

Terese Tomren

Barnevernsarbeid i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge

Child welfare work with developmentally traumatised children and youth

Bacheloroppgave i Barnevern

Veileder: Tea Agerup

Mai 2023

Terese Tomren

Barnevernsarbeid i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge

Child welfare work with developmentally traumatised
children and youth

Bacheloroppgave i Barnevern
Veileder: Tea Agerup
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Hensikt: Denne bacheloroppgaven baserer seg på tema rundt barnevernets arbeid med utviklingstraumatiserte barn, og hvordan barnevernet tilrettelegger og ivaretar disse barnas komplekse behov. Med basis i dette har jeg formulert min problemstilling slik:

Hvordan arbeider barnevernet i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge?

En stor del av barnevernsarbeid går ut på å ivareta barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og/eller overgrep, og mange av disse barna lider av utviklingstraumer som følge av sine vedvarende traumatiske opplevelser og manglende omsorg. Traumebevisst omsorg (TBO) er en forståelsesramme som er utviklet for å anvendes i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge, og å møte dem på en hensiktsmessig måte.

Metode: Denne oppgaven ble gjennomført ved å bruke metoden litteraturstudie, hvor det ble innhentet data og relevant teori fra eksisterende litteratur for å svare på og belyse problemstillingen.

Resultat: Barnevernet benytter seg av traumebevisst omsorg (TBO). Denne tilnærmingen vektlegges i opplæring av ansatte og utøving av praksis i dagens barnevern. Barnevernet har i den sammenheng satt inn tiltak gjennom kompetansehevingsprogrammene Traumesensitivt barnevern og HandleKraft, samt implementert prinsipper ved traumebevisst omsorg i barnevernsarbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Kampsport og «mindfulness» er andre potensielle alternativ til støtteregulering og hjelp av utviklingstraumatiserte barn og unge, og barnevernet kunne dratt nytte av å se på muligheten av å implementere disse som aktuelle behandlingsmetoder.

Konklusjon: Oppgaven konkluderes med at traumebevisst omsorg er en effektiv tilnærming som viser seg hensiktsmessig i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge, men samtidig er det viktig å vurdere forståelsesrammen og sin egen praksis kritisk for ikke å glemme andre viktige aspekter ved samspillet med disse barna.

ABSTRACT

Purpose: This bachelor thesis is based on the topic of child welfare work with developmentally traumatised children, and how the child welfare services facilitate and attend to these children's complex needs. Based on this, I have formulated my research question as follows:

How does the child welfare services work with developmentally traumatised children and youth?

A large part of child welfare work involves looking after children and youth who have experienced neglect, violence and/or abuse, and many of these children suffer from developmental trauma as a result of their continuous traumatic experiences and lack of care. Trauma-informed care (TIC) is a framework of understanding developed to be used in working with and respond appropriately to developmentally traumatised children and youth.

Method: This thesis was conducted using the literature review method, where data and relevant theory was collected from existing literature to answer and elucidate the research question.

Results: The child welfare services use trauma-informed care (TIC). This approach is emphasised in staff training and practice in today's child welfare services. In this context, the child welfare services have implemented interventions through the competence development programmes "Traumesensitivt barnevern" and "HandleKraft", as well as implemented the principles of trauma-informed care in child welfare work with developmentally traumatised children and youth. Martial arts and "mindfulness" are other potential alternatives to support regulation and help developmentally traumatised children and youth, and the child welfare services could benefit from looking into the possibility of implementing these as relevant treatment methods.

Conclusion: The paper concludes that trauma-informed care is an effective approach that proves to be appropriate in working with developmentally traumatised children and youths, but at the same time it is important to critically evaluate this framework of understanding and one's own practice in order not to forget other important aspects of the interaction with these children.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1 INNLEDNING	4
1.1 Valg av tema og problemstilling.....	4
1.2 Oppgavens struktur.....	5
2 METODE	6
2.1 Fremgangsmåte	6
2.2 Kildekritikk	7
3 TEORI	7
3.1 Hjernens oppbygning	7
3.2 Hjernens farereaksjon.....	8
3.3 Tilknytningsteori	9
3.4 Toleransevinduet.....	11
3.5 Utviklingstraumer.....	12
3.5.1 Konsekvenser ved utviklingstraumer	13
3.6 Traumebevisst omsorg.....	14
3.6.1 Trygghet.....	14
3.6.2 Relasjon	15
3.6.3 Emosjonsregulering.....	15
4 RESULTATER OG DRØFTING.....	16
4.1 Traumebevisst omsorg i barnevernsarbeid	16
4.1.1 Traumesensitivt barnevern.....	17
4.1.2 HandleKraft.....	18
4.1.3 Kompetanseprogrammernes evaluering og effekt	19
4.1.4 Traumebevisst omsorg og behandling i institusjon	21
4.1.5 Kritikk av Traumebevisst omsorg.....	23
4.2 Alternative aktiviteter som behandling av utviklingstraumatiserte barn og unge	24
5 AVSLUTNING.....	26
REFERANSELISTE:	29

1 INNLEDNING

Ifølge Van Der Kolk (2005) er barndomstraumer, inkludert vold og omsorgssvikt, sannsynligvis en av de største og viktigste folkehelseutfordringene i dagens samfunn. Barn som har opplevd svikt i omsorgen, samt vedvarende traumer og manglende reguleringsstøtte i sine første leveår, mangler utviklingen av flere kritiske nevrologiske og emosjonelle funksjoner i hjernen, noe som fører til en skjevutvikling (Nordanger & Braarud, 2017). Denne typen traumer og skjevutvikling blir definert som utviklingstraumatisering, og medfører komplekse og sammensatte behov hos vedkommende. Utviklingstraumatisering er en helsefare og konsekvensene er blant annet manglende evne til sosialt samspill, dårlig emosjonsregulering, dårlig kvalitet på psykisk og fysisk helse som følge av lite omsorg, atferdsvansker og kognitiv svikt (Nordanger & Braarud, 2017). Barnevernet er ofte ansvarlig for å overta omsorgen og ivareta utviklingstraumatiserte barn, og er derfor avhengig av en tilpasset og hensiktsmessig praksis og tilnærming til hvordan man utøver omsorg og utviklingsstøtte overfor disse barna.

Denne oppgaven vil ta for seg hvordan barnevernet arbeider for å ivareta utviklingstraumatiserte barn og unge på best mulig måte, og hvilke tiltak som er satt i gang for å fremme utvikling og bedring på flere områder hos barnets helhetlige funksjon. Her har jeg valgt å avgrense oppgaven til å gjelde traumebevisst omsorg, og hovedsakelig hvordan barnevernet iverksetter denne tilnærmingen og sørger for riktig kompetanse hos ansatte gjennom kompetansehevingsprogrammer. Jeg har valgt å ikke gå nærmere inn på hvordan traumebevisst omsorg blir utøvd i blant annet hjemmet, skolen eller barnehagen, som følge av et tidspress, begrensning ved antall ord og at mitt interesseområdet ligger hos barnevernets tiltak for en bedre praksis med utviklingstraumatiserte barn og unge, med fokus på arbeid i institusjon.

1.1 Valg av tema og problemstilling

Min interesse for utviklingstraumer og barnevernets arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge ble vekket til live ved tidligere undervisning og fag i barnevernsstudiet. Her skrev jeg en eksamensoppgave hvor utviklingstraumer og emosjonsregulering, samt dets sammenheng med ulike psykiske lidelser, var hovedtema, og gjennom prosessen av oppgaveskrivingen ble jeg mer interessert i hva vi som barnevernspedagoger kan gjøre for å ivareta og hjelpe barn som har opplevd utviklingstraumer på mest hensiktsmessig måte. I tillegg var jeg plassert i

praksis hos en barnevernsinstitusjon for ungdommer med alvorlige atferdsvansker, atferd nivå høy. Fokuset ved ungdommenes opphold her var behandling av disse vanskene hvor blant annet traumebevisst omsorg og opplæring av ansattes kompetanse og kunnskap rundt utviklingstraumatiserte barn var sentralt. Her fikk jeg observere flere situasjoner hvor ungdommene handlet på bakgrunn av manglende emosjonsregulering og kognitiv utvikling, noe som gjorde at min interesse for arbeid med utviklingstraumatiserte barn økte. Jeg har også selv deltatt i kompetansehevingsprogrammet HandleKraft gjennom praksisplasseringen min. Det er tydelig at de som arbeider med utviklingstraumatiserte barn trenger en helt spesiell kompetanse og kunnskap for å gjøre dette riktig. Dette er grunnlaget for hvorfor jeg valgte å undersøke hvordan barnevernet arbeider for ivaretagelse av utviklingstraumatiserte barn og unge, og spesielt hvordan de sørger for at ansatte har den kompetansen og kunnskapen som skal til for å sørge for utviklingsfremmende muligheter og omsorgsfulle leveforhold. Derfor endte jeg opp med denne problemstillingen:

Hvordan arbeider barnevernet i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge?

1.2 Oppgavens struktur

I første del av oppgaven har jeg foretatt en introduksjon og forklaring av min problemstilling, hvorav jeg har spesifisert hvordan denne ble til, og hva oppgaven min vil fokusere på. Jeg vil i neste kapittel beskrive hvilken metode som er blitt anvendt i prosessen av min oppgaveskriving, hvordan jeg har gått frem ved følgende metode, samt hvordan jeg har sørget for at oppgaven eier en viss validitet. I kapittelet 3 vil det forekomme en redegjørelse for teoretiske perspektiver og begreper som er relevant ved arbeid og forståelse av utviklingstraumatiserte barn og unge. Dette kapittelet vil inneholde en forklaring av hjernens oppbygning og farereaksjoner, tilknytningsteori og toleransevinduet, utviklingstraumer, samt traumebevisst omsorg. Kapittel 4 presenterer en drøfting av barnevernets arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge, da med kompetansehevingsprogram og traumebevisst omsorg i institusjon i fokus. Som avslutning vil mine funn, basert på drøftingskapittelet, presenteres samlet.

2 METODE

Metoden som er blitt anvendt i gjennomføringen av denne oppgaven er litteraturstudie.

Dalland (2017) definerer litteraturstudie, eller litteratursøking, som en innhenting av data, informasjon, fra eksisterende forskning og verk, og peker på at det finnes to typer litteratur; primærlitteratur, som er den opprinnelige utgaven av et verk, og sekundærlitteratur, som er avledet fra primærlitteraturen og ofte presentert og bearbeidet av en annen forfatter enn den opprinnelige. Oppgaven er altså en sammensetning av annen eksisterende forskning, som hjelper med å etterforske min problemstilling.

2.1 Fremgangsmåte

For å finne relevante kilder og litteratur som kunne anvendes ved undersøkelse av min problemstilling, utførte jeg et systematisk søk ved bruk av relevante databaser. Databasene jeg brukte var «Oria», «Idunn», «Google Scholar», hvorav den som ga meg mest relevante og brukbare svar var «Oria». Søkeprosessen foregikk ved at jeg brukte aktuelle søkeord, både på norsk og engelsk, for min problemstilling; «utviklingstraumer» og «barnevern», «developmental trauma», «trauma-informed care» og «children», «traumebevisst omsorg», «developmental trauma» og «child welfare», «adverse childhood experiences» og «treatment». Disse søkene ble gjentatt på tvers av databasene for å få så like treff som mulig. I tillegg ekskluderte jeg blant annet bokomtaler, anmeldelser, avhandlinger, og andre studentoppgaver, slik at det i hovedsak ville være artikler og bokkapitler som dukket opp. Det er verdt å nevne at mange av resultatene er eldre litteratur og studier, noe som gjorde at jeg måtte vurdere disse med et kritisk blikk for ikke å bruke utdatert kunnskap i min oppgave. Gjennom søkeprosessen benyttet jeg meg også av litteraturlister i både artikler og tidligere pensumbøker for å finne fram til anvendelig litteratur. I oppgaven har jeg brukt både primær- og sekundærlitteratur, for å referere til den opprinnelige kilden bak teorier som brukes i dagens praksis. Jeg har også kontinuerlig gjennom skriveing av oppgaven tilbakevendt til søkebasene for å søke etter mer spesifikk data ved ulike punkter av argumentasjon og informasjon.

2.2 Kildekritikk

Når man gjennomfører en slik litteraturstudie, er det viktig å være kritisk til hvilke kilder man bruker. Dalland (2017) definerer kildekritikk som det å vurdere og karakterisere litteraturen man har funnet gjennom kildesøkene, altså må man vurdere og reflektere over hvilken relevans og gyldighet litteraturen har. En slik vurdering har jeg kontinuerlig utøvd ved prosessen av innhenting av litteraturdata. Siden sekundærlitteratur ofte har bearbeidet og fortolket tidligere verk, ofte originalartikler, er det viktig å være oppmerksom på at dette kan påvirke kvaliteten på arbeidet på grunnlag av at forfatterens egne meninger og ståsted kan lyse gjennom deres litteratur. Jeg har derfor forsøkt å bruke de originale verkene der det lar seg gjøre, ettersom mye av teori innenfor fagfeltet baserer seg på sentrale originalartikler. I tillegg har jeg bare brukt kilder fra søkebasene som er fagfellevurdert, for å være sikker på at det er en viss reliabilitet og validitet til innholdet.

3 TEORI

3.1 Hjernens oppbygning

For å forstå utviklingstraumatiserte barn er det nødvendig å ha en viss kunnskap om hvordan hjernen fungerer og utvikles. Menneskets hjerne utvikler seg ved stimulering og er derfor avhengig av å brukes aktivt. Som spedbarn er ikke hjernen i stand til å utvikles på egen hånd, og barnet må derfor ha støtte av sine omsorgspersoner for stimulering av sosiale, emosjonelle, fysiologiske og motoriske egenskaper (Nordanger & Braarud, 2017). Dette gjøres gjennom repeterende kjærlig samspill med barnet, eksempelvis ved hverdagslige aktiviteter og omsorg.

Nevrofysikeren Paul MacLeans forskning om hjernens funksjoner på 1960-tallet, førte til en forståelse av at hjernen er inndelt i tre ulike deler, og modellen «The triune brain», den tredelte hjernen, ble lansert (Nordanger & Braarud, 2017). Hjerneforskning og nevropsykologi har endret seg en del siden den tid og er ikke like relevant den dag i dag, men denne tidens forskning vil fremlegges og brukes i denne oppgaven fordi det er aktuelt i grunnlaget for traumebevisst omsorg. Hjernens struktur er mer kompleks enn som så, men elementer ved traumebevisst omsorg bruker denne teorien for å simplifisere hjernen og gjøre det enklere å forstå og anvende for ansatte og de utviklingstraumatiserte barna. MacLean påstod i sine tidligere publiserte teorier at hjernen består av tre ulike «hjerner» som følger av

sine ulike strukturer, arbeidsoppgaver, intelligens, motoriske funksjoner og minner, og disse refererer han til som reptilhjernen, det limbiske system, og neokorteks (MacLean et al., 1973). Reptilhjernen, også kalt overlevelseshjernen, utgjør hjernestammen og er grunnleggende basert på reptilske instinkt og behov for overlevelse og styrer derved flere overlevelsesfunksjoner som hjerterytm, blodtrykk, respirasjon og kroppstemperatur. Det limbiske system, også kalt emosjonshjernen, er området som ligger over og rundt reptilhjernen, og spiller en viktig rolle i forhold til tilknytning, emosjonsregulering, atferd og grunnleggende følelser. Neokorteks, eller logikkhjernen, utgjør det ytterste laget i hjernen og er den delen som sørger for menneskets evne til å resonere, kommunisere, lese, skrive og lære seg aritmetikk, samt styre motoriske handlinger ved egne ønsker (MacLean et al., 1973; Nordanger & Braarud, 2017).

Overlevelseshjernen opererer funksjonelt allerede ved fødsel, med hensikt i å utnytte individets muligheter til overlevelse, og dette gjelder også de mer grunnleggende delene av emosjonshjernen, blant annet de som styrer stressreaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017). Resten av hjernens funksjoner bruker lenger tid på å utvikle seg og er avhengig av stimulering og læring. Hjernen utvikler seg hovedsakelig fra bunnen, hjernestammen, og utvider seg oppover som et stadig dynamisk nettverk. På bakgrunn av dette er utviklingen av psykologiske funksjoner i den øverste delen av hjernen, neokorteks, avhengig av at reptilhjernen og det limbiske system har et tilstrekkelig utviklingsforløp, ettersom funksjoner i neokorteks baseres på funksjoner som allerede er godt utviklet hos lavere nivå av hjernen (Nordanger & Braarud, 2017). Dersom man har et høyt aktiveringsnivå i nervesystemet, vil de høyere delene av hjernen ha mindre styrekraft over tankegangen, mens de evolusjonsmessig eldre områdene i hjernen, altså overlevelsesinstinkt og grunnleggende affekter, vil ta over styringen, og dette er svært relevant for forståelsen av utviklingstraumatiserte barns atferd og reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017).

3.2 Hjernens farereaksjon

Ved temaet om hjernens funksjonsområder er det hensiktsmessig å trekke inn amygdala, som ligger mellom overlevelses- og emosjonshjernen og ofte kalles hjernens «alarmsentral», samt hypothalamus som omtales som hjernens «stress-senter» og «kontrollrom» (Blindheim, 2012; Håkonsen, 2014; Nordanger & Braarud, 2017). Amygdala fungerer som menneskets egne farealarm og gir beskjed når den sanser en mulig trussel mot individet ved å sende signaler

videre til hypothalamus, som kontrollerer kroppslig aktivering og reaksjoner hos individet (Blindheim, 2012). Dette gjør hypothalamus ved å sende signaler til binyremargen som øker produksjonen av adrenalin og noradrenalin, samtidig som binyrebarken skiller ut kortisol, stresshormoner, som følgelig fører til en kamp-flukt-respons hos individet, eksempelvis ved økning av hjerterefrekvens, blodtrykk, respirasjon og perspirasjon (Håkonsen, 2014). Denne kroppstilstanden er svært stressende og krever mye energi, og dersom dette vedvarer over et lengre tidsspenn, vil det kunne ha svært negative konsekvenser for individets helse og mentale funksjoner og regulering.

Dersom hjernen er optimalt utviklet, skal den prefrontale korteks og hippokampus motta signaler om den potensielle trusselen og vurdere dets troverdighet. Hippokampus er ansvarlig for tidligere erfaringer og konkluderer basert på sin hukommelse fra lignende situasjoner, mens den prefrontale korteks vurderer ut fra situasjonskontekst og den sosiale sammenhengen, og grunnlegger sin konklusjon ut ifra det. Binyrene mottar da ny informasjon om at utskillelsen av stresshormoner skal nedreguleres, og sammen utgjør disse funksjonene dermed et reguleringsystem som reduserer stressreaksjonene individet er i ferd med å oppleve (Nordanger & Braarud, 2017). Utviklingstraumatiserte barn og unge vil ofte mangle en tilstrekkelig utvikling hos disse områdene av hjernen, noe som medfører en tilstand hvor deres stressreaksjon vil foretas eller forbli ettersom de ikke klarer å vurdere faren og nedregulere sine stresshormoner.

3.3 Tilknytningsteori

Psykoanalytikeren John Bowlby regnes som en av de mest fremtredende forskerne innen tilknytningsteori, gjennom sin forskning på barnets emosjonelle og sosiale samspill med sine omsorgspersoner (Sommerschild et al., 2015). Bowlbys teori omhandler at barns utvikling baseres på om og hvordan barnets grunnleggende behov, eksempelvis sult, kjærlighet, trygghet og søvn, blir møtt av sine omsorgspersoner og dette samspillet er det som avgjør barnets tilknytning og trygghet, både i seg selv og i forhold til andre mennesker (Sommerschild et al., 2015).

Den etablerte tilknytningsatferden og tidligere samspillserfaringer hos barnet vil også være avgjørende for dannelsen av det som kalles barnets indre arbeidsmodeller, som kan betegnes som et mentalt verktøy som styrer hvordan individet fortolker og oppfatter seg selv og andre mennesker, samt deres forståelse og evne til sosialt samspill, noe som vil påvirke individets

muligheter til å skape og ivareta relasjoner til andre (Kvello, 2015). Dersom et barn har godt utviklet indre arbeidsmodeller, vil de anta at andre mennesker vil møte dem i et positivt samspill preget av oppmerksomhet og støtte, og individets handlinger og atferd vil da speile disse forventningene, noe som igjen vil påvirke motpartens atferd og reaksjoner positivt. På den andre siden, derimot, kan dårlige indre arbeidsmodeller føre til negativt samspill hvor vedkommendes atferd kan preges av mistillit, avvisning og fiendtlighet, som følge av sin usikkerhet på seg selv og mistro til andres interesse, omsorg og intensjoner. Dette vil utløse negative reaksjoner hos motparten, noe som vil forsterke individets allerede negative indre arbeidsmodeller (Bunkholdt, 2017). Hos utviklingstraumatiserte barn er det ofte tydelig at det er vanskelig å dyrke og opprettholde relasjoner til andre, og dette kan komme av en oppvekst preget av dårlig tilknytning til sine primære omsorgspersoner, eksempelvis ved omsorgssvikt, psykisk og fysisk vold, seksuelle overgrep, eller psykiske lidelser hos omsorgspersoner.

Psykolog Mary Ainsworth og hennes studier om tilknytningsatferd førte til en oppdagelse av tre ulike tilknytningsmønstre hos barn, et fjerde mønster ble tillagt i ettertid av andre forskere, som aktivt brukes i dagens litteratur og arbeid. Gjennom Ainsworths forskningsverktøy som kalles «the Strange Situation» fant Ainsworth at barns reaksjoner på atskillelse fra mor og mors gjenkomst, samt møte med en fremmed alene, representerer deres tilknytning og relasjonskompetanse, og kan sorteres inn i fire ulike typer tilknytningskvaliteter: trygg, utrygg ambivalent/vegrende, utrygg unnvikende og den fjerde, desorganisert/desorientert, som senere er blitt presentert (Powell et al., 2015). Barn som inngår i kategorien for trygg tilknytning fremviser gjerne god relasjonskompetanse og normal emosjonsregulering, ettersom omsorgspersonenes samspill med barnet preges av stabilitet, kjærlighet, tilgjengelighet, sensitivitet, aksept og samregulering. Utrygg ambivalent tilknytning hos et barn visualiserer et samspill preget av skiftende og uforutsigbar tilgjengelighet og sensitivitet hos omsorgspersonene, noe som fører til usikkerhet hos barnet i forhold til strategier for å skaffe seg oppmerksomhet og barnet kan derfor ofte ty til kraftig sinne og gråt. De barn som er utrygg unnvikende har omsorgspersoner som ofte oppfører seg likegyldige, latterliggjørende, avfeidende og undervurderende overfor barnet, og er preget av distansering når barnet viser følelser. Dette gjør at barnet også distanserer seg og gjerne underspiller sine følelser og behov, noe som fører til at barnet får sin trygghet gjennom avstand og resulterer i underutviklet relasjonskompetanse. Barn innenfor disse tre kategoriene har sine faste og strukturerte strategier for å oppleve trygghet. Barn innenfor den desorganiserte tilknytningskvaliteten, derimot, har ikke slike strategier som følge av omsorgspersoner som er truende, ustabile,

uforutsigbare og følelsesmessig utilgjengelige. Disse barna opplever lite omsorg, manglende utviklingsstøtte i sterk grad og sitter dermed igjen med svært lav relasjonskompetanse, og det er ofte denne kategorien utviklingstraumatiserte barn er en del av (Bunkholdt, 2017).

Som tidligere nevnt i forklaringen av hjernens oppbygning, er hjernens utvikling avhengig av ytre stimulering. Det er omsorgspersonens ansvar å regulere og møte barnets behov for å stimulere hjernen slik at barnets psykologiske funksjoner kan oppnå optimal utvikling. Det er derfor viktig hos barn at deres tilknytning, samt emosjonelle og sosiale samspill, med sine nære omsorgspersoner preges av trygghet og kjærlighet for at barnets hjerne får god stimuli og utviklingsmuligheter. Dermed kan man si at tilknytning og hjernens utvikling går hånd i hånd.

3.4 Toleransevinduet

Psykiater Daniel Siegel (2012) har utviklet Toleransevinduet-modellen, som er en illustrasjon av ulike aktiveringsområder og individets behov for regulering basert på deres toleranse og stress-respons-system (Nordanger & Braarud, 2017). Toleransevinduet utgjør den midterste delen av modellen som illustrerer et vindu eller et spenn hvor individets optimale aktiveringssone er. Dette er det området hvor aktiveringen forholder seg optimal i forhold til omgivelsene. Dersom aktiveringsnivået beveger seg over toleransevinduet, vil en havne i hyperaktiveringssonen. Dette medfører at individet vil få høyere hjerterate, respirasjon og muskeltonus, og vil ofte føre til urolighet, misnøye, aggresjon, utagering og impulsivitet. Her blir hele kroppen mobilisert til å ta grep for å komme seg vekk fra den eventuelle trusselen. Havner man under toleransevinduet, derimot, vil en oppnå en hypoaktivert tilstand, som er en immobiliserende kroppslig reaksjon, hvor hjerterate, respirasjon og muskeltonus blir redusert, og en kan føle seg nedstemt, tom og nummen. Denne slår ofte inn når individet ikke har mulighet til å unngå faren, og fører til at individet dissosierer seg fra seg selv og inntar en slags apatisk og passiv tilstand for å beskytte seg selv. Hvordan toleransevinduet vil se ut for det enkelte individ varierer basert på det individets erfaringer og emosjonsregulering, samt situasjonen man er i og menneskene rundt (Nordanger & Braarud, 2017).

Toleransevinduet visualiserer i stor grad individets evne til regulering. Nyfødte barn er avhengig av god ytre reguleringsstøtte og samregulering fra en barnet har nær tilknytning til, fortrinnsvis sine omsorgspersoner. Reguleringsstøtte er avhengig av en oppmerksomhet til barnets alarm-respons og behov. Dersom barnet opplever en alarmreaksjon, enten hyper- eller

hypo-aktivering, er det omsorgspersonens oppgave å regulere barnet tilbake i toleransevinduet, noe som i lengden vil utvikle handlingsstrategier for regulering, samt øke spennet barnet har for toleranse dersom denne støtten er vedvarende, stabil og optimal (Nordanger & Braarud, 2017). Øyvind Kvello definerer begrepet emosjonsregulering slik: «*emosjonsregulering omfatter ferdigheter i å initiere, oppdage, overvåke, dempe/hemme, holde fast ved og forsterke emosjoner, samt å tilpasse uttrykkene for emosjoner slik at de er hensiktsmessige og aksepteres i den situasjonen og kulturen personen befinner seg i*» (Kvello, 2015, s. 77). Dette skjer gjennom indre og ytre prosesser som bygger grunnlaget for hvordan individet vurderer og håndterer ulike situasjoner, og modifierer sine emosjonelle uttrykk og atferd. Dersom reguleringsstøtten i barnets tidlige leveår er mangelfull, kan det føre til en underutvikling av nevralt strukturer i hjernen som egentlig skal sørge for å regulere barnets kroppslige reaksjoner og mentale prosesser, og resultatet vil bli en sviktende selvregulering (Nordanger & Braarud, 2017). Både hjernens psykologiske utvikling gjennom ytre stimuli, samt tilknytningsteori er viktige faktorer som påvirker hvordan utviklingen av barnets emosjonsregulering og indre arbeidsmodeller vil utarte seg.

3.5 Utviklingstraumer

Begrepet «traume» kan defineres på ulike måter, men i denne teksten er det mest hensiktsmessig å bruke definisjonen presentert av Saakvitne et al. (2000) og oversatt av Nordanger & Braarud (2017, s. 19): et traume er «*en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet*».

Hjernen er svært sensitiv for traumatiske hendelser. Dersom man blir utsatt for traumatisk stress vil hjernens aktiveringssystem, de funksjonene i hjernen som sørger for å utløse farealarmen i kroppen, styrkes og sensitiviseres, noe som fører til at det er lavere terskel for at individet havner i en kamp-flukt-kroppstilstand. Barn som opplever psykisk eller fysisk vold, omsorgssvikt, eller seksuelle overgrep, er ofte preget av vedvarende traumatisk stress, noe som følgelig medfører en sviktende kognitiv utvikling, og kronisk stressbelastning, med en hemmet utvikling av barnets reguleringsystem (Nordanger & Braarud, 2017). Vanligvis vil slike sviktende omsorgsforhold og traumatiske hendelser også preges av omsorgspersoner som ikke møter barnets behov for reguleringsstøtte, noe som, tidligere nevnt, vil medføre en mangelfull selvregulering hos barnet. Dette kan i tillegg oppstå i familier hvor foreldrene

strever med rusmisbruk eller alvorlige psykiske lidelser, samt også hvor foreldrenes beskyttelse overfor barnet har sviktet, mens barnet utsettes for traumatiske hendelser utenfor hjemmet eller av andre enn omsorgspersonene. Barnet vil i slike tilfeller leve under stadig traumatisk stress, uten å være i stand til å regulere ned sine affekter og reaksjoner som følge av sviktende reguleringsstøtte og omsorg, og det er denne belastningssituasjonen som kalles utviklingstraumer (Nordanger & Braarud, 2017).

3.5.1 Konsekvenser ved utviklingstraumer

Utviklingstraumatiserte barn lider i grunn av en kompleks posttraumatisk stressforstyrrelse, hvor individet strever med triggere som utløser gjenopplevelser av hjelpeløshet og frykt, ofte gjennom mareritt og flashbacks; unngåelse og isolering for å ikke minnes på traumehendelsene; hyperaktivering og hyperårvåkenhet; konsentrasjons- og fokusvansker; og oversensitivisert responssystem (Bath, 2008). Det er ikke bare barnets reguleringsystem som påvirkes som følge av utviklingstraumene, men barnet lider av en helhetlig nevrobiologisk skjevutvikling, hvor mange psykologiske funksjoner opplever manglende stimuli og utviklingsmuligheter, og har omformet og tilpasset seg til å fordre overlevelse overfor de truslene barnet utsettes for (Nordanger & Braarud, 2017). På bakgrunn av dette vil utviklingstraumatiserte barn kunne ha vanskeligheter med å tolke og gjenkjenne positive ansiktsuttrykk, og er svært sensitive for fiendtlighet. I tillegg kan de streve med språk og tale, evnen til å sammenkoble følelser og opplevelser med ord, samt inneha en dårlig evne til å prosessere nye erfaringer og lære av dem (Nordanger & Braarud, 2017). Hos utviklingstraumatiserte barn er det ofte vanlig å se både hyper- og hypoaktiverte tilstander ettersom barnas alarmsystem er sensitivert, og at de ikke har utviklet hensiktsmessige handlingsalternativer til ulike situasjoner som følge av sin sviktende reguleringsstøtte. Dette gjør at mange utviklingstraumatiserte barn ender opp med å lide av affektreguleringsvansker, som kan vise seg i aggressiv atferd.

3.6 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg, heretter TBO, er en verdiforankret tilnærming og forståelsesramme som baserer seg på hvordan man kan møte utviklingstraumatiserte barn, med et perspektiv som fokuserer på deres tidligere traumatiske erfaringer og nevrologiske skjevutvikling og fungering (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Begrepet «traume-bevisst» ble opprinnelig introdusert av Harris og Fallot (2001) som en beskrivelse av en omfattende tilnærming på systemnivå som tar høyde for muligheten for at brukere, eller barn og unge i dette tilfellet, kan ha tidligere eller nåværende erfaringer med traumer, og at deres vansker kan være uttrykk for disse opplevelsene (Steinkopf et al., 2022). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA 2014) definerer traumebevisst omsorg slik: *«et program, organisasjon eller system som er traumebevisst innser den utbredte virkningen av traumer og forstår potensielle veier for bedring; gjenkjenner tegn og symptomer på traumer hos klienter, familier, ansatte og andre som er involvert i systemet; og reagerer ved å fullt ut integrere kunnskap om traumer i politikk, prosedyrer og praksiser, og søker å aktivt motstå retraumatisering»* (Steinkopf et al., 2022, s.626). TBO søker å forstå hva som er grunnlaget til barn og unges ulike atferdsuttrykk, indre arbeidsmodeller og verdensbilde, og hvilken omsorg dette individet spesifikt trenger for å regulere og håndtere sine smerter, samt utvikle sine nevrologiske forutsetninger til å øke toleransen og skaffe seg mer hensiktsmessige handlingsstrategier. Mye av TBO baserer seg på kunnskap og forforståelse om de temaene som er blitt presentert overfor. Howard Bath er en sentral person innenfor traumebevisst omsorg, og har utviklet tre hovedprinsipper som er nødvendige forutsetninger for at utviklingstraumatiserte barn skal kunne oppnå noen form for heling, og disse kalles de «tre pilarene for traumebevisst omsorg» av Bath, og er fundamentale for praksisen av TBO (Bath, 2008).

3.6.1 Trygghet

Trygghet er en av de mest grunnleggende overlevelsesbehovene hos spedbarn, og viser seg gjennom spedbarns tilknytningsatferd, eksempelvis gråt, latter og kroppslig kontakt, hvor de aktivt søker en opplevelse av trygghet (Bath, 2008). Gjennom forskning er det grunnlag for å tro at barn søker en psykisk og opplevd trygghet fremfor en fysisk trygghet.

Utviklingstraumatiserte barn har, derimot, basert på sine tidligere erfaringer med utrygge og truende/farlige voksne utviklet en generell mistillit til voksne og forsøker så å unngå

samhandling med dem. For at barn som har opplevd slike traumer skal ha mulighet til å nyttiggjøre seg av behandling for sine komplekse vansker, er det avgjørende at barnet først og fremst har en følelse av trygghet. For å skape et slikt trygt miljø er det flere elementer som må være tilstede, blant annet kontinuitet, stabilitet, reliabilitet, forutsigbarhet, tilgjengelighet, ærlighet og åpenhet, samt sørge for medvirkning hos barnet og at de har en følelse av kontroll og makt over sine omstendigheter der dette kan gjøres (Bath, 2008; Perry, 2006).

Utviklingstraumatiserte barns smerteuttrykk og atferd blir ofte oppfattet som urimelige og uforståelige av andre i miljøet rundt, noe som kan føre til at voksne møter barn med sine egne smerte-baserte reaksjoner, eksempelvis ved sinne, kontroll og avstraffelse. Det som er nødvendig for barnet er at man må møte barnets smerteuttrykk, uten å påføre barnet unødvendig sekundær smerte ved uhensiktsmessige reaksjoner (Bath, 2008; Jørgensen & Steinkopf, 2013).

3.6.2 Relasjon

For at barnet skal oppleve en følelse av trygghet, er hen også avhengig av utviklingen av gode relasjoner til sine nære, noe som utgjør den andre grunnleggende pilaren for traumebevisst omsorg. På grunn av barnets mistillit og frykt for voksne, som følge av traumene, har ikke barnet de samme forutsetningene for å bygge gode relasjoner som barn med adekvat utvikling har. Forskning har bevist at det å forme gode terapeutiske, trygge og positive relasjoner for utviklingstraumatiserte barn kan gi dobbelt så god effekt for positiv forandring enn psykoterapi (Bath, 2008). Siden disse barna assosierer voksne relasjoner med negative følelser, vil deres reaksjoner ofte resultere i unnvikelse og fiendtlighet, derved må man arbeide stabilt og kontinuerlig for å hjelpe barna med å restrukturere sine assosiasjoner av andre mennesker og indre arbeidsmodeller slik at deres relasjonsbygging og trygghet til voksne mennesker kan få muligheter til å forbedres (Bath, 2008; Jørgensen & Steinkopf, 2013).

3.6.3 Emosjonsregulering

Som forklart tidligere i oppgaven er emosjonsregulering et av de mest kritisk rammede funksjonsområdene hos utviklingstraumatiserte barn. Ettersom deres omsorgspersoner har sviktet med støtteregulering i tidlig oppvekst har ikke disse barna utviklet noen strategier for

håndtering av smerter og vanskelige situasjoner, noe som fører til dårlige sosiale evner og samspill (Nordanger & Braarud, 2017). På bakgrunn av dette handler den tredje pilaren om at man, ved behandling av utviklingstraumatiserte barn, bør ha fokus på å lære og støtte barna i å tilegne seg nye strategier for å håndtere og nedregulere deres affekter og impulser, noe som gjøres gjennom samregulering av barnets følelser, eksempelvis ved å sette ord på følelsene, å trøste barnet, aktiv lytting, og anerkjennelse av reaksjonene, samt hjelpe barnet med å forstå hvorfor de reagerer slik de gjør (Bath, 2008; Jørgensen & Steinkopf, 2013).

4 RESULTATER OG DRØFTING

På bakgrunn av teorien, fremstilt i teoridelen, vil det nå foretas en fremleggelse av resultat fra datainnsamling, samt drøfting hvor jeg presenterer hvordan barnevernet aktivt arbeider for å ivareta og møte utviklingstraumatiserte barn på en hensiktsmessig måte. Et hovedfokus vil her være traumebevisst omsorg, hvor blant annet barnevernets tiltak for å utvikle ansattes kunnskaper og ferdigheter på dette området, samt deres praksis i institusjoner vil bli introdusert og drøftet i lys av tidligere teori. I tillegg vil jeg trekke fram alternative metoder for hvordan barnevernet kan behandle og ivareta utviklingstraumatiserte barn i lys av forskning, derav spesifikt kampsport og «mindfulness» vil være aktuelle temaer i denne teksten, med kritisk refleksjon rundt hvordan det vil fungere i praksis.

4.1 Traumebevisst omsorg i barnevernsarbeid

Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet som retter seg mot profesjonsutøvere innen helse- og sosialfaglig arbeid, blant annet barnevernspedagoger, presiserer at profesjonsutøverne har et særskilt ansvar for å ivareta og hjelpe de som ikke har mulighet til å ta seg av sine egne behov og interesser. De må møte brukerne, i dette tilfellet barna, med nestekjærlighet og omsorg, samt bistå med å fylle deres udekkede behov og ta hensyn til det de trenger (FO, 2019). Etter Lov om barnevern (Barnevernsloven, 2021) § 1-1 er det lovpålagt at barnevernet skal sikre at barn som opplever omsorgsforhold som kan være helse- og utviklingsskadelige får både beskyttelse, omsorg og hjelp til riktig tid, samt «*bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse*», og «*bidra til at barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår*». Utviklingstraumatiserte barn har komplekse behov og trenger en helhetlig behandling og

omsorg som dekker flere ulike funksjonsområder. For å få til dette er det nødvendig at barnevernets tilbud ivaretar og møter utviklingstraumatiserte barn der de er, samt med hensiktsmessige og utviklingstilfredsstillende tilnærminger. RVTs, Norges Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, startet i 2011 derfor med en implementering av traumebevisst omsorg i barnevernets praksis gjennom iverksettelse av to kompetansehevingsprogram for å øke ansattes kunnskap og ferdigheter med hensikt i behovstilfredsstillende arbeid med utviklingstraumatiserte barn. Kompetanseprogrammene er Traumesensitivt barnevern og HandleKraft, og begge programmene er basert på en kompleks traumeforståelse, der både kunnskap i utviklingspsykologi, tilknytningspsykologi, samt nevrobiologi er i fokus (Bræin et al., 2017). Forståelse av barn basert på den teorien som ble presentert i teoridelen, eksempelvis den tredelte hjernen, barnets stress-respons, toleransevinduet og Bath's (2008) tre hovedprinsipper fra traumebevisst omsorg, er hovedfokus i begge kompetanseprogrammene.

4.1.1 Traumesensitivt barnevern

Traumesensitivt barnevern hadde sin oppstart i 2012 gjennom initiativ fra Bufetat, Norges barne-, ungdoms- og familieetats, og er et regionalt kompetansehevingsprogram som baserer seg på en modell som tilhører RVTs Øst vedrørende organisasjonell kompetanseheving (Bræin et al., 2017). Programmet er tilgjengelig for ansatte og omsorgspersoner fra både institusjoner, fosterhjem, familiesentre og beredskapshjem, og innebærer felles undervisning fordelt på fire dager hvorav flesteparten av enhetenes ansatte deltar. Deretter vil noen ansatte fra hver avdeling motta veiledning i grupper hvor fokuset er fordypning i relevante temaer, og aktiv øving på aktuelle situasjoner fra egen praksisplass. Enhetenes ledere får også delta på samlinger hvor det blir diskutert og framlagt forslag for hvordan traumebevisst omsorg og kompetanse kan gjennomføres og videreutvikles. I løpet av en femårsperiode arbeider RVTs aktivt sammen med de ulike enhetene for å øke deres kompetanse, derav gjennom tilbud som veilednings- og grunnkurs for nye ansatte, samt fordypningskurs for andre ansatte (Bræin et al., 2017). Traumesensitivt barnevern bruker aktivt en modell inspirert av MacLeans et al. (1973) teori om den tredelte hjernen bestående av overlevelshjernen, logikkhjernen og emosjonshjernen, for å fremme en bedre forståelse for hvordan barnets tankeprosess, utviklingsvansker og atferd fungerer, slik at hjelpetiltakene som blir iverksatt er bedre egnet og tilpasset det enkelte barnets utviklingsnivå og emosjonelle tilstand. Programmet Traumesensitivt barnevern har ikke blitt offentlig evaluert, men har fått svært gode

vurderinger og tilbakemeldinger fra deltakere (Bræin et al., 2017). Jeg vil dermed, etter min mening, hevde at programmet sannsynligvis har ganske lik effekt som HandleKraft, som vil bli diskutert videre i oppgaven.

4.1.2 HandleKraft

HandleKraft ble utviklet av RVTs Region Sør på bakgrunn av et ønske om å forhindre og forebygge overgrep mot barn og unge i fosterhjemstjenester og institusjoner under Bufetats ledelse, gjennom å utvikle ansattes kunnskaper og ferdigheter vedrørende traumer og overgrep, slik at traumebevisst omsorg og tilnærming til barn og unge blir en del av praksisen innenfor tiltakene disse ansatte er en del av (Bræin et al., 2017). HandleKraft er organisert litt annerledes enn Traumesensitivt barnevern, og består av både nettbasert selvstudium og fire felles dagssamlinger bestående av undervisning, fordypning og diskusjon i grupper, deling av erfaringsbaserte fortellinger, praktiske øvelser og regelmessige refleksjonssegment, både i løpet av programmet, og ved avslutning. Etter arbeidsstedene har gjennomført kompetansehevingsprogrammet, har de tilgang til en nettside ved navn Handle-kraftVekst.no, som også er et nettbasert program, hvor de har mulighet til å arbeide med å videreutvikle og vedlikeholde den kunnskapen og ferdighetene de har tilegnet seg gjennom kompetanseprogrammet. Alle Bufetats institusjoner og fosterhjemstjenester har gjennomført denne opplæringen, og programmet blir tilbudt til nyansatte, samt også private barnevernsinstitusjoner (Bræin et al., 2017). Også HandleKraft disponerer MacLeans et al. (1973) teori om den tredelte hjernen i sitt undervisningsopplegg.

Gjennom HandleKraft får deltakerne blant annet opplæring i sansemotoriske aktiviteter og teknikker, eksempelvis pusteøvelser og avspenningsøvelser som massasje, beroligende musikk- og lydspor, vugging m.m., som kan bidra med å bringe barnet tilbake til sitt toleransevindu ettersom slike aktiviteter kan være sensorisk stimulerende for barnets nervesystem (Bræin et al., 2017). Effektene av slike aktiviteter vil være et diskusjonstema senere i teksten.

4.1.3 Kompetanseprogrammernes evaluering og effekt

Begge kompetansehevingsprogrammene har barnets funksjon og utviklingsmuligheter i fokus. I og med at hjernen er preget av nevroplasticitet er det håp for endring hos utviklingstraumatiserte barn, men samtidig blir hjernen mindre plastisk og fleksibel med alderen, noe som medfører at utviklingstraumatiserte barn trenger tålmodighet og kontinuerlig og stabil stimulering for å oppnå endring i deres underutviklede funksjoner. Barn og voksne som opplever vanlige traumer er utsatt for en *svekkelse* av noen utviklingsfunksjoner, eksempelvis reguleringsystemet, men utviklingstraumatiserte barn derimot lider av en *hemmet* utvikling av ulike funksjoner, og deres behov blir da å bygge kapasiteter eller funksjoner som ikke har blitt utviklet enda (Bræin et al., 2017; Nordanger & Braarud, 2017). Man må altså starte fra bunnen av og bygge oppover, noe som trenger både tid, tålmodighet og tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter fra omsorgspersoner rundt barnet. Begge programmene fokuserer derfor stadig på hvilke behov barnet trenger basert på deres funksjon, omgivelser og utvikling. I tillegg til barnets utviklingsvansker, er det også et sentralt moment i programmene at de ansatte blir klar over sin egen regulering og toleranse, slik at de øker sin kompetanse til å holde seg innenfor sitt toleransevindu i møte med over- og underaktiverte barn med hensikt i å samregulere barnet tilbake til sitt eget toleransevindu. Ifølge Nordanger og Braarud (2017) er samregulering og det å holde sitt eget affektnivå lavt sannsynligvis den viktigste og mest effektive terapeutiske ferdigheten man kan ha. Dersom man skal få til en god tilhelingsprosess, er det nødvendig at barnet føler at faren er over på alle tre nivåer av hjernen og at de har reguleringsstøtte nok til å føle seg trygg, og det er dette kompetansehevingsprogrammene forsøker å lære og gi ansatte kompetanse i (Bræin et al., 2017). Etter at flere institusjoner i Norge i løpet av de siste årene begynte å praktisere omsorgsarbeid og tiltak mer fokusert mot stressreduksjon med bakgrunn i en forståelse av barns atferd som smerteuttrykk og representasjon av utrygghet, har det blitt rapportert en tydelig nedgang i mengden av utageringsepisoder, noe som tyder på at traumebevisst omsorg har en positiv effekt på praksisen som blir utført (Nordanger & Braarud, 2017).

Programmet HandleKraft har blitt evaluert av Ernst & Young AS (EY), på oppdrag fra Bufdir, gjennom en studie hvor de gjennomførte både kvalitative og kvantitative spørreundersøkelser for personer som deltar, hadde deltatt og som skulle delta på kompetansehevingsprogrammet innenfor alle de fem regionene, med spesielt fokus på region sør og vest som følge av deres fremgang med programmet, i tillegg ble det utført observasjoner av programmets gjennomføring, samt analyser av relevante dokumenter. Målet med studien var blant annet å

avdekke om programmet har påvirkningspotensiale for deltakernes praksis og om modellen er egnet for tilegnelse av kunnskap og handlingskompetanse (EY, 2014). Jeg ønsker å påpeke at studien ble gjennomført i 2014, og noen momenter av HandleKraft har blitt revidert og endret siden den tid, noe som gjør at noen påstander i rapporten ikke nødvendigvis stemmer i dagens utførelse av programmet.

Gjennom intervjuer med RVTS Sør ble det presisert at programmet HandleKraft er ment som et perspektiv og tilrettelegging for deltakerne til å bruke traumebevisst omsorg og refleksjon over eget arbeid og egen atferd for å utøve sin rolle bedre basert på de konkrete behovene utviklingstraumatiserte barn trenger, ikke nødvendigvis en endring av formell praksis, men en arena for individuell læring og utvikling (EY, 2014). Flere av de intervjuede deltakere uttrykte nemlig at HandleKraft ikke bidro til en endring av verken individenes eller arbeidsplassens praksis, men at det medførte en bevisstgjøring og endring i de ansattes tankegang og forståelse av barnas smerteuttrykk og atferd i vanskelige situasjoner. En annen positiv effekt var at programmet ledet til en felles fagterminologi mellom ansatte hos organisasjonene. Flere av deltakerne trekker fram i sine svar at de aktivt bruker begrepene som er kommet med HandleKraft, eksempelvis smerteuttrykk, toleransevindu og den tredelte hjernen, noe som gjør at ansatte forstår både hverandre og barna lettere i samtaler og situasjoner, og dette er en faktor som kan tolkes som en form for endring i en felles daglig praksis hos avdelingene (EY, 2014). Ansatte i slike barnevernsfaglige avdelinger har ofte ulik bakgrunn, både i utdanning og yrkesvalg, noe som gjør at et slikt felles begrepsapparat medfører en mer samlet praksis, hvor samarbeidet mellom kollegaer kan bli mer stabilt og forutsigbart. Også internt i etaten kan det potensielt føre til en bedre dialog preget av delt forståelse, og på tvers av aktuelle offentlige instanser. På spørsmål om teknikker og ferdigheter lært gjennom HandleKraft blir brukt i deltakernes praksis tyder svarene på at elementer blir brukt «i middels grad» både av deltakerne og generelt hos arbeidsplassene. Samtidig kommer det fram at de fire elementene: «triggere», «samregulering», «selvregulering» og «toleransevinduet» gjennomsnittlig brukes i høyere grad på tvers av regionene (EY, 2014). Elementer fra HandleKraft har dermed blitt implementert som en større del av deltakernes praksis, og tilfellet kan være at deltakerne selv ikke er særlig oppmerksom på hvilke endringer deres tilnærminger medfører og i hvilken grad de bruker nye teknikker og ferdigheter, men at det har blitt en mer naturlig måte for individene å arbeide sammen med kolleger og ungdommer, som følge av sin nye forståelse og bevissthet.

Til tross for at HandleKraft-programmet generelt får en god evaluering, trekker EY (2014) inn flere faktorer som kan medføre en motstand mot et slikt nytt perspektiv og praksisutførelse. Eksempelvis er det muligheter for at noen deltakere føler på en frykt for det ukjente, og synes det er vanskelig å endre på en allerede godt etablert individuell praksis. Dette kan også føre til en opplevelse av tap av identitet, samt psykologisk eierskap, ettersom ansatte ofte føler på en viss eierskap til sin tidligere kompetanse og ferdigheter i praktisering av eksisterende praksis, og en slik ny tilnærming kan være truende for individets etablerte faglige og profesjonelle identitet. Det kan også oppleves som denne nye kunnskapen vil utfordre den allerede eksisterende kunnskapen som er implementert i praksis, noe som kan føre til motstand fra deltakere, basert på deres egne verdier og en opplevelse av at ny kunnskap kan være kompetanseødeleggende og redusere verdien av den kunnskapen som ansatte allerede har tilegnet seg gjennom mange år med utdanning og arbeid. Noen deltakere ser ut til å ha misforstått HandleKraft som en ny behandlingsmetode som skal brukes hos avdelingene framfor et nytt perspektiv og et refleksjonsverktøy over egen praksis, og EY (2014) har blant disse deltakerne observert kritiske holdninger til kompetansehevingsprogrammet, muligens på grunnlag av de faktorer som ble nevnt ovenfor. Dette kan være årsak som følge av underkommunisering av hensikten med HandleKraft og mangelfull rapportering av positive effekter og framgang ved programmet, og ikke nødvendigvis programmets gjennomføring. Siden 2014 har HandleKraft blitt revidert på bakgrunn av EYs (2014) anbefalinger, og blir fremdeles brukt aktivt i undervisning og kompetanseheving av ansatte innenfor barnevernet. Flere ansatte rapporterer og reflekterer over en praksis som har hatt en positiv endring, og opplever at verktøyene som HandleKraft promoterer hjelper i deres arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge (Bræin et al., 2017).

4.1.4 Traumebevisst omsorg og behandling i institusjon

Steinkopf et al. (2022) har gjennomført en kvalitativ intervjustudie hvor de forsøker å belyse hvordan ansatte i omsorgsinstitusjoner tolker og engasjerer prinsipper ved traumebevisst omsorg inn i sin praksishverdag etter de har fått deltatt i kompetanseheving basert på Howard Baths teori om de tre hovedpilarene innenfor TBO, trygghet, relasjon og emosjonsregulering (Steinkopf et al., 2022). Studien ble gjennomført hos en barnevernsinstitusjon i Sør-Norge for ungdommer fra 13-18 år, plassert etter omsorgstiltak, hvorav alle ungdommene har en dokumentert historie av traumer og forsømmelse. Kompetansebygging om traumebevisst omsorg ble implementert av RVTS, startet hos institusjonen i 2013 og vedvarte til 2019, og

inkluderte gjentatte undervisning, workshops og veiledning med spesielt fokus på nevrouviklingsperspektiv, tilknytningsteori, tidlig samspill og reguleringsstøtte, stress-respons-systemet, toleransevinduet, MacLeans et al. (1973) modell av den tredelte hjernen, samt Baths (2008) perspektiv på de tre pilarene for behandling, slik at alle ansatte var sikret opplæring i denne kunnskapen og kompetansen.

Gjennom analyse og tolkning av innhentede data fant Steinkopf et al. (2022) at informantenes beskrivelse av hvordan de praktiserte traumebevisste omsorgsprinsipper kunne sorteres inn i tre hovedkategorier; 1) selvbevissthet, inkludert evne til selvrefleksjon, autentisitet og samreguleringsevner, 2) bevisste handlinger, inkludert det å bygge styrke, bygge mentaliseringsferdigheter, sørge for at personalet er tilgjengelige, sette trygge og klare grenser, samt samarbeide med ungdommen, og 3) organisatoriske og kulturelle praksiser, inkludert en felles tankegang, stabilitet og rutiner, og kulturell trygghet. Informantene understreket betydningen av det å se og respondere på den smerten som ligger bak ungdommenes atferdsuttrykk, istedenfor å reagere på selve atferden. Derfor er det viktig å ha en refleksiv holdning og god evne til selvrefleksjon, hvor en ser verdien ved å integrere traumekunnskap for å bygge bevissthet om ungdommenes tidligere erfaringer og hvordan dette vil påvirke deres sosiale samspill. Det er dermed like viktig å fokusere på den ansattes holdninger, atferd, regulering og reaksjoner, som på ungdommens, og informantene presiserer at det er nødvendig at de tilpasser sin atferd og tilnærming basert på den individuelle ungdommen og situasjonen man er i (Steinkopf et al., 2022). Baths (2008) traumebevisste modell er ikke metodisk operasjonalisert, og disse ansattes forståelse og praktisering av verdiene og elementene i denne forståelsesrammen kan virke mer hensiktsmessig i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og ungdom, ettersom den er kontekstualisert og deres tilnærming og væremåte blir kontinuerlig vurdert og reflektert basert på konteksten de er i. Dette kan føre til at ansatte opplever et større eierskap til sin egen praktisering og sitt arbeid, noe som følgelig kan øke ansattes følelse av forpliktelse til og forståelse av ungdommene og deres utviklingsvansker.

Selv om de ansatte opplever en forbedring av arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge med en praksis preget av traumebevisst omsorg, er spørsmålet om det fører til noen synlige forbedringer i selve enhetene og hos ungdommene. Noen avdelinger har uttalt seg om at opplæring i kompetanseheving har ført til en reduksjon i antall situasjoner hvor ansatte var nødt til å bruke tvang (Bræin et al., 2017). Ifølge Mari Trommald, direktør i Bufdir, har opplæring i traumesensitiv tilnærming til barn og unge vært en viktig faktor i at forekomsten

av utagering, vold og trusler i statens barnevernsinstitusjoner har opplevd en markert nedgang siden oppstart av traumebevisst behandling og omsorg, presentert av statistikk av antall registrerte voldshendelser mellom 2011-2016, noe som kan indikere en bedre kvalitet av praksisen hos tjenestene (Bræin et al., 2017; Nordanger & Braarud, 2017). Samtidig må det trekkes fram at det kan være andre faktorer som fører til et lavere antall registrerte voldshendelser, eksempelvis underrapportering av avvik hos institusjoners ansatte.

4.1.5 Kritikk av Traumebevisst omsorg

Selv om traumebevisst omsorg tilsynelatende virker å ha en generell positiv innvirkning på praksis med utviklingstraumatiserte barn og unge, er det likevel noen elementer som er gjenstand for kritikk. Lorentzen (2020) trekker blant annet fram relasjonen mellom ansatte og barn/ungdom, og vektlegger at tilnærmingen som kommer ved traumebevisst omsorg kan medføre et møte med barn hvor miljøterapeuten fokuserer på å utvikle og hjelpe deres manglende ferdigheter og nevrologiske evner, framfor det å ivareta og hjelpe å løse dem gjennom sine følelsesmessige atferdsuttrykk, noe som i verste fall kan føre til at de blir sett på som en oppgave eller et problem som ansatte skal løse. En slik tilnærming kan føre til at hjelperen fokuserer mer på sin rolle som pedagog og terapeut, framfor sin rolle som omsorgsperson, og dette kan være skadelig for barnas utvikling og ivaretagelse, dersom de umenneskeliggjøres og føler seg som et slags prosjekt som skal fikses, framfor et menneske som får den omsorgen og hjelpen de trenger. Det kan dermed være hensiktsmessig å implementere enda et element i traumebevisst omsorg hvor en husker på at barn er barn først, og ikke bare ser problemene deres og tidligere erfaringer som definerende for hvem de er (Lorentzen, 2020). Samtidig, etter min forståelse og hva jeg opplevde da jeg tok del i kompetansehevingsprogrammet, virker HandleKraft å fordre akkurat en slik tankegang og forståelsespraksis overfor ungdom, eksempelvis gjennom deres promotering av at «barn er ikke vanskelige, men de kan ha det vanskelig».

Primær intersubjektivitet er den felles kroppslige og emosjonelle oppmerksomhet og kontakt mellom omsorgsperson og spedbarn (Lorentzen, 2020). Denne typen gjensidige affektive inntonning og deling av følelser og opplevelser er svært betydningsfullt i å skape grunnlaget for en trygg tilknytning, og dette er også et element som ikke direkte inkorporeres i traumebevisst omsorgs forståelsesramme. De fleste utviklingstraumatiserte barn har ikke hatt en slik omsorg og slike muligheter i sin spedbarnsalder, og er derfor avhengig av slikt

relasjonelt samvær hvor personen toner seg inn til barnets aktiviteter og følelser, uten kunstige forsterkninger eller belønninger, for å utvikle barnets indre motivasjon og trygghetsfølelse (Lorentzen, 2020). Ifølge Lorentzen (2020) utgjør intersubjektivitet grunnlaget for barnets tilknytningsmuligheter og spiller en viktig rolle i utviklingen av hjernens funksjoner og barnets sosiale samspill, nettopp fordi barn trenger å føle seg sett og forstått, og intersubjektivitet er derfor en viktig miljøterapeutisk tilnærming i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Traumebevisst omsorg kan føre til at individualitet ved barnet blir glemt, ettersom man i så stor grad fokuserer på utviklingsmuligheter og regulering i situasjoner som kan oppstå. Selv om TBO understreker omsorg og relasjoner som viktige, kan det føre til et større fokus på utviklingsbehovene hos barnet eller ungdommen, framfor de grunnleggende relasjonelle behovene med å være i et personlig og kjærlig samvær.

Traumebevisst omsorg verdsetter det å se etter hvilken årsak som ligger bak følelsene og smerteuttrykkene, og dette kan også medføre problemer. Det å hele tiden skulle tolke en situasjon som basert på noe som ligger bak i fortiden eller tidligere erfaringer, gjør at man er utsatt for å overse at problemet muligens ligger i nettopp den nåværende situasjonen som utspiller seg. Utviklingstraumatiserte barn og unge er spesielt sårbare og sensitive overfor ulike triggere og situasjoner, men de er likevel barn på samme måte som andre barn med «normal» utvikling, og har derfor også forutsetninger for å reagere ved sinne eller tristhet basert på situasjoner som hender her og nå. Det trenger ikke nødvendigvis å være et bakenforliggende problem som er årsaken til barnets utagering. Det er derfor viktig at fagpersoner husker på å også vurdere omstendighetene slik de er i øyeblikket, istedenfor å fokusere på bare å grave i barnets fortid. Noen ganger må utviklingstraumatiserte barn også få muligheten til å være vanlige barn. I tillegg kan et så stort fokus på traumebehandling være uhensiktsmessig når barnet lider av eksempelvis ADHD eller autisme, ettersom mange av symptomene ved utviklingstraumer og ADHD er forholdsvis like og kan minne om hverandre. Man må derfor være oppmerksom på at det kan være andre grunner til at barnet reagerer som det gjør.

4.2 Alternative aktiviteter som behandling av utviklingstraumatiserte barn og unge

Det finnes studier som viser hvor effektive alternative behandlingsmetoder og aktiviteter er på barns utvikling av eksekutive funksjoner, altså barnets evne til konsentrasjon og

problemløsning, som hovedsakelig sitter i den prefrontale cortex, altså logikkhjernen (Diamond, 2012). Gjennom en studie utført med ungdomskriminelle som deltakere kom det fram at tradisjonell taekwondo som aktivitet, som er en type kampsport som fokuserer på fysisk trening, karakterutvikling og selvkontroll, forbedret og økte ungdommenes sosiale ferdigheter og selvtillit, samt reduserte ungdommenes utagerings- og angstepisoder. Dermed kan det tenkes at kampsport har potensialet til å bidra med å hjelpe utviklingstraumatiserte barn og unge til å utvikle deres funksjoner rundt selvkontroll og affektregulering til en viss grad, samtidig som det er viktig å være oppmerksom på at disse barna har mer komplekse vansker og behov. Det er også viktig å tenke konsekvensetisk i denne sammenhengen, noe som betyr at handlingens verdi blir vurdert basert på eventuelle konsekvenser (Nordby, 2013). Flere utviklingstraumatiserte barn har såpass store atferdsvansker at en slik aktivitet kan vise seg u hensiktsmessig med tanke på mulige konsekvenser. I min praksisperiode fant jeg ut at praksisplassen min hadde forbud mot å la ungdommene delta på kampsport, ettersom dette kunne føre til at ungdommene lærte teknikker og organiserte måter å utøve vold på. Det vil derfor være et dilemma rundt dette, siden det på den ene siden kan føre til at ungdommene får organiserte muligheter til å få ut aggresjon og spenning fra systemet sitt og lærer metoder for selvkontroll, noe som kan bidra til å forstørre deres toleransevindu og utvikle emosjonsregulering, men samtidig kan det eventuelt føre til at ungdommene velger å bruke det de lærer ved uheldige situasjoner.

Bath (2008) påstår at alle tilnærminger som fremmer bruken av rasjonell tankeprosess og utviklingen av evnen til å reflektere over følelser og impulser, også referert til som «mindfulness», virker å ha en rolle i å hjelpe barn med å utvikle ferdigheter i selvregulering. Det er gjennomført en studie med barn under barnevernets omsorg, hvorav flere har opplevd utviklingstraumer, der det er undersøkt hvordan «mindfulness»-basert gruppeterapi påvirket angst, depresjon og stress blant deltakerne, ved å måle disse faktorene gjennom DASS-21 (Sunthararajah, 2019). Studiens resultater viste at både følelser av angst, depresjon og stress i gjennomsnitt ble omtrentlig halvert etter gruppeterapien var gjennomført. De av deltakerne som var mest engasjert ved gjennomføring og brukte de lærte teknikkene utenfor terapien var de som viste mest endring ved slutt. Det er, derimot, viktig å presisere at DASS-21 baseres på egenrapportering fra deltakerne, noe som kan påvirke resultatene, ettersom ungdommene kan underrapportere sine opplevelser. Selv om det ikke direkte ble forsket på om «mindfulness» kan bidra til å forbedre emosjonsregulering og utviklingstraumer, er det grunnlag til å tro at det potensielt kan hjelpe barn og unge ved andre aspekter av deres følelsesliv.

Andre lignende studier har framlagt støttende resultater som viser at «mindfulness»-baserte tiltak øker aktiviteten i hjernens insula, noe som påvirker bevisstheten individet har om sine indre reaksjoner «i øyeblikket» (Sunthararajah, 2019). Det er også konkludert med at tilnærminger med «mindfulness» som base har en effekt på forbedring av symptomer på angst, depresjon og stress hos barn og ungdom, samtidig som andre studiers resultater viser en forbedring i relasjon mellom barn i fosterhjem og omsorgsperson. I tillegg har «mindfulness» vist seg å skape flere strategier ved emosjonsregulering, samt reduksjoner i atferdsvansker og unnvikelse hos adopterte barn (Sunthararajah, 2019). Dermed vil jeg påstå at «mindfulness» er en effektiv måte å stimulere og samregulere barn på, og barnevernet vil ved fordel kunne benytte seg av å implementere en slik tilnærming og forståelsesramme i institusjon og arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge.

5 AVSLUTNING

I denne bacheloroppgaven har jeg gjennom en litteraturstudie presentert og diskutert deler av barnevernets arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge, med hovedfokus i traumebevisst omsorg og deres tiltak for å øke ansattes kompetanse og ferdigheter for å ivareta disse barna på hensiktsmessige måter, basert på deres komplekse behov.

Problemstillingen var formulert slik:

Hvordan arbeider barnevernet i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge?

Gjennom undersøkelsen av denne problemstillingen fant jeg at traumebevisst omsorg er den mest brukte forståelsesrammen som anvendes i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge i barnevernet. Dette er grunnet denne tilnærmingens fokus og forståelse av de mange ulike komplekse behovene barn med utviklingstraumer har, spesielt med bakgrunn i tilknytningsteori, nevrobiologi og hjernens oppbygning, traumepsykologi og utviklingspsykologi. For å øke kompetanse og ferdigheter hos ansatte i barnevernet er det implementert to kompetansehevingsprogram som ansatte får delta i og opplæring ved. Mine funn viser til at disse programmene fører til større handlingsrepertoar og forståelse blant ansatte i institusjon. Deltakerne virker å være fornøyde med lærdommen og refleksjoner de sitter igjen med etter endt program, og kompetanseprogrammene virker effektive i arbeid med

å regulere og ivareta utviklingstraumatiserte barn, basert på statistikk som framviser en nedgang i utageringer og voldsepisoder i institusjon.

På den andre siden er det også viktig for ansatte å være bevisst på deres utøvelse av traumebevisst omsorg og hvordan de bruker dette i praksis, ettersom det, ifølge mine funn, kan føre til uheldige situasjoner. Blant annet kan et for stort fokus på traumer og tidligere erfaringer hos ungdommer og barn føre til at de voksne hjelperne ikke ser barnets behov i øyeblikket, fordi de heller er opptatt med å analysere hva som kan ligge bak. Barn er først og fremst barn, og de kan også ha behov og ønsker som barn i optimale omsorgssituasjoner har. Det er også en fare for at ansatte legger så stor vekt på å arbeide med barnets utviklingsmuligheter istedenfor det samværet og omsorgen barnet trenger i det nåværende øyeblikket. Derfor er det nødvendig at de som utøver traumebevisst omsorg og arbeider med utviklingstraumatiserte barn og unge har et kritisk blikk på sin egen praksis og hva som er best fremgangsmåte basert på kontekst og det individuelle barn.

Jeg har også kort diskutert tidligere forskning på muligheter med alternative aktiviteter ved arbeid og støtteregulering av utviklingstraumatiserte barn og unge. Her påstår mine funn at kampsport kan være en anvendelig aktivitet for å utvikle barn og unges ferdigheter innen emosjonsregulering, samt øke deres spenn innenfor toleransevinduet. Samtidig vil det å lære utviklingstraumatiserte barn kampsport kunne føre til et etisk dilemma, ettersom kampsport også potensielt kan føre til at ungdommer bruker det de lærer i uhensiktsmessige situasjoner, eksempelvis ved organisert vold eller utagering. En annen aktivitet som virker hensiktsmessig for regulering av utviklingstraumatiserte barn og unge er «mindfulness». Det er bevist at «mindfulness» kan redusere atferdsvansker og unnvikelse, følelser av depresjon, angst og stress hos barn og unge, samtidig som det kan føre til bedre relasjonsbygging mellom barn og omsorgsperson, og skape mer hensiktsmessige teknikker for emosjonsregulering. Derfor vil dette være en mulighet for barnevernet å utforske i fremtiden som en strategi for å hjelpe og ivareta barn med utviklingstraumer i sitt arbeid.

Funnene mine i denne studien indikerer at traumebevisst omsorg, samt god og hensiktsmessig kompetanse og ferdigheter hos ansatte, kan medføre en bedre hverdag for utviklingstraumatiserte barn, samt øke deres utviklingsmuligheter. Utviklingstraumatiserte barn lider av flere mangler i deres omsorg og svikt i psykologiske funksjoner, noe som kan påvirke mange aspekter ved disse barnas velvære og funksjon. Barnevernets arbeid for å ivareta og hjelpe utviklingstraumatiserte barn er basert i teoretiske perspektiver og gir derfor grunnlag for en god praksis tilpasset disse barnas komplekse behov. Til tross for at det er

teoretiske holdepunkter i traumebevisst omsorg, er det også viktig å vurdere og reflektere over barnets behov basert på det individuelle barn, og man må da potensielt endre og tilpasse sin tilnærming slik at barnet får den hjelpen de trenger. Barnevernet virker å arbeide aktivt for å forsøke å tilrettelegge sin praksis slik at utviklingstraumatiserte barn og unge blir ivaretatt og får de utviklingsmulighetene som tidligere har sviktet.

REFERANSELISTE:

- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97>
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17–21.
- Blindheim, A. (2012). *Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec19>
- Bræin, M. K., Andersen, A., & Simonsen, A. H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 55(10), s. 990-997.
- Bunkholdt, V. (2017). *Fosterhjemsarbeid : fra rekruttering til tilbakeføring* (4. utg., s. 315). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Diamond, A. (2012). Activities and Programs That Improve Children's Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science : a Journal of the American Psychological Society*, 21(5), 335–341. <https://doi.org/10.1177/0963721412453722>
- EY. (2014). *Evaluering HandleKraft*. EY Norge.
https://rvtssor.no/filer/backup/EvalueringavHandleKraft_Endeligversjon.pdf
- FO (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, T. W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Fosterhjemskontakt*, 1, 10-17. <https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lorentzen, P. (2020). Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 97(2), 146–161. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2020-02-06>

- MacLean, P., Boag, T. J., & Campbell, D. (1973). *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781487576752>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Nordby, H., Bennin, C., & Buer, B. A. (2013). *Etikk i barnevern*. Gyldendal akademisk.
- Perry, B. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children. In N. Webb (Red.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*, 27-52. The Guilford Press.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R. S., & Jahr, M.-C. (2015). *Trygghets sirkelen : en tilknytningsbasert intervensjon : om å fremme tilknytningen i tidlige foreldre-barnforhold*. Gyldendal Akademisk.
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B., & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Sunthararajah, S. (2019). The effectiveness of mindfulness-based group therapy on anxiety, depression and stress in looked after children: a preliminary exploration. *Adoption & Fostering*, 43(1), 60–74. <https://doi.org/10.1177/0308575919826878>
- Steinkopf, H., Nordanger D., Stige, B., & Milde, A. M. (2022) How do staff in residential care transform Trauma-Informed principles into practice? A qualitative study from a Norwegian child welfare context. *Nordic Social Work Research*, 12:5, 625-639. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1857821>
- Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>

