at oppgaven ønsker å ta for seg fire tema og belyse disse i forhold til problemstillingen. Det ble konkludert med at de temaene som presenteres i tabellen, er de mest relevante og tydelige temaene som kan besvare oppgaven best mulig.

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Relasjoner og nettverk					X
Stabilitet	X	X	X		X
Behandling			X	X	X
Endret livskvalitet	X	X	X		

*Tabell 7 - Tematabell*

### 4.1 Relasjoner og nettverk

Ved gode relasjoner og et godt nettverk er sjansene for å komme videre og mestre et traume som følge av vold eller seksuelle overgrep, betydelig større (Østby & Stefansen, 2022, s. 218). Det samme gjelder motsatt vei. Dersom noen som har opplevd et overgrep møter negativitet fra relasjoner eller nettverket rundt, vil den utsatte kunne oppleve skam – noe som kan bidra til å forverre situasjonen (Østby & Stefansen, 2022, s. 219). Å involvere det uformelle nettverket i arbeidet for å bearbeide et traume er ofte en naturlig del av det å komme over hendelsen. For mange hjelper det å involvere det

uformelle nettverket fremfor det formelle nettverket som anses å være nære relasjoner som familie og gode venner, da det ikke føles like personlig.

Alt i alt er nettverket en viktig del av det å komme videre etter et overgrep og ved god oppfølging viser forskning at det er mulig å bearbeide traumatet betraktelig, men at dette avhenger av gode relasjoner og et stabilt nettverk (Classen et al., 2017, ss. 727-728; Østby & Stefansen, 2022, s. 2018).

#### 4.2 Stabilitet

For å oppleve en stabilitet sammen med andre mennesker er det viktig at det er gode relasjoner til stede. Dersom en utsettes for et traume, som emosjonelle overgrep, seksuelle overgrep eller vold, kan dette gi flere følger, som mangel på søvn og somatiske – og psykiske plager (Kratzer, et al., 2020, ss. 93-95). Somatikken kan vises som mangel på energi og vanskeligheter med å engasjere seg, mens psykiske plager kan vise symptomer som PTSD og vanskeligheter med å regulere emosjoner (Ho et al., 2021, ss. 4-5). Ved et fraværende nettverk vil disse symptomene kunne forsterkes og det er derfor helt nødvendig at noen som er traumeutsatt opplever stabilitet rundt seg i tiden etter. Dette kan foregå gjennom både indirekte og direkte nettverksintervensjon (Classen et al., 2017, s. 10). Et alternativ for å bygge opp en stabilitet, ikke bare i nettverket, men også i privatlivet ellers kan være å gjennomgå et behandlingsforløp med personell som er egnet til å bearbeide traumer i forskjellig grad. Gjennom et behandlingsforløp kan traumeutsatte bygge opp selvtilliten på seg selv, noe som videre kan påvirke hvordan en interferer med de rundt seg (Classen et al., 2017, s. 726).

#### 4.3 Behandling

Dersom et traumeutsatt barn får den hjelpen det trenger for å komme seg etter hendelsen er det viktig at nettverket rundt barnet vet hvordan de skal tilnærme seg barnet på riktig måte. Viktige faktorer er at barnet ikke føler seg annerledes, kjenner på skam eller får skyldfølelse for det som har skjedd. Hvis et barn, men også voksne, opplever å bli skyldbelagt eller føler seg dårlig kan det medføre flere år hvor den traumeutsatte ikke oppsøker den hjelpen som trengs, og hjelpen er viktig for å bearbeide traumer. Østby & Stefansen (2022, s. 215) finner i sin forskning ut at noen drar i behandling før de er klar for det. I mange tilfeller fordi dette er noe nettverket mener er riktig. Forskning viser hvordan voksne mennesker som har vært traumeutsatt, med riktig behandling, kan redusere og tilnærmet eliminere symptomer på blant annet PTSD etter et behandlingsforløp som har fokus på å bearbeide barndomstraumer (Classen et al., 2017, ss. 726-729). Med andre ord kan riktig behandlingsløp og metode bidra til at livskvaliteten endres og i mange tilfeller forbedres. Det er like viktig at behandlingen starter tidlig. For barn er det ikke alltid de inngår under de kriteriene som trengs for å kunne fortelle at barnet er traumepreget i den grad at det kan stilles en PTSD diagnose

(McDonald, Borntager, & Rostad, 2014, s. 197), til tross for at symptomene kan likestilles med flere av kriteriene.

#### 4.4 Endret livskvalitet

Det finnes tydelig forskning som viser at dersom man får den hjelpen man trenger for å bearbeide traumer, er det fullt mulig å bli symptomfri. Det krever dog en innsats fra den traumeutsatte. En studie på 6 måneder viser hvordan kvinnene har gått fra å oppfylle kriteriene for PTSD til å ha en stor forbedring (Classen et al., 2017, s. 728). For mange er det veldig sensitivt å skulle fortelle om opplevelser som seksuelle overgrep eller vold, og mange velger derfor og heller holde hendelsen på avstand. Dette kan blant annet skyldes skam og frustrasjon i enkelte tilfeller, ofte «påført» av nettverket rundt (Østby & Stefansen, 2022, s. 217).

Mange av de som har vært traumeutsatt vil oppleve at livskvaliteten påvirkes og tar form på en eller annen måte som gjerne er uønsket. I artikkel 1 ser man på hvilken måter et traume kan komme til uttrykk, hvor PTSD er det mest gjennomgående symptomet sammen med søvnforstyrrelser (Ho et al., 2021, s. 5) Funnene i artikkel 1 kan også ses i artikkel 2, hvor søvnforstyrrelser er en fremtredende senvirkning av et traume (Kratzer et al., 2020, s. 94).

### 5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen tar for seg funnene i resultatdelen (*4.0 Resultat*) og drøfter dette sammen med teori (*2.0 Teori*) for å belyse de ulike sidene ved artiklene opp mot teori og på denne måten kunne svare på problemstillingen på best mulig måte (Thidemann, 2019, s. 69). Selv om målet er å besvare problemstillingen, vil diskusjonen bestå av ubesvarte spørsmål og drøftinger rundt hvorfor disse ikke kan besvares som ønskelig.

#### 5.1 På hvilken måte påvirker relasjoner og nettverket type behandling barnet får, og hvorfor er det slik?

Å ha gode og trygge relasjoner rundt seg vil uavhengig av situasjon være nødvendig for å håndtere ukjente eller uventede situasjoner, da en relasjon skal gi en selvtillit og muligheten til å ha en innvirkning på egne situasjoner (Garneng, 2015). Hva sier egentlig forskning om hvilke behov et traumeutsatt barn trenger? Samtlige funn i artiklene vektlegger at relasjoner er viktig, men studiene har en ulik oppfatning av hva de betegner som stabilitet. I artikkelen av Classen et al. (2017) og artikkelen til (Østby & Stefansen, 2022) kommer det frem hva gode relasjoner har gjort for deltakerne i sårbare situasjoner.

Hvordan man behandler et barn etter et traume er avhengig av mange faktorer, som alder og hva barnet har vært utsatt for. Hvilket nettverk barnet har rundt seg er også med på å utarbeide hvilken type behandling eller hjelp barnet trenger (Dyregrov, 2010,

s. 105). I artiklene diskuteres det lite om hvorvidt nettverket bidrar til å bedre den psykiske helsen, for utenom Classen et al. (2017) sin artikkel. Her beskrives nettverket grundig og viser de ulike sidene om hvor viktig det er å møte barnet på en måte som gjør at det føler seg ivaretatt. Artikkelen tar også for seg de negative responsene og hva dette kan føre til. Gjennom relasjoner som er både gode og stabile over tid vil et traumeutsatt barn oppleve trygghet, samtidig som det bidrar til å forebygge falske fantasier basert på manglende evne til å forstå det som har skjedd (Dyregrov, 2010, s. 109). (Jensen & Ormhaug, 2016, s. 25) påpeker også i sin teori hvor viktig tryggheten er for å kunne skape nærhet, og å føle seg god nok. Teorien belyser også viktigheten av at den hjelpen som gis ikke forhaster seg, men bruker tid på å sette seg inn i hele prosessen av det å komme seg etter et traume. I artiklene belyses det lite om hvorfor denne tryggheten er nødvendig, men flere av artiklene indikerer at uten tryggheten vil plager som å engasjere seg seksuelt (Kratzer et al., 2020, s. 94; Ho et al., 2021, s. 94). (Kratzer et al., 2020, s. 94) viser også til at preferansene kan utvikle seg til «unormale» i forhold til normalen i voksen alder, gjerne mot et mer voldspreget spekter som innebærer voldtekts – og masochistiske fantasier Hvorfor dette kan forekomme, sies ingenting om.

At traumatiske hendelser påvirker utviklingsforløpet til barn, er ikke overraskende. For barnet kan det bety søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og emosjonelle forstyrrelser, en negativ selvfølelse og et usunt forhold mellom forelder-barn (Jensen & Ormhaug, 2016, s. 25). Igjen kommer det tilbake til hvor viktig det er med gode relasjoner. Det som ikke diskuteres i artiklene er hvordan relasjonene påvirkes, dersom omsorgsperson er den som påfører traumet eller er grunnen til at barnet faller innunder å ha opplevd omsorgssvikt. Dette er noe jeg mener er en elementær faktor som burde vært nevnt i større grad, for å kunne gi et bredere spekter, da dette også vil påvirke hvilken type behandling et barn skal ha. Andre faktorer som også spiller en betydelig rolle er blant annet alder og hva barnet har vært utsatt for, samt. hvilket nettverk barnet har rundt seg.

Alle disse elementene er med på å forme hvilken type behandling barnet trenger og det er derfor viktig at disse sjekkes ut grundig i forkant, før en foretar seg oppstart av behandling (Dyregrov, 2010, s. 105). Hvorfor artiklene har utelat relasjonenes påvirkning dersom omsorgsperson har påført barnet traume er ikke oppgitt, og dette kan gi grunn til å tro at forfatter ikke har tenkt på dette aspektet ved problemet. Det vil ikke være aktuelt å behandle et barn sammen med en forelder, dersom forelder er grunnen for traumet. Fokuset på nettverket rundt ligger ofte på behandling dersom det mistenkes at et barn er utsatt for et traume. Det vil dog ikke være hensiktsmessig å sende et barn i

behandling, dersom det ikke føler seg utsatt for et traume. Dette ser man også i Classen et al. (2017, s. 218) sin forskning om at noen drar i behandling før de føler seg klar og at det i verste fall kan medføre at den som drar i behandling føler seg overkjørt og ikke lengre har kontroll over situasjonen. Samtidig er det viktig at barnet får riktig behandling. Funnene i artiklene forteller lite/ikke om barnet er traumeutsatt og om det faktisk skal behandles for et traume.

Det som kommer frem i resultatene er at det er voksne mennesker har opplevd et barndomstraume, som i nåtid skal behandles. Hvorfor det er valgt ut voksne og ikke undersøkt på barn i studiene er ikke begrunnet, noe som ville gjort flere av artiklene enda mer troverdig. Det er forståelig at en skal skåne barn for unødvendig stress, men dette burde vært presisert. Voksne som har opplevd traumer glemmer sjeldent traume, men det er dog sjanse for at når traumet gjenfortelles vil opplevelse av traumet ha endret seg. Det er denne opplevelsen som gir data til studiene, noe som ikke er tatt hensyn til i studiet til Classen et al. (2017).

Som barn er det ikke sikkert at symptomene på traumer har kommet til overflaten, og det er derfor viktig at en ikke behandler et «ikke-traumatisert» barn før det er grunn for det. Når man snakker om symptomer på et traume er de psykiske plagene veldig sentrert. I artikkelen av Ho et al. (2021, s. 5), ser man at det er flere ulike måter et traume kan komme til uttrykk, hvor PTSD er det mest gjennomgående symptomet sammen med søvnforstyrrelser. Kratzer et al. (2020, s.94) bekrefter også dette i sin studie, hvor det kommer frem at søvnforstyrrelser er en fremtredende senvirkning av et traume. Dette kan også ses igjen i teorien til Jensen & Ormhaug (2016, s. 25) som viser til forekomsten av søvnforstyrrelser hos et traumeutsatt barn. På den andre siden, viser også Ho et al. (2021, ss. 4-5) i sin studie at et traume ikke trenger å forekomme gjennom psykiske lidelser eller diagnoser. De kan også vises gjennom somatiske plager, som mangel på energi og vanskeligheter med å engasjere seg. Lignende vises også i Kratzer et al. (2022, s. 94) sin forskning. På lik linje som at det rapporteres om flere barndomshendelser som ikke kategoriseres som traumatiske, ut ifra DSM-5, kriterium A. Dette er noe som kommer frem i McDonald et al. (2014, s. 197) sin studie, men som ikke viser til en større forklaring. Det er ikke tall på hvor mange hendelser som rapporteres eller hvilken type hendelser det er snakk om, ei heller en begrunnelse på hvorfor man ikke kategoriserer noen av hendelsene som traumatiske.

Kanskje dette er noe som burde utredes mer, og kanskje DSM-5-kriteriene burde endres for å kunne nå flere – spesielt barn, men dette er noe en ikke kan vite med sikkerhet, da det ikke spørsmål rundt disse hendelsene og hvorfor noen traumatiske hendelser faller utenfor denne diagnose-manualen. Det er likevel en viktig studie som

undersøker flere sider ved traumatiske hendelser, noe som igjen kan bidra til at et barn som er traumeutsatt får den nødvendige behandlingen i tide. Ved tidligere diagnostisering kan også tiltak iverksettes raskere. For eksempel, å gå i terapi, både i gruppe, men også individuelle timer. Classen et al. (2017) presiserer nettopp dette, og resultatene tyder på at flere kvinner som har opplevd et barndomstraume i form av seksuelle overgrep, har fått forbedret sine PTSD-diagnoser. Samtlige har også bearbeidet traumet i så stor grad at de ikke fyller kriteriene for PTSD-diagnosen, og det er ikke utenkelig at samme behandling kan hjelpe andre traumeutsatte, selv om traumet er forskjellig. Til tross for behovet om å starte behandling tidlig, er det å gå til behandling et stigmatisert tema og det kan ta flere år før utsatte mennesker oppsøker tilbudet (Lyngstad, 2000). Dette er noe som kan ha sammenheng med hvordan relasjoner og nettverket rundt barnet er, og hvilke reaksjoner et barn møter når traumet blir fortalt, som beskrevet i Østby & Stefanses forskning (2022, s. 217).

## 5.2 Hvilken konsekvens har resultatene for vernepleiere i praktisk arbeid med barn med traumer?

Vernepleierens rolle står sentralt for å kunne bidra til en endret livskvalitet for de barna som har opplevd et traume eller har vært utsatt for omsorgssvikt ved å være en stabil voksenperson som ser hele barnet og gir barnet mulighet til å utfolde seg om både de negative følelsene, men likeså være der når de positive følelsene kommer til overflaten. Hvordan en kan etablere denne tilliten forklares i det å ha tid. I helsevesenet er det ikke ukjent at tid er en mangelvare, og selv om det er både viktig og ønskelig at et barn får god oppfølging etter å ha vært utsatt for et traume, er det ikke nødvendigvis alltid en realitet. Hvorfor helsevesenet i sin helhet i mange tilfeller har problemer med å tilfredsstille behovet til tjenestemottakere, enten det er i bolig, barnevernsinstitusjon eller sykehjem er det ingen fasitsvar på, men underbemanning og en overflod av saker kan være en av årsakene.

Likevel er det slik at en som vernepleier i et miljøterapeutisk arbeid alltid jobber for å gjøre som Classen et al. (2017) beskriver i sin forskningsartikkel - nemlig å skape denne gode relasjonen. Hvis ikke denne etableres vil en ikke kunne bidra til forbedring i arbeidet med å bearbeide traumet. Classen et al. (2017) beskriver i sin forskning at gjennom behandling kan traumer behandles. Selv om det foreligger god forskning og oppfølging på behandling er det ikke inkludert hvilke profesjoner som er inkludert og eventuelt hvorfor disse profesjonene er viktig for behandlingen. Vernepleierprofesjonen er ikke normalt utenfor Norden/Skandinavia og det er heller ikke forventet å finne



forskning som eksplisitt har vernepleiere med i sin forskning, men i artiklene kommer det lite frem hvem og hvilke profesjoner som bistår deltakerne.

### 5.3 Metodediskusjon

#### 5.3.1 Fremgangsmåte og innhenting av data

Litteraturstudien i denne oppgaven består av 5 ulike vitenskapelige forskningsartikler som alle er fagfellevurdert og sjekket opp mot sjekklister i Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016) for å kvalitetssikre at artiklene er gode nok til å kunne belyse eller svare på problemstillingen. To av artiklene har benyttet kvalitativ metode for å innhente data, to av artiklene har benyttet kvantitativ metode og en av artiklene har benyttet en blanding mellom kvalitativ og kvantitativ (mixed method). Det at oppgaven er skrevet med utgangspunkt i bruk av begge metodene er noe som trekkes frem som en styrke, da dette kan gi ulike sider av et tema og dermed et bedre grunnlag for å svare på problemstillingen. Ved kvalitativ metode er spørsmålene som stilles utforskende, noe som gir muligheten til å forstå detaljert informasjon om et problem eller en satt hypotese (SurveyMonkey, u.d.). Kvantitativ metode er det motsatte av kvalitativ og presenterer fakta. De faktaopplysningene som presenteres er strukturerte og ofte i form av et statistisk oppsett. Om man ønsker å hente ut generelle konklusjoner, er kvantitativ metode en god måte å gjøre det på (SurveyMonkey, u.d.).

Det at oppgaven har benyttet vitenskapelige artikler er med på å styrke validiteten i oppgaven, i tillegg til at de aller fagfellevurdert. I vitenskapelige artikler er målet å presentere ny kunnskap, så det at oppgaven inneholder nyere forskning fremfor gammel forskning anses som en styrke (Thidemann, 2019, s. 67). Valideten i oppgaven anses å være høy, da forskningen som er funnet er ganske ny forskning. At alle artiklene oppgir både styrker og svakheter ved forskningen er med på å styrke reliabiliteten for resultatene, selv om ikke alle resultatene gir eksakt den informasjonen man er ute etter (Dalland, 2020, s. 43).

Å finne forskningsartikler på norsk som samsvarte med ønsket innhold opp mot problemstillingen viste seg å være veldig vanskelig og søkene ble dermed gjort på engelsk. Som man ser i artiklene er 4 av 5 skrevet på engelsk, noe som kan være krevende for å hente ut riktig data og informasjon fra artiklene, men også å anvende resultatene på riktig måte. Flere av uttrykkene på engelsk blir ikke alltid like godt oversatt på norsk, og dette er noe som kan være utfordrende. Det ble derfor lagt i mye tid for å finne gode norske ord som kunne erstatte de engelske, og dobbeltsjekket med andre medstudenter og andre mennesker rundt som er stødig i engelsk. Likevel kan det

være noen oversettelser som er svakere enn hva de hadde blitt på engelsk, og noen av poengene falmer kanskje litt hen i dårlig oversettelse. Dette er noe som kan være med på å svekke oppgaven.

Ingen av artiklene handler om miljøterapeutisk arbeid, og dette er noe som kunne vært mer i fokus i arbeidet med å finne artikler. Artiklene handler i stor grad om PTSD i forbindelse med seksuelle overgrep, men kunne i større grad vært preget av behandling og forebygging. Dette er noe som ses i ettertid og er noe som også kan påvirke oppgaven og dens art. Artiklene som er brukt i oppgaven viser likevel til god forskning og valide undersøkelser og er derfor tatt med. I artiklene er det også i stor grad undersøkelser av voksne mennesker som har opplevd et traume som barn og ikke barn, som er målgruppen i problemstillingen. Det har likevel blitt besluttet å ta med disse artiklene, da de kan fortelle om virkninger av et traume i voksen alder og hvorfor det er så viktig at dette forebygges i tidlig alder.

## **6.0 Konklusjon**

Oppgaven har hatt som formål å kunne besvare problemstillingen «*Hvordan tilrettelegge for god psykisk helse for traumeutsatte barn?*». Det ble benyttet en litteraturstudie for å innhente data og materiale til oppgaven. Som diskusjon (5.0 Diskusjon) viser, er vernepleieren svært sentral i et miljøterapeutisk arbeid. Det er flere utfordringer som kan oppstå etter å ha vært utsatt for et traume i barnealder, og dersom dette skal kunne forebygges for å motvirke senvirkninger som søvnproblemer, problemer med å engasjere seg generelt, men også i seksuelle aktiviteter i voksen alder er det viktig at behandling tiltrer tidlig nok, men ikke så tidlig at barnet ikke er klar for å motta denne behandlingen. Samtidig er det viktig at man ser barnet og symptomene. I noen tilfeller kan det være en behandler et «ikke-traumatisert-barn» og dette kan medføre større skader enn å bidra til forebygging. Samtidig er det viktig at en som vernepleier klarer å skille de symptomene som fremtrer i form av endret atferd, for eksempel ved mangel på energi. Man skal heller ikke sykeliggjøre et barn og det er derfor også viktig å følge de kriteriene som finnes for å kunne stille diagnoser, som for eksempel PTSD. Samtidig er det viktig at en klarer å se de barna som faller utenfor de kriteriene som er satt for å få stilt en PTSD-diagnose, dersom en føler barnet er preget i den grad at det har behov for behandling. Kriteriene er der for en grunn og man skal ikke overkjøre disse uten grunn og tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner som for eksempel psykologer, barnevernspedagoger og sosionomer vil være essensielt. Hvis et barn er traumeutsatt viser teori at god tilrettelegging for å oppnå de ulike normalutviklingsfasene et barn behøver, styrker tilknytningen som barnet opparbeider seg sammen med sine primærpersoner. Gjennom dette arbeidet vil både personlighetsutviklingen og den psykiske helsen påvirkes og

barnet vil være mer rustet til å håndtere utfordringer som enten har skjedd eller som kan skje i livet (Amble & Johansen, 2016, s. 60).

Å endre plan underveis er ikke uvanlig og som vernepleier er man vant til å arbeide med tiltaksplaner som må utføres og prøves, før de gjøres om. Det finnes ingen fasit på hvordan man skal behandle et barn som har vært traumeutsatt og som har opplevd omsorgssvikt. Det man vet er at barnet er i en sårbar situasjon og at det er helt nødvendig å utarbeide tiltak og bistand for at barnet skal finne stabilitet og trygghet. Dette gjøres for at barnets utvikling ikke skal stagnere eller i verste fall ikke oppnås på en god måte. Denne oppgaven viser hvordan en vernepleier kan bidra for å tilrettelegge for god psykisk helse hos traumeutsatte barn, ved å ta i bruk teori om traumer, tilnærming, relasjoner og nettverk. Når disse teoriene benyttes er det viktig å huske på at det er mulig å nå et mål om forbedring, såfremt det legges tid og ressurser i arbeidet. Samtidig belyser oppgaven viktigheten av å utforske feltet for hvorvidt noen hendelser skal betegnes som traumatiske eller ikke, og hvilken betydning det kan ha – dersom disse hendelsene blir karakterisert traumatiske.

## 7.0 Litteraturliste

Amble, L., & Johansen, C. D. (2016). *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universtetetsforlaget .

Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller - en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Classen, C. C., Muller, R. T., P., N., Clark, C. S., & Stern, E.-M. (2017).

A naturalistic study of a brief treatment program for survivors of complex trauma. *Journal of Trauma & Dissociation* , 18(5), 720-734. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1289492>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I C. Øverlien, M. I. Hauge, & J. H. Schulz, *Barn, vold og traumer* (ss. 45-58). Oslo: Universitetsforlaget.

Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer - en håndbok for foreldre og hjelpere* . Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Garneng, F. (2015) Hvordan utvikle gode relasjoner?

*Mental Helse*. <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/hvordan-utvikle-gode-relasjoner>

Grønlie, R. (2013, Mai 07). *God virkelighetsoppfatning øker livskvaliteten*. Hentet fra Forskning.no: <https://forskning.no/nasjonalt-kunnskapscenter-om-vold-og-traumatisk-stress-nkvts-partner-psykologi/god-virkelighetsoppfatning-oket-livskvaliteten/635673>

Hafstad, G. S., & Glad, K. A. (2016). Personlig vekst eller økt sårbarhet? Posttraumatisk vekst fra et utviklingsperspektiv. I C. Øverlien, M. I. Hauge, & J. H. Schulz, *Barn, vold og traumer - møter med unge i utsatte livssituasjoner* (ss. 77-87). Oslo: Universitetsforlaget .

Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra Sjekklister: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

- Helsebiblioteket. (2017, September 26). *Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?* (Tidsskrift for Norsk psykologforening). Hentet fra Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-a-fortelle-om-seksuelle-overgrep-tidsskrift-for-norsk-psykologforening>
- Ho, G. W., Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., . . . Hyland, P. (2021, Januar 25). Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. *Journal of Psychosomatic Research*(142), ss. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358>
- Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). Tidlig intervensjon og forebygging av traumerelaterte vansker og post-traumatisk stress hos barn og unge. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J. H. Schulz, *Barn, vold og traumer - møter med unge i utsatte livssituasjoner* (ss. 23-41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kratzer, L., Heinz, P., Schennach, R., Knefel, M., Schiepek, G., Biedermann, S. V., & Büttner, M. (2020, Juni 10). Sexual symptoms in post-traumatic stress disorder following childhood sexual abuse: a network analysis. *Psychological Medicine*, 52(1), ss. 90-101.
- Lyngstad, G. D. (2000, August 18). Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, s. 8.
- McDonald, M. K., Borntrager, C. F., & Rostad, W. (2014, Mars 15). Measuring Trauma: Considerations for Assessing Complex and Non-PTSD Criterion A Childhood Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(2), ss. 184-203.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018, April 23). *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*. Hentet fra Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner : <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/risikofaktorer/>
- Nordaunet, O. M. (2021, Mai 4). I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen. *Sykepleien.no*, ss. 1-14.
- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk barnelegeforening. (2020). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra 12.10 Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom:  
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=267884>

Norsk psykolog forening. (2021, April 12). *Psykologiforeningen.no*. Hentet fra Barn og traumer:  
<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/barn-og-traumer>

Røknes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller briste*. Bergen: Fagbokforlaget.

RVTS. (u.d.). *Rvtssor*. Hentet Mai 2022 fra Traumeforståelse:  
<https://rvtssor.no/aktuelt/tema/traumeforstaelse/>

Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016, November 2). *Langvarig taushet om seksuelle overgrep Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn*. Hentet Mai 2022 fra Psykologitidsskriftet.no:  
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep>

Steinkopf, H. (2021, April 20). *Traumebevissthet - treffsikre tiltak eller famling i blinde?* Hentet fra rvtssor.no:  
<https://rvtssor.no/aktuelt/373/traumebevissthet-treffsikre-tiltak-eller-famling-i-blinde/>

SurveyMonkey. (u.d.). <https://no.surveymonkey.com/>. Hentet Mai 2022 fra Forskjellen mellom kvantitative og kvalitative undersøkelser - Lær forskjellen mellom kvalitative og kvantitative data:  
<https://no.surveymonkey.com/mp/quantitative-vs-qualitative-research/>

SurveyMonkey. (u.d.). <https://no.surveymonkey.com/>. Hentet Mai 2022 fra Gjennomføring av kvalitative undersøkelser - Få mest mulig ut av kvantitative spørreundersøkelsesdata:  
<https://no.surveymonkey.com/mp/conducting-qualitative-research/>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Østby, L., & Stefansen, K. (2022, Mai 11). Nettverkets betydning etter seksuelle overgrep. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(3). 210-220.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-0>

## 8.0 Oversikt over tabeller

Tabell 1 - Søkematrise .....	9
Tabell 2 - Litteraturmatrise, artikkel 1 .....	11
Tabell 3 - Litteraturmatrise, artikkel 2 .....	12
Tabell 4 - Litteraturmatrise, artikkel 3 .....	13
Tabell 5 - Litteraturmatrise, artikkel 4 .....	14
Tabell 6 - Litteraturmatrise, artikkel 5 .....	15
Tabell 7 - Tematabell .....	16