

Maria Tenold

Mentaliseringens muligheter: Potensialet i mentaliseringbaserte tilnærminger som barnevernfaglig kompetanse

Possibilities of mentalization : The potential of
mentalization-based interventions in Residential
Youth Care

Bacheloroppgave i Barnevern
Veileder: Terje Jostein Halvorsen
Mai 2024

Maria Tenold

Mentaliseringens muligheter: Potensialet i mentaliseringbaserte tilnærminger som barnevernfaglig kompetanse

Possibilities of mentalization : The potential of mentalization-based interventions in Residential Youth Care

Bacheloroppgave i Barnevern
Veileder: Terje Jostein Halvorsen
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden

Mentaliseringens muligheter:

Om potensialet i mentaliseringbaserte tilnærminger som barnevernfaglig kompetanse.

Maria Tenold

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er barneverninstitusjonenes ivaretagelse av barn og unge med psykiske vansker som følge av utviklingstraumer, og herunder barnevernets utfordring med å yte traumebevisst omsorg. I et utviklingspsykologisk perspektiv er adekvat mentaliseringsevne avhengig av trygg tilknytning, som betyr utviklingstraumatiserte barn ofte har svekket mentaliseringsevne. Det antas at redusert evne til mentalisering ligger til grunn for fleste former for psykopatologi, og dette er ideen bak mentaliseringsbasert terapi (MBT) som behandlingstilnærming til Borderline Personlighetsforstyrrelse. Behandlingsformen har og inspirert mentaliseringsbaserte miljøterapeutiske intervensjoner blant annet i form av MBT-M. Formålet med oppgaven er å undersøke hvorvidt en mentaliseringsbaserte miljøterapeutiske tilnærminger kan være nyttige i barnevernssammenheng. Dermed formuleres følgende spørsmål:

Hvordan kan mentaliseringsbasert miljøterapeutisk arbeid som omsorgs- og behandlingstiltak i barneverninstitusjoner være hensiktsmessig i arbeidet med utviklingstraumatiserte barn og unge?

Oppgavens teoridel gir en oversikt over rammeverk og teoretiske perspektiver som kan belyse problemstillingen, herunder teoretiske perspektiver på miljøterapi, tilknytningsteori, utviklingstraumer, traumebevissthet og en fenomenologisk forståelse av skam. Videre redegjøres det for mentaliseringsbegrepet, mentaliseringstradisjonens idégrunnlag og mentaliseringbaserte terapeutisk intervensjoner. Metodekapittelet redegjør for valget av narrativ litteraturstudie som metodisk tilnærming og litteratursøket. I resultatkapittelet presenteres relevant litteratur og forskning som kan belyse utfordringene i institusjonsbarnevernets arbeid med utviklingstraumatiserte barn. Resultatene brukes som utgangspunkt for en diskusjon om hvordan mentaliseringsbasert miljøterapeutisk arbeid med utviklingstraumatiserte barn kan se ut. Fokuset ligger på konkret anvendelse av mentaliseringsbaserte tilnærminger rettet mot ivaretagelse av barnets individuelle behov, motivasjonsarbeid, i håndtering av destruktiv atferd og i traumebehandling. Deretter drøftes det hvordan profesjonell mentaliseringssvikt forstås i barnevernfaglig kontekst, og til slutt argumenteres det for mentaliseringsbasert miljøterapi som en metodisk tilnærming til traumebevissthet. Med bakgrunn i diskusjonen konkluderes det med at en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming kan være et hensiktsmessig bidrag til barnevernfaglig kompetanse i arbeidet med utviklingstraumatiserte barn på barneverninstitusjon.

Possibilities of mentalization :

The potential of mentalization-based interventions in Residential Youth Care.

Maria Tenold

Abstract

The theme of this thesis is residential care-work regarding children who suffer from mental health issues caused by developmental trauma, and thus the challenge of providing trauma-wise care. There is a strong suggestion within developmental psychology, that the capability of mentalization depends on attachment in early childhood and that children who suffer from developmental trauma therefore has insufficient ability to mentalize. The assumption that impaired mentalizing skills causes mental health disorders, has inspired mentalization-based therapy (MBT) for treating Borderline personality disorder. The effectiveness of MBT has further inspired mentalization-based environmental therapy as a form of treatment of several other mental health difficulties. The purpose of the assignment is to discuss whether implementation of mentalization-based environmental therapy in residential youth care is beneficial. Thus, the thesis problem statement is :

How might the implementation of mentalization-based environmental therapy implemented in residential youth care provide therapeutic benefits in working with children and adolescents suffering from developmental trauma?

The thesis is theoretically based upon the legal obligations given in the Norwegian Law of Child Protective services and theoretical perspectives such as environmental therapy, attachment theory, developmental trauma and a phenomenological perspective of shame. Furthermore, this part includes theoretical perspectives of mentalization and mentalization-based therapeutic interventions. The results present literature and research that illuminate the challenges in residential care working with children and youth suffering from developmental trauma. These findings are discussed in terms of how mentalization-based environmental therapy may present in residential youth care, and focuses on mentalization-based interventions in meeting the individual needs of these children, regarding motivation for engaging in treatment, in handling destructive or pain-based behavior and in trauma treatment. Moving forward, the discussion focuses on the severe impairment of mentalization skills in a professional context. The thesis then posits that mentalization-based therapy can be viewed as a methodical approach to trauma-informed practice. The conclusion drawn is that implementation of mentalization-based environmental therapy could be beneficial in residential youth care, in working with children who suffer from developmental trauma.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn og valg av tema	1
1.2 Relevans for barnevernfeltet	1
1.3 Problemformulering og avgrensninger	2
1.4 Oppgavestruktur	3
2 Rammeverk, begreper og teoretiske perspektiver	4
2.1 Barnevernets mandat	4
2.1.1 Plasseringsbestemmelser	4
2.2 Miljøterapi	4
2.3 Skam som fenomen	5
2.4 Utviklingspsykologi	5
2.5 Utviklingstraumer i et utviklingspsykologisk perspektiv	6
2.5.1 Reguleringsvansker	6
2.5.2 Eksistensielle konsekvenser	7
2.6 Traumebevissthet	7
2.6.1 Reguleringsperspektivet	8
2.6.2 De tre pilarene for traumebevisst omsorg	8
2.7 Mentalisering	8
2.7.1 Begrep og idé	8
2.7.2 Betydning av mentalisering og mentaliseringssvikt	9
2.7.3 Sammenhengen med utviklingstraumer	10
2.7.4 Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og miljøterapi (MBT-M)	10
3 Metode	12
3.1 Narrativ litteraturstudie	12
3.2 Kildebruk	12
3.3 Litteratursøk	12
3.3.1 Systematiske søk	13
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Forforståelse	13
4 Presentasjon av sentrale artikler og funn	15
4.1 Prosjektet "Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner"	15
4.1.1 Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner (Kayed mfl., 2015)	15

4.1.2	Youth at risk : Childhood adversity, psychopathology, and quality of life among adolescents in residential youth care (Greger, 2017)	15
4.2	Implementing a Residential Dialectical Behavior Therapy Informed Treatment Model to Improve Adolescent Mental Health: Feasibility, Fidelity, and Acceptability (Espenes mfl., 2023)	16
4.3	Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner (Ådnes mfl., 2020)	16
4.4	Helsetilbud til barn og unge i institusjon (Sentio Research Norge AS, 2022)	16
4.5	Institusjonstilbudet i barnevernet (Menon, 2020)	17
4.6	Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt Hafstad, 2021	17
4.7	Hovedfunn	17
5	Diskusjon	19
5.1	Å skape trygghet	19
5.2	Mentaliseringsfremmende praksis	20
5.2.1	Barnets individuelle behov	21
5.2.2	Skam, selvbilde og motivasjon	21
5.2.3	Destruktiv atferd	22
5.2.4	Mentaliserende traumebehandling	23
5.3	Mentaliseringshemmende praksis	24
5.4	Mentalisering som systematisk traumebevissthet	24
5.5	Miljøterapi som høyrisikoaktivitet	25
6	Avslutning	26
6.1	Avsluttende refleksjoner	26
6.1.1	Konklusjon	26
	Referanser	27
	Bøker og artikler	27
	Artikler og rapporter	27
	Lovverk og lovtekster	28

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av tema

De siste årene har det vært et særlig fokus på barn og unge med psykiske vansker som i barneverninstitusjoner. Det har blitt pekt på at disse barna ikke får dekket sitt behov for psykisk helsehjelp, og at sviktes av spesialisthelsetjenesten. Samtidig vet vi at de disse barnas hjelpebehov, henger tett sammen med deres erfaringer med omsorgssvikt (Kvaran & Holm, 2020). Utfordringen i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og barnevernet beskrives gjerne som differanser i problemforståelser der førstnevnte mener at barna først og fremst har behov for trygge omsorgsrammer, mens barnevernet mener barna har behov for psykisk helsehjelp. Fokuset på psykisk lidelser og diagnostisering har vært viktig for å avdekke at mange av barna på barneverninstitusjon har behov for bedre tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Barnevernets mandat er imidlertid å ivareta behov hos barn og unge som følger av deres atferd og omsorg, og barneverninstitusjonene står i en særstilling i dette arbeidet. Ifølge Kirkengen og Næss (2015) er det avgjørende for å gi god hjelp, at en i tillegg til å adressere vanskene må ha fokus på det som ligger bak. Noe annet vil oppfattes som avvising, ikke hjelp, og bidra til å forsterke fortvilelsen.

En rekke rapporter har bidratt til å belyse utfordringene, og å foreslå tiltak. Oppsummert mangler flere av institusjonene de faglige verktøyene for å ivareta enkeltbarnets behov knyttet til psykiske vansker. Konsekvensen er at barn utsetter seg selv og andre for destruktiv atferd, og ulovlig bruk av tvang, og at mange barn som følge må flyttes gjentatte ganger. Gjennomgående vurderes det at barn med behov for psykisk helsehjelp ikke mottar forsvarlige omsorgs- og behandlingstilbud. I noen tilfeller har den manglende forsvarligheten i omsorgstilbudet ført til tragiske hendelser som som selvmord og drap. Flere av dem foreslår også tiltak for å bedre situasjonen, blant dem barneverninstitusjonsutvalget, som foreslår en økt tverrfaglig samarbeid og styrking av institusjonstilbudet i barnevernet. (Helsetilsynet, 2019, 2023; NOU 2023: 24, 2023) Dette synet støttes opp av blant annet Dag Nordanger (2021), som har skrevet flere bøker om utviklingstraumer, og Bræin mfl. (2017), som er tilknyttet flere kompetansehevsingsprogram i barnevernsammenheng.

Implementering av en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming til insitusjonsarbeidet i barneverninstitusjoner, kan være et slikt tiltak for å styrke institusjonstilbudet. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble utviklet for å behandle mennesker med Borderline Personlighetsforstyrrelse (BPD), og har status som evidensbasert behandling i behandling av depresjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser (Skårderud, 2019). Borderline personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av impulsive og destruktive handlingsmønster, som en tenker er knyttet til svekket evne til mentalisering, altså evnen til innsikt i eget og andres følelsesliv, som har sammenheng med svak følelsesregulering. Tanken med MBT som terapiform er at å øke pasientens evne til mentalisering i seg selv vil føre til at symptomtrykket går ned. Bakgrunnen for at mentaliseringsbaserte tilnærminger foreslås i være relevante i arbeid med utviklingstraumatiserte barn er først og fremst at utvikling av mentaliseringsevnen er avhengig av erfaringer med regulerende tilknytning og god nok omsorg i barndommen.

Som et ledd i å styrke institusjonene kreves faglig kompetanse på hvordan en møter psykisk helseproblematikk som følge av utviklingstraumer og ikke minst, hvordan en skal legge til rette for et utviklingsstøttende miljø.

TEMA

1.2 Relevans for barnevernfeltet

Barnevernpedagogens yrkesutøvelse forpliktes rettslig av Barnevernloven (2021), og er i tillegg etisk forpliktet. FOs Yrketiske Grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere gir etiske forpliktelser som er forankret i flere internasjonale konvensjoner, blant dem FN's menneskerettighetskonvensjon (FO, 2023). I konteksten denne oppgaven befinner seg i er særlig to av disse verdiene helt sentrale. Helhetssynet på mennesket forplikter barnevernfaglig arbeid til en bevissthet på at på at barnets behov er sammensatt av en rekke faktorer, og til å vektlegge en helhetlig for å møte disse. Forpliktelsen til omsorg og nestekjærlighet gir et særlig ansvar i å yte

bistand overfor dem som ikke kan ivareta egne interesser og behov, og her står ansvaret til å ivareta barnets beste i en særstilling, jf barnevernloven § 1-3. Som en del av dette forpliktet barnevernet til å sørge for at barnets behov for omsorg og stabilitet ivaretas, også i plasseringer utenfor rammene av en familie. I tillegg skal profesjonsutøveren vise omsorg og nestekjærlighet ved å identifisere og møte barnets udekkede behov. Sentralt i denne forpliktelsen står også barnevernlovens formålsparagraf §1-1, som slår fast at barnevernets arbeid skal bidra til at barnet møtes med kjærlighet. Samtidig skal all hjelp som gis, sørge for at barnets ressurser og verdier ivaretas. Som profesjonsutøver i kontekst av en barneverninstitusjon, utfordres, som vist over, etterlevelse av disse verdiene til det ytterste.

Evnen til å ivareta disse forpliktelsene er etter min mening essensen i barnevernfaglig kompetanse. Barnevernfaglig kompetanse forstås som en sammenfatning av teoretisk kunnskap såvel som yrkesspesifikk og personlig kompetanse knyttet til arbeid med sårbare barn og unge, og med særlig relevans for arbeid i barnevernet. Forøvrig skal den barnevernfaglige kompetansen bidra til forsvarlige tjenester til barnets beste. (Bufdir, 2019) Slik jeg forstår det er altså *hva* som forstås som barnevernfaglig kompetanse avhengig av konteksten. Isåfall forstås en barnevernfaglig kompetent institusjon å sikre forsvarlige tjenester og rett hjelp til barna som bor der.

Når barnevernets rettslige og etiske forpliktelser utfordres slik som beskrevet over, mener jeg behovet for en ny tilnærming synliggjøres. En slik ny kan være en mentaliseringsbasert tilnærming til miljøterapeutisk arbeid i arbeid med barn på barneverninstitusjon. Hensikten med denne oppgaven er dermed diskutere hvordan mentaliseringsbasert miljøterapi som et barnevernfaglig kompetanseområde kan bidra til å etterleve de yrkesmessige forpliktelsene nevnt ovenfor.

1.3 Problemformulering og avgrensninger

Utfordringene knyttet til barn og unge med psykiske vansker i barneverninstitusjoner er utvilsomt både presserende og krevende. Samtidig er vi som yrkesutøvere dypt forpliktet til å finne løsninger som først og fremst ivaretar det enkelte barnets behov. Det er særlig bevisstheten om det siste, som har gitt opphav til følgende problemstilling :

Hvordan kan mentaliseringsbasert miljøterapeutisk arbeid som omsorgs- og behandlingstiltak barneverninstitusjonene være hensiktsmessig i arbeidet med utviklingstraumatiserte barn og unge?

Denne oppgaven vil fokusere på ungdom i alderen 13-18 år som er plassert på barneverninstitusjon. Det er flere grunner til det. For det første utgjør denne aldersgruppen majoriteten av barn og unge i institusjoner, 90 % av den totale institusjonspopulasjonen i 2021 (Drange & Hernæs, 2020). Dette skyldes i stor grad at institusjonsplasseringer, fra lovgivers side, ikke er ønskelig for yngre barn, og skal unngås med mindre særskilte grunner taler for. I de tilfellene barn som er 12 år eller yngre plasseres i institusjon, skal disse være særlig tilrettelagt for det. (Prop. 133 L (2020–2021), 2022) Når en snakker om plassering i omsorgs-, akutt- eller behandlinginstitusjoner er det dermed underforstått at disse har ungdom som definert målgruppe, med mindre annet er spesifisert. Likevel brukes barn og ungdom vekselvis gjennom oppgaven. Bakgrunnen er å synliggjøre og minne om at de rettslige forpliktelsene som settes opp i lovverket, også gjelder denne gruppen.

Opgaven vil ikke ta videre stilling til ulike institusjonstyper eller plasseringshjemmel. Bakgrunnen er at psykiske vansker som vi har sett går på tvers av den målgruppedifferensieringen som i dag skiller omsorgsinstitusjonene fra behandlinginstitusjonene. Det har blitt påpekt at en må forutsette at barna som har behov for institusjonsplasseringen uavhengig av hjemmelen de plasseres etter har omfattende omsorgs- og behandlingsbehov (Presteng mfl., 2015). Forøvrig oppfattes det noe tilfeldig hvilken hjemmel som tas i bruk, og utfordringene synes å være like store på omsorgs- og behandlinginstitusjonene (Menon, 2020). En vil dermed kunne forvente at både atferds- og omsorgsinstitusjoner huser barn som på grunn av sine vansker kan ha nytte av mentaliseringsbasert terapi. En annen grunn er at det kunnskapsgrunnlaget, særlig på ungdom som plasseres på omsorgsinstitusjon er forholdvis lite (Bergsund mfl., 2024). Etter en samlet vurdering framstår

det altså mest hensiktsmessig å diskutere implementering av mentaliseringsbaserte tilnærminger løstrevet fra dagens målgruppe- og institusjonsdifferensiering.

1.4 Oppgavestruktur

Denne oppgaven er består av seks kapitler. I dette kapitlet presenteres bakgrunnen for valget av tema og problemformulering. Kapittel 2 presenterer rettslig rammeverk og relevante teoretiske perspektiver, herunder tilknytningsteori, en utviklingspsykologisk forståelse av utviklingstraumer, miljøterapeutiske perspektiver og traumebevissthet. I tillegg presenteres rammeverk og teoretisk bakgrunn for mentaliseringsbaserte tilnærminger. I kapittel 3 redegjøres det for de metodiske valgene som preger opphøven, herunder narrativ litteraturstudie og tilnærmingen til litteratursøk og valg av litteratur. Avslutningsvis drøftes styrker og svakheter ved valg oppgavens av metode og litteratur. I kapittel 4 presenteres først de artiklene som ble valgt ut i datainnsamlingsprosessen, før den oppsummerer de hovedpunktene som diskusjonen videre har som utgangspunkt. Kapittel 5 diskuterer hvilket potensiale som ligger i en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Diskusjonen tar utgangspunkt i resultatene fra kapittel ??, og har til hensikt å vise hvordan mentaliserbaserte tilnærminger kan være hensiktsmessige i møte med konkrete utfordringer som preger institusjonsarbeidet med utviklingstraumatiserte barn og unge. Deretter diskuterer oppgaven hvordan mentaliseringsbasert praksis kan forstås som en systematisert traumebevisst tilnærming, med utgangspunkt i Traumebevisst Omsorg (TBO) og reguleringsperspektivet. I det siste kapitlet gis en oppsummering av diskusjonen, og konkluderer med hvorvidt en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming kan være hensiktsmessig i arbeid med utviklingstraumatiserte barn i barneverninstitusjoner.

2 Rammeverk, begreper og teoretiske perspektiver

2.1 Barnevernets mandat

Lov om barnevern (bvl.) regulerer barnevernets mandat. Lovens formål er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, jf. bvl § 1-1. Barnevernets ansvarsområder knyttes til formålsbestemmelsen (§1-1), lovens virkeområde (§ 1-2), så vel som vilkår for tiltak etter samme lov. I lovens forarbeider gjøres det klart at barnevernets ansvarsområde gjelder behov som har bakgrunn i barnets omsorgssituasjon eller atferd, og at tiltak etter barnevernloven må ha som mål å avhjelpe disse behovene (Prop. 133 L (2020–2021), 2022).

2.1.1 Plasseringsbestemmelser

Barnevernloven skiller på tre plasseringstyper med ulike hjemler, herunder omsorgstiltak (§§ 3-2 og 5-1), atferdstiltak (§§6-1 og 6-2) og akutttiltak (§§ 4-1, 4-2 og 4-4). Omsorgstiltakene omfatter plassering i institusjon som frivillig hjelpetiltak, så vel som plassering i institusjon som følge av omsorgsovertakelse, jf. bvl §§ 3-2 og 5-1 og i bvl. Plassering på bakgrunn av atferd innebærer at barn, enten frivillig eller ved bruk av tvang, kan plasseres i institusjon på bakgrunn av atferdsproblematikk. Dette forutsetter at barnet 1) har begått alvorlige eller gjentatte lovbrudd, 2) ved vedvarende problematisk bruk av rusmidler eller 3) ved annen utpreget normløs atferd. jf. 6-2. Akutte tiltak er hjemlet i Barnevernloven (2021) Kapittel 4, der plassering etter § 4-1 gjelder barn som er uten omsorg og § 4-2 omhandler akuttvedtak om omsorgsovertakelse. Barnevernloven (2021) § 4-4 hjemler akutte plasseringer etter vilkårene for atferdstiltak (bvl § 6-2), men stiller i tillegg krav om at barnet blir vesentlig skadelidende dersom tiltaket ikke settes i verk umiddelbart.

2.2 Miljøterapi

Miljøterapi-begrepet er todelt. Miljøbegrepet henviser til organiseringen og tilretteleggingen, mens terapibegrepet handler om forandring og utvikling. I Miljøterapi i barnevernfaglig sammenheng handler altså om arbeidet med å organisere miljøet på en slik måte at barn og unge kan arbeide med sin egen forandring og utvikling. I en slik forståelse av miljøterapi-begrepet begrenses det til å gjelde insitusjonsarbeid, som er den primære arenaet der miljøet kan utnyttes terapeutisk over tid. Miljøterapiens primære oppgave forstås som å skape muligheter slik at forandring og utvikling blir mulig. Her finner Larsen (2005) det hensiktsmessig å skille på utvikling og forandring, der utvikling forstås som konstruktive prosesser som muliggjør god nok sosialisering, mens forandring beskriver arbeidet med negative og uhensiktsmessige prosesser som må omskapes til utviklingsprosesser. Å løse denne oppgaven er avhengig av et tydelig og reflektert fagsyn, altså en faglig forståelse for hva som muliggjør forandring og utvikling. Hvis fagsynet er utydelig risikerer en at miljøterapien kun arbeider etter sin politiske oppgave, eller mandat, og kun gir et institusjonstilbud. Implikasjonen er at det metodiske innholdet i miljøterapien, altså organiseringen og det relasjonelle innholdet, avhenger av den faglige forankringen. Larsen (2005) forstås behandlingsbegrepet i miljøterapeutisk sammenheng som lite meningsfullt, mens det hos Kvaran og Holm (2020) brukes for å skape forståelse av behovene hos barna som har nytte av institusjonsopphold, altså sammensatte omsorgs- og behandlingsbehov. Ifølge Larsen (2005) kan de voksne romme smerten, eller hjelpe til å bearbeide den, men han stiller seg kritisk til at et menneske kan behandles, i den forstand at en noen andre kan arbeide med deres utvikling. Kvaran og Holm (2020) på sin side legger større vekt på miljøterapeutens faglige rolle i den Larsen (2005) kaller forandringsprosessen. Førstnevnte mener at miljøterapien må forankres i utviklingspsykologi og psykodynamisk teori, med mål om at arbeidet skal endre barnets indre psykiske strukturer, for igjen å skape endringer i atferd og væremåte. Om en kaller det forandring eller behandling er det underforstått at dette er en prosess som gjør barnet avhengig av voksne med faglig kompetanse om hva som skal til for å skape endring, og som evner å skape terapeutiske omgivelser hvor barnet kan arbeide med det. (Kvaran & Holm, 2020; Larsen, 2005)

Hvem er så barna som trenger et institusjonstilbud? Larsen hevder at det ikke er noen grunn til å plassere barnet i institusjon dersom det utelukkende har behov for god nok omsorg. Ifølge Larsen (2005) er institusjonstilbudet er tenkt å være et godt tilbud til dårlig integrerte eller jeg-svake barn. Han benytter også begrepene relasjons- eller samspillsfortyrrelser om det samme. Kvaran og Holm (2020) sin forståelse har som utgangspunkt at barn og unge som plasseres i institusjon har behov for behandling og terapi i tillegg til tradisjonell omsorg. Kvaran og Holm (2020) og Larsen (2005) deler en forståelse for at de barna som trenger institusjonelle rammer er barn som har relasjonelle erfaringer som har skadet deres evne til å forholde seg til seg selv og / eller andre. Kvaran og Holm (2020) forstår det slik at disse barna er relasjonsskadede og i en eller annen form har opplevd omsorgsvikt eller midhandling.

Miljøterapien har i høyeste grad også en relasjonell komponent.

Skårderud og Sommerfeldt (2014) beskriver miljøterapeutens arbeidsmetode som *møtet*. ”

Miljøterapiens oppgave blir dermed å organisere institusjonen slik at miljøet imøtekommer barnets individuelle behov og tilbyr et utviklingsrom. For å få til dette hevder de at miljøterapien må baseres på tre grunnleggende forståelser eller forutsetninger for arbeidet med relasjonsskadede barn og unge: For det første må miljøterapien ta utgangspunkt i historien til det enkelte barn og dets familie. For det andre må det tas hensyn til barnets opplevelse av seg selv, egen familie og sin egen livssituasjon. For det tredje må miljøterapiens teori og metoder tilpasses hvert enkelt barn. (Kvaran & Holm, 2020) Det som primært skiller forfatterens modell og forståelse av miljøterapi fra tidligere litteratur, er at den forankres teoretisk i psykodynamikk så vel som utviklingspsykologi. I den kontekst er begrepet Skårderud (2019) velger å bruke: relasjonsterapi relevant.

Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) er en teorivak miljøterapi farlig

2.3 Skam som fenomen

Farstad (2017) legger til grunn en fenomenologisk forståelse av skam, og forstår begrepet både som en følelse og en affekt. Hun skiller opplevelsen av skam fra opplevelsen av skyld, der skyldfølelsen retter seg mot handling, det du har gjort mens skamfølelsen retter seg selv, altså mot den du er. Slik vil også graden av psykisk smerte som følger med skam erfares sterkere og forfatteren knytter dette til selvets plass i skyld- og skamfølelsen, der en i skyldfølelsen kan bevare et inntakt selv, mens skamfølelsen skiller selvet i en observert og en observerende del og forstås derfor som en selvbevisst følelse: Skamfølelsen forholder seg til den kritiske andre, selvet evaluerer selvet gjennom et kritisk blikk her og nå eller blikk transportert fra fortiden.- og skamfølelse erfares ulikt følelsene utarte seg forskjellig.” (Farstad, 2017, s. 27) Sentralt i kontekst av utviklingstraumer og traumerelaterte lidelser er det forfatteren kaller destruktiv skam. En form for slik destruktiv skam er ´ utviklingsskam, som oppstår i barnets tidlige tilknytning, og skyldes mangelfull affektiv og relasjonell tilknytning, manglende affektiv regulering, mangler i læringsevne og sosial mestring og mangler i barnets mulighet til å integrere egne erfaringer og språk. Den traumatiske skammen oppstår når barnet opplever traumatiske erfaringer i et miljø der det ikke kan gi mening til erfaringene sine. Forfatteren trekker klare linjer mellom ACE-studien og destruktiv skam, både med utgangspunkt i belastende handlinger og belastende unnlater. (Farstad, 2017)

2.4 Utviklingspsykologi

Utviklingspsykologiske tilnærminger er opptatt av barnets individuelle utvikling, som utvikling mot personlighetsmessig integrasjon, større autonomi og mot mer hensiktsmessige mestringsstrategier.

I Sterns teorier er barnets selvopplevele det organiserende prinsippet for utvikling, og avhenger av hvordan barnet opplever de voksne og hvordan miljøet opplever barnet. Det vil si at barnets forståelse av seg selv, så vel som selvfølelse og selvbylde utvikles i relasjoner med andre.

Tilknytningsteori handler om hvordan barnets tidlige tilknytning danner grunnlaget for dens senere utvikling. Idégrunnlaget for tilknytningsteorien ble lagt av John Bowlby som beskrev hvordan

mennesker har et biologisk og grunnleggende behov for tilknytning til andre mennesker for å sørge for egen overlevelse.

Farstad (2017) sammenfatter ganske enkelt utviklingspsykologiske teorier knyttet til Stern, Bowlby, Schore og Kohut, og konkluderer med at barnets utvikling av et sunt selv forutsetter en godt stemt og adekvat respons fra omsorgsgiverne i møte med dets emosjonelle behov.

2.5 Utviklingstraumer i et utviklingspsykologisk perspektiv

Traumer kan forstås som ettervirkninger av en eller flere hendelser eller omstendigheter som av individet oppleves som fysisk eller emosjonelt skadelig eller livstruende, og som har varig virkning på individets emosjonelle, sosiale, fysiske og sosiale fungering så vel som den opplevde livskvaliteten. (SAMHSA, 2014, s. 7) I fenomenologisk forstand forstås opplevelsen av et traumat som en hendelse som individet ikke evner å mestre eller tilpasse seg, eller som ikke kan integreres i psyken. Ofte skilles det på belastningen av én traumatisk hendelse (Type 1) og belastningene som følger av gjentatt traumatisering over tid (Type 2). Det synes å være bred enighet om at sistnevnte medfører mer alvorlige konsekvenser for den utsatte. (Bath & Sieta, 2018; Farstad, 2017; Skårderud & Sommerfeldt, 2014)

Komplekse traumer forstås Van der Kolk forstås som gjentatte eksponering for multiple og vedvarende belastende og traumatiserende erfaringer, ofte knyttet til relasjonelle forhold som finner sted i barnets omsorgssituasjon. Relasjonelle traumer forstås som traumer som oppstår i mellommenneskelige relasjoner. Konsekvensene avhenger av faktorer som typen hendelse, relasjon mellom offeret og den andre, tidligere traumehistorie, alder og resiliens, og om traume det er snakk om enkeltstående eller gjentakende belastninger (Farstad, 2017). Imidlertid understrekes det at det er snakk om omfattende følger knyttet til ”helse (mentalt, psykisk og fysisk, knyttet til nevrobiologisk baserte stressreaksjoner), til relasjonalt (affektforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, selvstrukturer, atferdsforstyrrelser, seksualitet) og annen fungering (kognitive utslag, fjernhet/distanse til livet, andre og seg selv, dissosierte tilstander, hukommelsesvansker)” (Farstad, 2017, s. 116) For Skårderud og Sommerfeldt (2014) forstås tilknytningstraumer som relasjonelle traumer der skaden påføres barnet i dets tidlige tilknytning og av nære omsorgspersoner. Utviklingstraumer forstås som et dobbelt belastningsforhold, der barnet har vært utsatt for traumatiske opplevelser i en sammenheng der også omsorgen er sviktene. (Nordanger & Braarud, 2017) Utviklingstraumer vil i de fleste tilfeller innebære relasjons- eller tilknytningstraumer. (Farstad, 2017; Nordanger & Braarud, 2017; Skårderud & Sommerfeldt, 2014)

2.5.1 Reguleringsvansker

Ifølge Bath og Sieta (2018) er reguleringsvansker et gjennomgående problemområde for barn som er utsatt for kompleks traumatisering i oppveksten. Han hevder at selv om andre følgetilstander kan være utfordrende, er reguleringsvansker alltid til stede og utgjør som oftest kjerneproblematikken hos den som er utsatt. Ifølge Nordanger og Braarud (2017) skyldes vansker med selv- og affektregulering hos utviklingstraumatiserte barn til nevrologisk skjevutvikling. Slike skjevutviklinger følger av utilstrekkelig stimuli og oppmerksomhet fra nære omsorgspersoner, og fører med seg en rekke konsekvenser knyttet til kognitiv og emosjonell fungering.

En konsekvens av utviklingstraumer kan forklares med utgangspunkt i toleransevindumodellen. Ifølge Nordanger og Braarud (2014) er denne modellen hensiktsmessig for å forstå hvordan aktiveringsnivå og reguleringsbehov avhenger av hverandre. Individets toleransevindu forstås som et gitt område for optimalt aktiveringsnivå, i et spekter mellom hypo- og hyperaktivering. Når individet befinner seg innenfor toleransevinduet medfører dette er optimalt oppmerksomhetsnivå rette mot sine omgivelser, men også en optimal læringstilstand. I en tilknytningsteoretisk perspektiv vil toleransevinduet spennvidde og fleksibilitet avhenge av individets erfaringer fra tidlig samspill med sine primære omsorgspersoner. Utviklingstraumatiserte barn vil dermed ha et smalt toleransevindu på grunn av et reguleringsvansker og tidlige traumatiske erfaringer. Et smalt toleransevindu fører til vanskeligheter med å regulere seg til et optimalt aktiveringsnivå og vil ofte gi utslag i atferd preget av følelsesmessige ytterligheter. Det vil si at barnet ofte veksler mellom hypoaktivering i

form av passivitet og nummenhet og hyperaktivering av fryktsystemet (Nordanger & Braarud, 2017; Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Normalutvikling av hjernen, som en del av barnets fysiologiske og psykologiske vekst avhenger av omsorgsgiverens støtte til regulering av fysiologiske behov, og regulering emosjoner og atferd. En forutsetning for en normalt utviklet evne til selvregulering er erfaringer med regulerende samspill mellom barnet og omsorgspersonene. Det betyr at barnet opplever den voksne som tilstrekkelig støttende og omsorgsfull, og opplever sensitiv respons på sine behov. Evnen til emosjonsregulering er en del av selvreguleringen. Svak emosjonsregulering vil gi barnet utfordringer med å håndtere sine emosjoner som igjen henger sammen med flere psykiske lidelser, som depresjon angst og traumereaksjoner. Eksempelvis forklarer Kvello (2010) sammenhengen mellom svak emosjonsregulering og depresjon med at personen vil ha vansker med å mestre følelsene sine gjennom å bearbeide dem eller å skyve dem bort men i stedet overveldes av tristhet. Nordanger og Braarud (2017) påpeker imidlertid at hjernen er plastisk, og at utviklingen avhenger av bruken. Det vil si at avvik fra normalutvikling i form av underutviklede funksjoner eller områder av hjernen som følge av for eksempel omsorgssvikt kan kompenseres for. (Kvello, 2010; Nordanger & Braarud, 2017)

2.5.2 Eksistensielle konsekvenser

Ifølge Farstad (2017) er de eksistensielle konsekvenser av utviklingstraumatisering like alvorlige og omfattende som de nevrologiske.

Indielrtid er Farstad (2017), med referanser til Herman(2001) vel så oppatt av de *eksistensielle konsekvensene* av kompleks traumatisering, særlig på to områder. Dehumanisering Hun hevder at at dehumanisering som er en uungåelig del av alle former for overgrep, gjør at traumene skaper en fremmedgjøring til selvet, i relasjoner og til verden, og dermed også til opplevelsen av eksistensiell mening. I tillegg vil en kunne se en form for tilintetgjørelse gjennom ulike

Et av disse er å skape en selvoppfatning som gir mening i det meningsløse : ”For at et barn skal holde ut psykisk [slike] gjentatte traumer, skapes en indre modell som sier *at det er barnet selv som er ondt, og at det er de andre som er gode*” (Farstad, 2017, s.278)(s. 278) Herman kaller denne forestillingen barnets *inner sense of badness*, forklarer at en slik selvoppfatning over tid blir en integrert del av barnets grunnleggende selvoppfatning, som hele dets identitet bygges rundt. (122 - 105).

”Herman sier at overlevende utvikler *ekstraordinære kapasiteter* - både kreative og destruktive. Erfaringene skaper en nødvendig utvikling av unormale bevissthetstilstander, der de normale relasjonene mellom kropp og sinn , realitet og forestilling, viten og minner ikke lenger holde stand, og kan skape mange og ulike symptomer. Symptomer som på en og samme til skjuler og åpenbarer røttene: ”[...] they speak in distinguished language of secrets that are too terrible for words” (herman s. 96)

Farstad (2017) beskriver at i møte med traumatiske opplevelser som utfordrer den menneskelige tålevnen, vil alle barn ubevisst, i et behov for å kjenne seg elsket og trygg, utvikle et bilde av seg selv som ”ond og skyldig” i sin lidelse - heller enn å plassere skylden på omsorgspersonene. (s. 120)

2.6 Traumebevissthet

Nordanger og Braarud (2017) forstår traumebevissthet som en integrasjon av utviklingspsykologi og traumepsykologi, og bygger på et traumebegrep som er utvidet. SAMHSA (2014) knytter begrepet til en erkjennelse av hvordan traumer påvirker individet, og en forståelse av hvordan det kan behandles. I tillegg innebærer en traumebevisst tilnærming evnen til å gjenkjenne symptomer på traumatisering og å respondere på en måte som ikke utsetter den andre for retraumatisering. Videre presenteres to forståelsesrammer for hvordan traumebevissthet i møte med utviklingstraumatiserte barn kan se ut. Disse to er Nordanger og Braarud (2017) sitt reguleringsperspektivet og Bath og Sietta (2018) sine modell for traumebevisst omsorg (TBO).

2.6.1 Reguleringsperspektivet

Et reguleringsperspektiv på utviklingstraumer bygger på en forståelse av de nevrobiologiske konsekvensene av utviklingstraumer, altså hvordan hjernens utvikling påvirkes av tidlige traumeerfaringer. Tanken er at de funksjonene eller områdene av hjernen som har blitt påvirket av utviklingstraumer, kan videreutvikles dersom omsorgssystemet legger til rette for å støtte opp om sanseintegrerende og regulerende erfaringer. I dette perspektivet ligger altså ikke nøkkelen til behandling av utviklingstraumer i én behandlingsform eller metode, men i kunnskapen om hvordan regulerende omsorg kan integreres bredt i barnets omsorgssystem. Det understrekes at relasjonsarbeidet som ligger til grunn for å tilby regulerende erfaringer i møte med utfordrende atferd først og fremst utfordrer omsorgsgiverens menneskelige kapasitet, heller enn dens faglige kompetanse. Det paradoksale er, slik Nordanger og Braarud (2017) forstår det, at det er nettopp i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge, hvis atferdsuttrykk oppleves som krevende, at evnen til å tilby et regulerende samspill utfordres på det menneskelige plan. Det er imidlertid nettopp her at bidraget fra traumepsykologien får sin verdi, ved å gi kunnskap om atferdens funksjonalitet. For det første tilbyr traumeforståelse en forklaring som kan styrke omsorgsgiverens empatiske tilnærming i møte med utfordrende atferd. For det andre innehar traumeforståelsen et pedagogisk element, der omsorgspersonen settes i stand til å forklare barnet sammenhengen mellom erfaringer og atferd, som dermed kan få minsket sin opplevelsen av selvforakt. Det understrekes fra forfatterens side at reguleringsperspektivet på ingen måte må betraktes som den eneste hensiktsmessige forståelsen i arbeid med utsatte barn og unge, men hevder den gir et verdifullt bidrar til at utsatte barn og unge kan møtes på en utviklingsfremmende måte. (Nordanger & Braarud, 2017)

2.6.2 De tre pilarene for traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg knyttes i sin opprinnelige form til Howard Baths begrep trauma wise care (Bath, 2015), som han har endret navn til transforming care. Traumebevisst omsorg er en forståelsesmodell som understreker viktigheten av å skape utviklingsrom for barn som har blitt utsatt for utviklingstraumer. Bakgrunnen er at disse barna, i tillegg til normale omsorgsbehov, har traumespesifikke behov med bakgrunn i tidligere erfaringer. Modellen tar utgangspunkt i at mennesker som arbeider direkte med traumatiserte barn og unge, som ikke har en formell terapeutisk rolle, kan ta i bruk terapeutiske virkemidler i møte med disse barnas atferdsuttrykk. Det vises til at barnets smerteuttrykk gjerne utløser frustrasjon hos omsorgsgiveren, og at det kreves bevissthet, kunnskap og ferdigheter å respondere på et vis som ikke retraumatiserer barnet. Oppsummert viser forfatterne til tre innbyrdes relaterte faktorer, såkalte pilarer, som må være tilstede for å skape et helende miljø for disse barna, altså for å gi traumebevisst omsorg : trygghet, relasjoner og følelsesregulering. Rammeverket som TBO tilbyr har som mål å gi omsorgspersonene verktøy for legge til rette for et utviklingsstøttende miljø som kan støtte opp under, men ikke erstatte, terapeutiske intervensjoner. (Anglin, 1993; Bath & Sieta, 2018)

2.7 Mentalisering

2.7.1 Begrep og idé

Skårderud og Sommerfeldt (2014) forstår evnen til mentalisering som evnen til å forstå sitt eget og andres sinn (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.20) Således er god mentaliseringsevne knyttet opp mot følelsesregulering. Mentaliseringstradisjonen forstås som en integrasjon av utviklingspsykologi ... De forstår begreper som evnen til å tolke egner og andres atferd som meningsfulle ytringer, og som et språk for behov, ønsker, følelser og fornuft. Mentaliseringsbegrepet er abstrakt, og det er vanskelig å definere et entydig innhold. Begreper som selvrefleksjon og refleksjon, empati, emosjonell intelligens og innsikt dekker alle deler av innholdet i mentaliseringsbegrepet, men sistnevnte skiller seg fra dem ved at det både innehar en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Skårderud og Sommerfeldt (2014) skiller på implisitt og eksplisitt mentalisering. Implisitt mentalisering handler om hvordan vi oppfatter oss selv og andre, og tilpasser oss gjennom kroppsspråk, ansiktsuttrykk, tonefall og verbalt innhold. Eksplisitt mentalisering handler om at det etable-

res et språk for implisitt mentalisering for å øve opp evnen til å fortolke seg selv og andre mer presist. Det er aktiv eksplisitt mentalisering som ligger til grunn for Mentaliseringsbasert terapi (MBT) som behandlingsform. Mentalisering som metodisk tilnærming til miljøterapi er teoretisk forankret i utviklings- tilknytnings- og nevropsykologi og teorier om psykopatologi, så vel som miljøterapeutiske metoder og prinsipper. I tillegg har tilnærmingen et traumebevisst perspektiv, der mentaliseringsevnen formes av barnets tilknytning og dermed påvirker når barnet utsettes for utviklingstraumer. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014)

2.7.2 Betydning av mentalisering og mentaliseringssvikt

Evnen til mentalisering er sentralt i individets fungering på en rekke områder. For det første er mentalisering avgjørende for sosial læring og sosial kompetanse, og muliggjør dermed tilknytning og mellommenneskelige relasjoner. I tillegg knyttes mentaliseringsevnen til identitet, til selvbevissthet og til det Skårderud og Sommerfeldt (2014) forstår som å være aktør i eget liv. Det vil si en opplevelse av å ha eierskap til, og å være ansvarlig for, egne handlinger og valg. Mentalisering har og sammenheng med følelsesregulering, fordi det knyttes til opplevelsen av å innsikt i eget følelsesliv, eller evnen til å føle klarere. I tillegg ligger god mentalisering, som nevnt, til grunn for å etablere tilknytning, som er avgjørende for evnen til å regulere seg selv. Dermed vil individet tåle motgang eller traumeopplevelser uten å falle hen til fryktreaksjoner eller destruktive mestringsstrategier. Videre beskriver forfatterne god mentalisering som evnen til å føle klarere, altså en form for følelsesmessig kunnskap. I motsatt fall, henger hemmede mentaliseringsevner sammen med svekket evne til selvregulering. Dermed forstår Skårderud og Sommerfeldt (2014) de fleste former for psykopatologi som uttrykk for sviktende mentalisering. Et eksempel som er relevant i lys av skam (??) er at mentaliseringsevnen lar en håndtere krenkelse uten at skamfølelsen og videre selvdestruktiviteten blir overveldende. Mentalisering virker også inn på hvordan mennesker opplever traumer, der svekket mentalisering forringer evnen til å bearbeide krenkelsen slik at minnene stadig gjenoppleses. En annen nærliggende konsekvens av svak mentalisering i den sammenheng, er at behovet for å holde det vonde på avstand fører til destruktive mestringsstrategier som selvskading, rus eller spiseforstyrrelser. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014)

Videre skiller de på *tre* former for mentaliseringssvikt, som knytter seg til utviklingsstadier og dermed hvordan barnet integrer sin erfaringer og omgivelser. Det vil si at det som hos ungdom og voksne forstås som umodenhet og svikt i mentalisering, er normalt hos et barn. Den første av disse er *psykisk ekvivalens*, der opplevelsen av det indre og ytre oppleves som like, også forstått som er brist på evnen til symbolisering. Opplevelsen av at noe er *som om* blir til en opplevelse av at noe *er*. Et konkret eksempel, som ble nevnt tidligere, er gjenopplevelsen av traumatiske minner, der minnet erfares som fysisk virkelighet. Den andre er *forestillingsmodus*, som referer til en barnlig måte å erfare sine omgivelser på der indre og ytre realiteter er frakoblet. Hos den voksne, betyr det at indre og ytre tilstander ikke henger sammen. Et eksempel er at det en de følelsene en uttrykker med ord og de underliggende følelsene og ikke henger sammen, fordi sistnevnte ikke er tilgjengelige til å erfare, eller at en mangler bevissthet om kroppslige fornemmelser. Forfatterne forklarer at der psykisk ekvivalens er *for virkelig*, representerer forestillingsmodus det motsatte - for uvirkelig. Den siste, *teleologi*, handler om at opplevelse av realitet kun er forankret i de fysiske omgivelsene, altså en manglende evne til å erfare uten at det kommer fysisk til uttrykk. Begrepet forklarer klinisk det psykologiske bakteppet for å forstå og håndtere at følelser uttrykkes gjennom atferd og at kroppen blir språket gjennom selvskade, rus, spiseforstyrrelser eller utagering. Teleologi kan imidlertid også komme til uttrykk i mellommenneskelige relasjoner, der verbale uttrykk ikke anerkjennes med mindre de etterfølges av bekreftende handlinger. Førmentaliserende former er uttrykk som for barnet, som ikke har evnen til å mentalisere, er normale men som hos ungdom og voksne betegnes som svikt i mentalisering. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, fonagy)

Skårderud og Sommerfeldt (2014) videreutvikler de tre førmentaliserende formene til *fire* former for mentaliseringssvikt: *kontekstuell svikt*, *konkret forståelse*, *pseudomentalisering* og *misbruk av mentalisering*. *Kontekstuell svikt* er det som erfares når emosjonelle reaksjoner tar over for rasjonaliteten, altså tanker, handlinger eller reaksjoner i affekt. Alvorlige kontekstuell svikt kan ta form som utagering eller selvskading mens mindre alvorlige eksempler er overveldelse av følelser eller konsentrasjonsvansker. *Konkret forståelse* er et uttrykk for psykisk ekvivalens og forstås som

manglende evne til å forstå indre tilstander. Konkrete forståelse kjennetegnes mest av mangel på fleksibilitet i tankemønstrene, altså manglende evne til å nyansere egne eller andres oppfatninger og handlinger. For mennesket som preges av dyp skamfølelse, kan det komme til uttrykk i at oppfatningen av seg selv som ond, feil eller skyldig er dypt forankret i identiteten. På den annen side kan konkret forståelse ramme mellommenneskelige relasjoner, for eksempel der andres handlinger eller atferd ukritisk tilskrives en diagnose eller grove personlighetskarakteristikker. *Pseudomentalisering* knyttes til forestillingsmodus, og handler altså om manglende sammenheng mellom det indre og det ytre, og skilles gjerne i tre. Invaderende pseudomentalisering handler om å være overbevist om at en har innsikt i andres følelser eller erfaringer som ikke har rot i virkeligheten. Overaktiv pseudomentalisering forstås som en overfølsomhet for andres tanker og oppfatninger, gjerne om seg selv, der en projiserer sitt eget negative selvbylde over på andre og dermed forsterker sine egne negative selvoppfatninger. Forfatterne forklarer de to første som unøyaktig mentalisering, mens den siste formen viser til en ren misforståelse av andres hensikter. *Misbruk av mentalisering* handler om at en i realiteten har en velutviklet evne til mentalisering, men at denne brukes til å såre eller skade andre. Om empati forstås som en del av mentalisering, vil mangelen på sådan kunne føre til misbruk av mentalisering. Disse formene for mentaliseringssvikt kan oppstå samtidig, og de kan være mer eller mindre avhengige av kontekst og relasjonell tilknytning.

2.7.3 Sammenhengen med utviklingstraumer

personer som ikke bare har dårlig kontakt med følelsene sine, men attpåtil en frykt for disse *følelsesfobi*

Skårderud og Sommerfeldt (2014) beskriver det paradoksale: ”Ens historie bidrar til å hente den atferden som bidrar til at man kan bli friere fra den” (s.244)

2.7.4 Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og miljøterapi (MBT-M)

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble utviklet som en behandlingsform som opprinnelig ble utviklet for mennesker med Borderline Personlighetsforstyrrelse (BPD). Grunntanken er at de impulsive og selvdestruktive uttrykkene som er en del av lidelsesbildet i seg selv er et resultat av svak mentaliseringsevne. Behandlingen baserer seg dermed på en tanke om at å fremme mentalisering i seg selv vil kunne bidra til symptomreduksjon. Denne har siden blitt videreutviklet til behandling av en rekke andre lidelsestyper. Skårderud og Sommerfeldt (2014) refererer til Allen & Fonnagy som hevder at mentalisering forstås å være en fellesfaktor i all virksom terapi (Allen & Fonnagy (2009), sitert i Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Mentaliseringsbasert terapi bidrar altså ikke med noe nytt, annet enn å operasjonalisere mentaliseringsfremmende holdninger, handlinger og språk. Det sentrale er at den implisitte mentaliseringsevnen øves opp gjennom at mentalisering i relasjon og dialog fremmes eksplisitt. MBT systematiserer således et fokus på å fremme refleksjon, gjenetablere mentalisering der den svikter og å opprettholde den der den er til stede. Mentaliseringstradisjonen har opprinnelse innenfor relasjonell psykodynamisk tradisjon, det er en grunnleggende tanke at mentaliseringsfremmende arbeid er mest effektivt i relasjoner av lenger tids varighet. Det er også derfor MBT foreslås å være nyttig i en miljøterapeutisk kontekst, hvor en har anledning til å etablere trygge relasjoner som muliggjør reflekterende samspill og atferdsendring. I behandlingsøyemed dreier terapeutens oppgaver seg om å vurdere mentaliseringsevnen og å inngå i et samspill der han er være bevisst egne og den andres indre tilstander og adressere disse gjennom ulike situasjoner og faser av behandlingen. Det dreier altså ikke om å gi den andre innsikt eller å endre atferd, men bygger på en tanke om at økt mentalisering vil bidra til dette. Med utgangspunkt i dette har behandlingen to overordnede mål: å etablere et trygt miljø og å stimulere til en mentaliserende prosess. For å få til dette er det utviklet et sett grunnleggende prinsipper for strukturer, holdninger og handlinger. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014)

Det foreligger syv grunnleggende prinsipper som sier noe om kompetanseområdene en MBT-terapeut bør inneha. Dette er en av flere måter å operasjonalisere innholdet i MBT, og er hentet fra Anthony Bateman sin kvalitetsmanual. En ikke vitende og nysgjerrig grunnholdning innebærer at terapeuten er genuin og autentisk og kan inneha en ikke-vitende og utforskende holdning til

den andres subjektive erfaringer. Støtte og empati som kompetanseområde innebærer en empatisk holdning til den andres følelser, men også til de psykologiske konsekvenser av å åpne for dem. Det betyr at terapeuten må "tåle" de uttrykkene som følger med følelsesmessig eksponering, som selvskade, rus mm. Klargjøring som grunnholdning handler om evnen til å utforske konkrete hendelser ved å bevege seg bak atferden til de følelsene som ligger bak, men også om terapeuten sin evne til å dele egen refleksjon og forståelse med den andre. Utforsking handler i grunn om å stimulere den andre til nysgjerrighet på selv selv og sin egen forståelse av verden og andre mennesker gjennom å erfare en genuin nysgjerrighet fra terapeuten selv. En utfordrende holdning handler om å kunne utfordre den andres perspektiver, samtidig som en utforsker den følelsesmessige tilstanden. Følelsesfokus som behandlingsmessig kompetanse vil si å bidra til at den andre forstår hvordan følelser kan hemme mentalisering, og har dermed et psykoedukativt element ved seg. Det handler også å legge til rette for at terapeuten og den andre sammen kan identifisere den andres følelser og de følelsene som ligger i relasjonen dem imellom. Det terapeutiske forholdet, som det siste kompetanseområdet, er også det mest utfordrende. Her trer også en helt sentralt tanke i MBT inn, nemlig skreddersøm. Terapeuten må evne å vurdere relasjonen og den andre og tilpasse intervensjonene etter den andres mentaliseringsnivå. Oppsummert handler det om å være oppmerksom på hva som foregår i den andre, i en selv og i den mellommenneskelige relasjonen (Bateman (2013), sitert i Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Skårderud og Sommerfeldt (2014) skiller distinkt på *mentaliseringsorientert* behandling og mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M). Sistnevnte stiller minimumskrav til implementering, organisering og drift for å etablere og opprettholde en effektiv miljøterapeutisk virksomhet. For det første må det ligge til grunn en beslutning fra ledelse og administrasjon om at mentalisering skal være en organiserende modell. For det andre innebærer mentaliseringsbasert miljøterapi etablering av flere terapeutiske strukturer, som tilrettelegger for at beboerne skal utfordres på forskjellige arenaer. Individualsamtaler, gruppesamtaler og psykopedagogiske grupper forstås som et minimum, men kan suppleres andre tilbud som for eksempel familiesamtaler. For å legge til rette for mentaliseringsfremmende dialog, både mellom beboere og personale og innad i personalgruppen, må det etableres møtestrukturer for personalt i form av behandlingsmøter, rapporter og personalmøter. Det må også legges til rette for pedagogiske strukturer for de ansatte gjennom ekstern veiledning, undervisning og selvstudier. Det sentrale er at disse momentene må spille sammen, noe som forutsetter tverrfaglig samarbeid.

3 Metode

Metode forstås som en framgangsmåte som legges til grunn for å løse et problem eller for å frem-skaffe ny kunnskap (Dalland, 2021). Denne oppgaven baserer seg på narrativ litteraturstudie for å besvare problemstillingen, med hensikten å undersøke om mentaliseringsbasert miljøterapi kan være hensiktsmessig i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge. Videre vil jeg redegjøre for de metodiske valgene som ligger til grunn for oppgaven, herunder valg av sjanger, kilderinnhenting samt metodiske valg i tilknytning til litteratursøket og vurdering av disse. Avslutningsvis vil denne delen drøfte den forforståelsen som ligger til grunn for arbeidet, og hvilken påvirkning det har på oppgaven som helhet.

3.1 Narrativ litteraturstudie

Begrepet narrativ kan forstås som synonymt med *fortellende*, og i en narrativ litteraturstudie vil forfatterens ”stemme” være tydelig til stede gjennom tolkningen. Den narrative litteraturstudien som metodisk tilnærming har til hensikt å få oversikt over et fagområde gjennom vurdering og kritisk tolkning av litteraturen som er tilgjengelig. Denne formen for litteraturstudie betraktes som hensiktsmessig både for å undersøke mindre utforskede forskningsfelt, eller for å videreutvikle etablerte fagfelt gjennom ny innsikt og kunnskap. En undersøger eksisterende teori og forskning for å rettferdiggjøre problemstillingen. Narrativ litteraturstudie skiller seg fra en systematisk litteraturstudie, der sistnevnte baserer seg på en eksplisitt og ufravikelig metode for å sammenfatte publisert forskning på et gitt tema. Et annet skille er at narrativ litteraturstudie i større grad lar seg forme av forfatterens perspektiver både med tanke på valg av litteratur og i tolkningen. Det betyr at selv om det teoretiske innholdet kan reproduseres vil ulike forfattere sannsynligvis ha ulike perspektiver og dermed gi ulik tolkning. Selv om metoden ikke krever en systematisk tilnærming til litteratursøket, kan det likevel være fordelaktig at datainnsamlingsprosessen er mest mulig etterprøvable. (Bryman, 2016; Sukhera, 2022)

3.2 Kildebruk

Denne oppgaven gjør bruk av flere bøker, offentlige dokumenter, rettskilder og rapporter. Bøkene er funnet gjennom søk på relevante stikkord i Oria, eller de er kjent fra før gjennom studiet. Noen av bøkene er valgt fordi de siteres i en rekke rapporter og studier, og må dermed betraktes som viktige bidrag på fagfeltet. Et eksempel er ”Healing in the other 23 Hours. (Bath & Sieta, 2018). Offentlige dokumenter involverer blant annet offentlige utredninger (NOU) eller rundskriv fra departementer. En undersøkelse, Sentio Research Norge AS, 2022, ble oversendt fra fra Barne-, ungdoms og familiedirektoratet på direkte forespørsel.

3.3 Litteratursøk

Som nevnt skiller den metodiske tilnærmingen i en narrativ litteraturstudie seg fra den systematiske, særlig i krav til søkeprosessen. Sistnevnte stiller gjennom *systematisk litteratursøk* som metode blant annet krav til publikasjonene, til dokumentasjon av søket og til valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Rienecker og Jørgensen (2006) beskriver *tre* former for litteratursøk i form av *kjedesøk*, *systematisk søk* og *bevisst tilfeldige søk*, og understreker at det ikke er én rett metode men at de tre har hver sine styrker og svakheter. Kjedesøk vil si at en benytter referanselistene i relevant litteratur for å identifisere annen litteratur innenfor samme felt, mens bevisst tilfeldige søk ganske enkelt er det navnet tilsier. (Rienecker & Jørgensen, 2006) De metodiske rammene for en narrativ litteraturstudie åpner altså for en friere form for litteratursøk enn begrensningen som en systematisk søkeprosess gir. I den innledende fasen av arbeidet med denne oppgaven, benyttet jeg det Rienecker og Jørgensen (2006) beskriver som bevisst tilfeldig søking, med den hensikt å skaffe en oversikt over den tilgjengelige litteraturen. Arbeidet med å finne bakgrunnlitteratur involverte også enkeltsøk i Oria. Slike enkeltsøk inngikk også i arbeidet med å definere en problemstilling. Imidlertid er det *kjedesøket* som har blitt mest anvendt i informasjoninnhenting, der offentlige

dokumenter har blitt brukt som opprinnelig kilde. Utgangspunktet var Barneverninstitusjonutvalget sin rapport.

De rapportene som er utarbeidet for en offentlig oppdragsgiver, som Helsetilsynet, Bufdir eller statsforvalterene, er innhentet ved enkeltøk i digitaliserte bibliotek hos disse aktørene, eller i andre offentlige kunnskapsbanker. Søkeord som insitusjon, barnevern og tvang har gått igjen. Disse søkene er gjort i databasene til Helsetilsynet, Bufdir, Riksrevisjonen, DFØ og SIKT. Denne søkeprosessen identifiserte eksempelvis rapporten "Institusjonstilbudet i barnevernet" (Menon, 2020), fra Bufdir sitt digitale bibliotek. I tillegg ble det gjennomført systematiske ordsøk i årsrapporter fra de to siste årene for statsforvalteren i hvert fylke.

3.3.1 Systematiske søk

Det ble gjennomført systematiske søkeprosesser i Idunn, Oria og Proquest. Målet var å identifisere forskning som kunne gi innsikt i en miljøterapeutisk tilnærming til mentaliseringsbasert terapi. På engelsk ble kombinasjoner av søkeordene MBT, mentalization og residential, mens de norske søkene kombinerte søkeordene mentalisering og barnevern. Fordi jeg ønsket nyere forskning, fortrinnsvis fra de siste ti årene ble all litteratur fra før 2015 ekskludert.

I ProQuest ble det gjennomført søk med ordene "MBT" OR "mentalization" AND residential. I alt ble det identifisert ... antall studier, hvorav tre oppfylte inklusjonskriteriene. En av disse, "A mentalization-based approach to healing children exposed to adverse experiences: Tools for residential care" (Hagelquist mfl., 2024) var ikke mulig å innhente.

3.4 Kildekritikk

Kildene oppgaven baserer seg på spenner over ulike kilder og er av ulik forskningskvalitet. Offentlige utredninger og rapporter fra andre offentlige organer forstås ikke som vitenskapelige kilder, men de har likevel en styrke i at de gir et oversiktsbilde over situasjonen.

Rapporten fra Sentio Research Norge AS (2022) erkjenner selv at datagrunnlaget for andre avdelingstyper enn omsorgsinstitusjonene er for snevert til å kunne betraktes som statistisk signifikant. Likevel presenteres et datagrunnlag som vurderes som godt egnet til å belyse samarbeidsutfordringene mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten angående psykisk helsehjelp.

Det er en utfordring å arbeide innenfor et felt som er i stadig utvikling og hvor det kontinuerlig produseres ny forskning. Det knyttes ikke minst til at barneverninstitusjonene i skrivende stund får mye oppmerksomhet, og at det denne våren har vært ventet en offentlig strategiplan for barnevernets videre utvikling. Denne ble publisert 02.05.24. (Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, 2024) Det samme er tilfellet for rapporten "Helsehjelp til barn i barnevernet" (Ådanes mfl., 2024), som ble publisert 15.04.24. Dette er eksempler på litteratur som er relevante for oppgavens problemstilling, men som ble publisert for sent til at de kunne inkluderes i datagrunnlaget.

3.5 Forforståelse

Som nevnt ovenfor er den narrative litteraturstudien som sjanger unektelig preget av forfatteren som står bak, der valg av litteratur, vurderinger og tolkninger preges av perspektivet. Dermed er det etter min mening særlig viktig å være bevisst sin egen forforståelse. Mitt valg av tema er preget av et dypt engasjement for barn og unge med psykiske lidelser. Som så mange andre har jeg latt meg berøre, men også opprøre, av mediens beretninger om de åtte jentene som har mistet livet mens de var under barnevernets omsorg. Dermed dannet Helsetilsynet (2023) sin rapport "Gjennomgang av saker der barn i barnevernet har mistet livet" på mange måter grunnlaget for oppgaven, selv om dette ikke er synlig i sluttproduktet. Det som begynte som et personlig engasjement, har siden blitt til en et faglig engasjement for at ungdom med behov for samtidige tjenester fra barnevern og

spesialisthelsetjeneste skal få et helhetlig tilbud. Oppgaven er dermed basert på en nysgjerrighet på hva barnevernets rolle i en slik målsetning er. Med andre ord er jeg bevisst på at mitt engasjement har preget min tilnærming til arbeidet, blant annet i valg av tema, problemstilling og litteratur. Når det er sagt, gikk jeg inn i arbeidet med en innstilling om at "ansvaret" for disse barna lå hos barne- og ungdomspsykiatrien, og sitter igjen med en oppgave som utforsker hva som skal til for at barnevernet skal kunne tilrettelegge for forsvarlige og virksomme omsorgs- og behandlingstiltak. At oppgaven i så stor grad har forandret karakter underveis i prosessen tyder på at læringsprosessen, heller enn forforståelsen har vært retningsgivende. Den narrative litteraturstudien påvirkes i stor grad av forfatterens egne perspektiver, og bevissthet på egen forforståelse blir dermed sentralt.

4 Presentasjon av sentrale artikler og funn

Oppgavens hensikt er å undersøke om mentaliseringsbasert miljøterapi kan være hensiktsmessig i barneverninstitusjonenes arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Felles for den forskningen som beskrives under er at den med ulik innfallsvinkel beskriver utfordringene i det miljøterapeutiske arbeidet på barneverninstitusjoner. Etter å ha presentert de viktigste artiklene, vil denne delen avslutte med å redegjøre for noen hovedfunn.

4.1 Prosjektet ”Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner”

Studien ”Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner” ble gjennomført mellom 2010 og 2015. Den involverte 400 barn mellom 12 og 20 år som var bosatt på barneverninstitusjoner, der 335 av disse gjennomførte et semi-strukturert intervju. Inklusjonskriteriet var barneverninstitusjoner som er tilrettelagt for barn i alderen 12-23 år. Eksklusjonskriteriene var barn og unge som er akutt plassert, enslig mindreårige flyktinger uten innvilget asyl og utilstrekkelige ferdigheter i norsk. I alt deltok 86 av de 98 av de institusjonene som møtte utvalgs-kriteriene, og 400 av 601 mulige ungdom deltok hvorav alle var under 20 år gamle.

4.1.1 Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner (Kayed mfl., 2015)

Undersøkelsen Kayed mfl. (2015) viste at 76 % av ungdommene som er plassert i barneverninstitusjon oppfylte kravene til minst en psykisk lidelse, der angstlidelser og depressive lidelser hadde høyest forekomst. Det ble rapportert høy komorbiditet mellom disse lidelsesgruppene. Funnene viser også at plassering på en atferdsinstitusjon ga 3 ganger høyere forekomst av diagnosen atferdsforstyrrelser og en høy grad av komorbiditet mellom atferdsforstyrrelser og internaliserte vansker. Med unntak av dette, fant en små forskjeller i den psykiske helsetilstanden hos ungdom plassert på omsorgs- og behandlingsinstitusjoner. Til tross for at 79 % av ungdommene i Kayed mfl. (2015) sin studie rapporterte om erfarte potensielt traumatiske hendelser som for mange av dem medførte unngåelsestilstander, oppfylte kun 0.6 % de diagnostiske kriteriene for Post-Traumatisk Stresslidelse (PTSD).

4.1.2 Youth at risk : Childhood adversity, psychopathology, and quality of life among adolescents in residential youth care (Greger, 2017)

Hovedmålet med Greger (2017) sin studie var å studere sammenhengen mellom psykiske lidelser og overgrepserfaringer (ACE) hos barn og unge som var plassert på barneverninstitusjon. Et sekundært mål var å identifisere mulig medierende faktorer i sammenhengen mellom overgrepserfaringer og psykopatologi. Med overgrepserfaring forstås det at barnet har vært utsatt for omsorgssvikt, vært vitne til vold eller vært utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep. Prosjektet inkluderte tre rapporter: ”Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population”, ”Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care” og ”Childhood adversities, psychopathology and well-being: the mediator role of global self-esteem, attachment difficulties and substance use.” Av disse er det den første og den siste som brukes videre i oppgaven. Studien fant at 71 % av barna i utvalget hadde 71 % erfart en eller flere former for overgrep (ACE), og at slike erfaringer spilte en nøkkelrolle i utviklingen av psykiske lidelser og dårlig livskvalitet hos ungdommene. Det ble også funnet sammenheng mellom antall ACEs og antall komorbide diagnoser hos barna. Funnene indikerer dessuten at global selvfølelse er en medierende faktor i betydningen overgrepserfaringer har for senere psykiske lidelser og opplevelse av lav livskvalitet. På bakgrunn av det foreslås det at intervensjoner med mål om å øke selvfølelsen hos disse barna kan forhindre en slik negativ utvikling.

4.2 Implementing a Residential Dialectical Behavior Therapy Informed Treatment Model to Improve Adolescent Mental Health: Feasibility, Fidelity, and Acceptability (Espenes mfl., 2023)

Espenes mfl. (2023) undersøker effekten Omsorgs- og endringsmodellen (OEM) som behandlingsmetodikk i institusjoner av typene omsorg og atferd lav. Selvrappotereringen i forkant av studien avdekket at 64.3 % av ungdommene hadde utfordringer knyttet til psykisk helse eller rusutfordringer og 45.2 % hadde oppfølging fra BUP. Vedrørende selvskadings- og selvmordproblematikk rapporterte henholdsvis 66.7 % og 57.1 % at dette hadde forekommet de siste tre månedene. Forfatterne konkluderer med at OEM som miljøterapeutisk behandlingsmodell har potensiale, der både ansatte og ungdom på institusjonene opplevde at de var fornøyde med behandlingsmodellen. Studien identifiserte flere utfordringer knyttet til utvalget og gjennomføringen. For det første ser forfatterne en utfordring knyttet til implementeringen av OEM i miljøterapeutisk arbeid, særlig knyttet til varierende terapeutisk kompetanse i ansattgruppen. Som en løsning foreslår de en tydelig oppgavefordeling, der ansatte får tildelt behandlerfunksjon med bakgrunn i individuelle kompetanseområder og preferanser. Dette mener de kan forenkle implementering og overlevelsen av behandlingstilbudet. En av utfordringene med at OEM, som en dialektisk behandlingsmodell, er at den avhenger av motivasjon og endringsvilje hos ungdommen selv, der det motsatte strider med de terapeutiske prinsippene modellen bygger på. Fordi behandlingsmodellen, også når den tilpasses miljøterapeutisk praksis, krever en betydelig innsats fra ungdommens side, er dette en utfordring i møte med dem som er mindre motivert for behandling.

4.3 Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner (Ådnanes mfl., 2020)

Ådnanes mfl. (2020) presenterer i sin rapport en kvalitativ undersøkelse av erfaringene knyttet til ambulant psykisk helsehjelp i barneverninstitusjoner. Respondentene inkluderer ledere og helseansvarlige ved 18 institusjoner og helseansvarlige ved fire av de fem barnevernregionene. Som en del av rapporten ble det gjennomført en dokumentstudie der de konkluderer med at det foreligger stor bevissthet om de utfordringene barns psykiske helse i barneverninstitusjoner medfører. Imidlertid finner de at strategien for å oppnå ambulant psykisk helsehjelp er utilstrekkelig. Gjennomgående i rapporten er det at ledere ved barneverninstitusjonene opplever at de ikke får tilstrekkelig bistand til å håndtere de psykiske helseutfordringene som preger institusjonsdriften. Rapportens konklusjon er at så lenge det finnes et gap mellom de som får behandling, og de en opplever at har behov for det, vil det være nødvendig med tiltak. Det etterspørres en tydeligere tilstedeværelse fra BUP i institusjonene fra barnevernets side. Dette vil ifølge respondentene trygge ungdommene, som på sikt kan nyttegjøre seg av et behandlingstilbud, og det er verdifullt i en veiledningssammenheng. Viktigheten av veiledning fra psykisk helsevern vektlegges gjennomgående fra respondentene, og har nytteverdi både i oppfølging av enkeltungdom, å håndtere av akutte situasjoner og for å øke de ansattes kompetanse innen psykisk helse. Samlet sett er tilbakemeldingen at veiledning av institusjonsansatte kan avhjelpe behovet for BUP. Rapporten gir inntrykk av manglende gjensidig forståelse mellom BUP og barnevern om behov, hva som er krise, hvem som har ansvaret.

4.4 Helsetilbud til barn og unge i institusjon (Sentio Research Norge AS, 2022)

Sentio Research Norge AS (2022) har, på oppdrag fra Bufdir (Barne-, ungdoms og familiedirektoratet) kartlagt helsetilbudet til barn og unge på barneverninstitusjon. I undersøkelsen deltok 194 avdelingsledere fra institusjonene, noe som gir en svarprosent på 61,4 %. Et tydelig signal fra respondentene er at mange barn på institusjon ikke får dekket sine behov for, og rett på helsehjelp. Dette gjelder særlig døgnbaserte tjenester, men også polikliniske tilbud. Karteleggingen viser at 54 % av respondentene opplever at barna i liten eller ingen grad får dekket sitt behov for døgnbasert utredning eller behandling i psykisk helsevern. Videre svarer halvparten at barna i liten eller ingen grad får innleggelse i psykisk helsevern ved behov. Forøvrig viser funnene at henholdsvis 47 % og 11 % av barna i varierende, eller liten eller ingen grad benytter tilbudet om polikliniske

samtaler hos BUP. Dette knyttes til manglende motivasjon eller vegring for behandling. Forøvrig er det interessant i den sammenheng å merke seg at 65 % av respondentene i svært liten, liten eller varierende grad opplever behandlingstilbudet hos BUP som fleksibelt. Halvparten av avdelingene svarer at ansatte mottar veiledning fra BUP, mens for rusinstitusjonene er dette tallet kun 8 % .

4.5 Institusjonstilbudet i barnevernet (Menon, 2020)

Rapporten fra Menon (2020) er utarbeidet på oppdrag fra Bufetat, som en utredning av systemet for styring, ledelse og kontroll i det statlige barnevernet og oppfølgingen av institusjonstilbudet. Målsetningen med oppdraget har vært å utvikle kunnskap om rammevilkårene for institusjonsarbeidet, og hvordan disse eventuelt kan endres for å styrke effektiviteten og kvaliteten i barnevernets institusjonsarbeid. Rapporten peker på en rekke forhold og forbedringspunktet i institusjonsbarnevernet, knyttet til ivaretagelsen av barn og unge med psykiske vansker. For det første er opplevelsen hos institusjonsfeltet at de i større grad enn tidligere får ansvar for en gruppe barn som har omfattende og komplekse vansker. Ansatte og ledere ved institusjonene opplever at de mangler kunnskap om kompleksiteten i ungdommenes utfordringer. Dette er særlig problematisk der institusjonene opplever at barn feilplasseres og må flyttes, fordi den aktuelle institusjoner ikke har rammevilkår og kompetanse til å gi forsvarlig omsorg. I tillegg vises det til manglende systematikk og metodisk tilnærming til kartlegging av barn og unges psykiske helse. Det fører til at plassering hovedsakelig baseres på atferdsuttrykk, mens den underliggende problematikken ikke er utredet. Et annet forhold er at psykiske vansker oppfattes å gå på tvers av målgruppevurderingene som er førende for valg av tiltak og lovhjemmel i plasseringsbeslutningen. Dette fører i følge flere av informantene til at barna må tilpasse seg institusjonstilbudet, i stedet for at tilbudet tilpasses barnets behov. Denne utfordringen tydeliggjøres der så mange som 27 % av ansatte i Bufetat oppgir at de er helt eller delvis uenige i at de ofte tilbyr institusjonsplasser som er tilpasset barnas individuelle behov.

4.6 Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt Hafstad, 2021

Rapporten bygger på et oppdrag fra Helsedirektoratet om å samle kunnskap om helsekonsekvenser knyttet til vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt og effektene av skadereduserende tiltak. Den deles tematisk i fire deler. Den første delen omhandler helsekonsekvenser vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn på kort og lang sikt. Del 2 omhandler hvilken helseeffekt medisinske undersøkelser for barn, på kort og lang sikt, har ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt. Del 3 tar for seg hvilken nytte barnevernet har av medisinsk kunnskap om barnet i vurderinger, tiltak og oppfølging. Rapporten finner at helsekonsekvensene når barn utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt er økt risiko somatiske, psykiske og seksuelle helseplager. Å utsettes for flere former for mishandling øker denne risikoen ytterligere. Rapporten fant også at medisinsk kunnskap om barnet kan være nyttig for barnevernet i den kortsiktige beslutningsprosessen, men og i å tilrettelegge for et helhetlig tilbud som tar høyde for barnets individuelle behov.

4.7 Hovedfunn

I artiklene som er presentert overfor, belyses på ulikt vis utfordringer knyttet til barnevernets ivaretagelse av barn med psykisk helseproblematikk i barneverninstitusjonene. Utfordringene i dagens institusjonstilbud knyttet til barnas psykiske helseproblematikk er mangfoldige, men jeg har plukket ut fire punkter: Med dette som utgangspunkt er det flere behov en ser at trengs å dekkes, deriblant er det behov for helhetlige institusjonstilbud som kan ivareta barnets individuelle behov, behov for tilbud som styrker selvbilde og motivasjon. ivareta en forsvarlig omsorg, som kan drive kominerte omsorgs- og behandlingsrettede tiltak og som styrker de ansattes kompetanse i møte med utfordringene. Behovet for tilbud som kan ivareta individuelle behov, vises blant annet hos Kayed mfl. (2015). Forfatterne finner høy forekomst av samsykelighet mellom atferdsforstyrrelser og introverte lidelser hos barn i atferdsinstitusjon. De peker på at forekomsten av disse tilleggslidelsene gjør at behandlingstiltak som tradisjonelt rettes mot atferdsvansker og som involverer atferdskorrigerer

mm. betraktes som lite gunstige. Forøvrig viser Menon (2020) at 27 % av de ansatte i bufetat opplever at insitusjonstilbudet ikke tilpasses ungdommene. I tilknytning til motivasjon, viser Espenes mfl. (2023) at OEM framstår som et godt tilbud, men kun der ungdommen selv er motivert for endring. Forøvrig finner Greger (2017) at selvbilde forstås som en medierende faktor i sammenhengen mellom utviklingstraumer og psykopatologi. Funn som tyder på at destruktive atferdsuttrykk og selvskadingsproblematikk utfordrer institusjonenes ivaretagelse av ungdommene, er kanskje det tydeligste i datagrunnlaget, og kommer fram i flere studier (Menon, 2020; Ådnanes mfl., 2020). Avlutningsvis viser funnene til en opplevelse hos de ansatte om at behandling kun kan skje innen rammene av barne- og ungdomspsykiatrien, der de oppfatter at den barnevernfaglige kompetansen ikke strekker til i møte med utfordringene Menon (2020), Sentio Research Norge AS (2022) og Ådnanes mfl. (2020). De behovene som blir utgangspunktet for den videre diskusjonen i bruken av MBT i barnevernfaglig sammenheng er altså behovet for individuelt tilpassede tilbud, behovet for tilbud som kan bygge motivasjon og selvfølelse, behovet for metoder som ruster institusjonsansatte i møte med smerteuttrykk og destruktiv atferd, og behovet for metoder som muliggjør traumebehandling innenfor miljøterapeutiske rammer. Dette er behov som det i den videre diskusjonen vil undersøkes om mentaliseringsbaserte miljøterapeutiske tilnærminger kan dekke.

5 Diskusjon

Det er bred enighet om at barn og unge som er plassert i barneverninsituisjoner har komplekse utfordringer knyttet til sine psykiske helse. 76 % av disse barna oppfyller kriteriene for en eller flere lidelser diagnostisert etter ICD-10, og nesten like mange har erfaringer med en eller flere former for overgrep (Greger, 2017; Kayed mfl., 2015; Sentio Research Norge AS, 2022; Ådnanes mfl., 2020). Det er altså god grunn til å anta at mange av barna som i dag bor i barneverninstitusjon har vansker som følger av utviklingstraumer. I tillegg til vanskene de allerede har på grunn av sine erfaringer, står de og i fare for å utvikle både psykiske og seksuelle helseplager, i tillegg at overdødeligheten hos denne gruppen er høy. Selv om det ikke er evidens for en entydig sammenheng mellom utviklingstraumer og spesifikke lidelser, tyder mye på at mennesker med traumbakgrunn uansett har lavere behandlingsutbytte i behandling av enkeltlidelser. (Farstad, 2017; Hafstad, 2021). Det en tror, er at traumebevisste omsorgsmiljøer har en effekt på å forebygge videre negativ utvikling, og Greger (2017) foreslår at terapeutiske intervensjoner som rettes mot selvbildet kan være virksomme. Implikasjonen av dette er at en har behov for behandlingstilnæringer som retter seg mot strukturene som skaper vanskene, heller enn diagnoser og symptomer.

Noe av styrken i MBT som behandlingstilnærming er nettopp at den personorientert framfor lidelsesorientert, der en grunntanke er at metoden må tilpasses person, lidelse mm. Samtidig vet en at utviklingstraumer virker inn på mentaliseringsevnen, og at barna i insitutsjon har mange av de samme symptomene som en ser hos mennesker med Borderline Personlighetsforstyrrelse Espenes mfl. (2023). Tanken med mentaliseringsbasert terapi er at økt mentalisering i seg selv reduserer impluslivit og selvdestruktivitet. Den retter seg altså mot mye av den samme problematikken som Omsorgs- og endringsmodellen (Espenes mfl., 2023), men den distinkte forskjellen er at MBT intervensjoner mot de psykiske strukturene som ligger til grunn for atferden, heller enn selve atferden. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) ligger det to vilkår til grunn for effektiv mentaliseringsbasert terapi, og så lenge den terapeutiske virksomheten støtter opp om disse er nær sagt en hver tilnærming tillatt. For det første forutsettes det at terapeuten evner å skape en trygg relasjon. For det andre handler det om å legge til rette for mentaliseringsfremmende samspill, der den implisitte evnen til mentalisering øves opp gjennom aktiv bruk av eksplisitt mentalisering. I det videre utdypes det hvordan det å tilrettelegge for disse to momentene kan se ut i kontekst av institusjonsarbeid med utviklingstraumatiserte barn.

5.1 Å skape trygghet

I møte med utviklingstraumer, står en overfor det Nordanger og Braarud (2017) beskriver som et dobbelt belastningsforhold. Som Skårderud og Sommerfeldt (2014) så treffende beskriver det : komplekse utfordringer blir til komplisert miljøterapi. Den første aInstitusjonens oppgave blir altså ikke *bare* å bidra til reduksjon av symptomer gjennom å fremme mentalisering, men å legge til rette for trygge rammer og relasjoner som en forutsetning for dette. I møte med tilknytnings- og utviklingstraumer er det det siste som ofte er den største utfordringen.

Utfordringen med å skape trygge fysiske rammer, er et gjennomgående tema i erfaringene fra feltet. I kapittel4 ble det vist til barn og unge med omfattende og destruktiv atferd, i form av rusmisbruk, selvskading og selvmordsforsøk. Der disse utfordringene ikke var kjent ved innflytting, fører det ofte til at disse barna må flytte fordi institusjonene ikke klarer å tilby forsvarlig omsorg. Fysisk trygghet er selvfølgelig avgjørende i en institusjonssammenheng. Imidlertid er mentaliseringsstradisjonen, som forankringen tilsier, vel så opptatt av den relasjonelle tryggheten, særlig i behandlingen av utviklingstraumer. Tanken er, som også i den miljøterapien, at det som er skadet i relasjoner, må leges i relasjon. I tillegg er utviklingen av trygge og stabile relasjoner en forutsetning for god mentaliseringspraksis. Dermed er det avgjørende at institusjonen er materielt skikket til å ivareta ungdommenes fysiske trygghet. Når det er sagt, er det allerede etablert i 2 at utviklingstraumer spenner over en rekke symptomer og uttrykk, og denne bevisstheten er i følge Skårderud og Sommerfeldt (2014) avgjørende for at institusjonen eller avdelingen skal kunne håndtere det.

Anglin (1993) foreslår at omsorgspersonenes fremste oppgave er å håndtere smerteuttrykk hos barnet uten at responsen skaper mer smerte. Forfatterens kontekst er institusjonsarbeid med unge

gutter som hadde opplevd omsorgssvikt, og han fant at det de oftest følte i situasjoner der de utagerte mot seg selv eller andre, var nettopp smerte. Dette kan forstås i lys av Farstad (2017) sine perspektiver på destruktiv skam som et resultat av utviklingstraumer, som også kan oppleves som en dyptfølt smerte. Forfatteren forstår det slik at mennesker med relasjonelle traumer vil unngå relasjonell kontakt for å beskytte seg selv. I situasjoner der denne formen for selvbeskyttelsen utfordres av invitasjon til relasjonelt samspill, uten at individet har adekvate mestringsstrategier for å håndtere sine egne følelser, kan økt skamfølelse bli et form for forsvar. Skammen blir dermed en form for ubevisst selvsabotasje i relasjonen, og det kan for eksempel føre til at individet reagerer med tiltakende selvdestruktiv atferd for å håndtere skamfølelsen. Relasjoner som oppleves skremmende eller påtrengende, fra miljøterapeuten eller andre, kan altså få ungdommen til å reagere negativt. Å være bevisst på disse sammenhengene krever igjen kunnskap om de omfattende konsekvensene av utviklingstraumer, og en terapeut som evner å å ikke gå for raskt fram i relasjonen. I omvendt fall risikerer en å skape mer skam, mer smerte og mer uttrykk i det relasjonelle samspillet. (Anglin, 1993; Farstad, 2017)

Et annen element i denne sammenhengen er at ungdommen opplever at den voksne *tåler* følelsene. Å ivareta trykksbehovet hos barn med traumatiske erfaringer er å tilby dem relasjonell trykks gjennom ansatte som oppleves som stabile og pålitelige (Bath & Sieta, 2018). At insitusjonsansatte "sender ballen videre" til psykisk helsevern kan oppfattes som at de ikke ønsker eller orker å stå i den turbulente relasjonen

5.2 Mentaliseringsfremmende praksis

Inntrykket fra kapittel 4 er at barnas atferdsuttrykk og vansker, står i veien for god miljøterapeutisk praksis. Dette ser en ikke minst i Helsetilsynet (2023), som vist til i kapittel 1, der inntrykket var at jentenes atferdsuttrykk hindret de insitusjonsansatte i å komme i posisjon til å drive endrings- og utviklingstøttende arbeid. Metodene i MBT er tilpasset nettopp de delene av det miljøterapeutiske arbeidet som oppfattes som mest krevende. Den metodiske tilnærmingen i MBT åpner i tillegg for en bevissthet om at det vel så gjerne kan være svikt i mentaliseringen hos hjelperen, heller enn ungdommen, som står i veien for et mentaliseringsfremmende samspill. Terapeutens evne selvinnsikt blir altså vel så viktig som sensitiviteten overfor den andre. I tillegg kan det virke som om terapeutenes fokus på egne mentaliserende holdninger og handlinger øker deres egen mentaliseringssevne, som gjør det lettere å stå i krevende situasjoner og relasjoner.

Skårderud og Sommerfeldt (2014) viser til en studie av Øvrebø & Holgersen som undersøker hvilken innvirkning opplæring i mentaliseringsbasert terapi har på opplevelsen terapeuter har av endring i praksis. Hos de fleste deltakerne fant forfatterne en opplevelse av økt trykks, empati og håp i pasientmøtene (Øvrebø & Holgersen (2012), sitert i Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Flere av studiene i kapittel 4 viste til at flere forhold som kompliserer det miljøterapeutiske arbeidet med utviklingstraumatiserte barn. utfordres det miljøterapeutiske og den relasjonelle kompetansen til det ytterste i møte med smerteuttrykk. Nordanger og Braarud (2017) beskriver det i termer som at pilen vendes tilbake mot oss selv (Nordanger & Braarud, 2017). Fordelen med en mentaliseringsbasert tilnærming er da at den metodiske tilnærmingen retter seg vel så mye mot miljøterapeutens arbeid med seg selv og sine egne holdninger og samspillet mellom ansatte, som mot samspillet med ungdommen. Etter min oppfatning er det noe av dette studien til Øvrebø og Holgersen viser, at de metodiske verktøyene som MBT tilbyr både i holdning og handling er egnet til å skape håp og trykks på seg selv i møte med ungdommene, som er avgjørende for å skape mentaliseringsfremmende samspill. Spørsmålet å stille seg er dermed hva en mentaliseringsbaserte metoder konkret kan bidra med inn i barnevernfaglig miljøterapeutisk arbeid. Det er da hensiktsmessig å ta utgangspunkt de utfordringene som ble adressert i kapittel 4, altså utfordringer knyttet til individuell tilpasning, å skape motivasjon, håndtering destruktiv atferd og traumebehandling. Målet er å sette MBT i en barnevernfaglig sammenheng ved å konkretisere hva en mentaliseringsbasert tilnærming innebærer, og hvordan det kan se ut.

5.2.1 Barnets individuelle behov

Styrken ved en mentaliseringsbasert tilnærming i den sammenheng er at metoden i er personorientert, heller enn lidelsesorientert, og behandlingen tilpasses den enkelte med fokus på lidelse, person, situasjon og interpersonlig kontekst. *Skreddersøm* er dermed et prinsipp som forstås som helt sentralt i MBT, der terapeutens mentaliseringsfremmende praksis skal tilpasses det individuelle mentaliseringsnivået. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014) Dette stiller følgelig større krav til hver enkelt miljøterapeut sin kompetanse og fleksibilitet, og til behandlingsmiljøet som en helhet. Tilnærmingen stiller imidlertid færre krav til at barnet må plasseres på "rett" institusjon, under "rett" lovhjemmel eller ha "rett" diagnose. Særlig er dette verdifullt all den tid en vet at men det stiller også mindre krav til at barnet må havne på "rett" insitusjon for å få tilpasset hjelp.

Likevel kan en ikke være likegyldig til symptom- og lidelsesbildet hos det enkelte barn, da mentaliseringsfremmende arbeid krever en vel så stor bevissthet om hvilke ytre faktorer som hemmer evnen til mentalisering. I den forbindelse trekker Skårderud og Sommerfeldt (2014) fram komplikasjoner som følge rusavhengighet og spiseforstyrrelser, som undervekt eller ruslidelser. Dette er følgetilstander som i følge forfatterne i seg selv bidrar til å undergrave både motivasjon og mentaliseringsevne, og hvor symptomreduksjon må forstås som en sentral del av det mentaliseringsfremmende arbeidet. I arbeidet med utviklingstraumatiserte barn er reguleringsperspektivet sentralt.

5.2.2 Skam, selvbilde og motivasjon

Motivasjon, eller kanskje heller utfordringer med å skape motivasjon er sentralt i endringsarbeidet med barn og unge. Funnene fra Sentio Research Norge AS (2022) og Ådnanes mfl. (2020) viser til at behandlingsvegning og uklar motivasjon er en av de fremste hindringene i at barna i institusjonene får tilgang til polikliniske tjenester. Kvaran og Holm (2020) peker på at dette er noe av utfordringen med psykoterapeutiske tiltak - at endringsprosessen i stor grad blir opp til ungdommen selv. Det er også i en sentral utfordring i en del av behandlingstilbudene som allerede eksisterer for barn og unge i barneverninstitusjoner. Espenes mfl. (2023) viser for eksempel til at implementering av OEM, altså dialektisk atferdsterapi, kan ha god effekt, men at det forutsettes deltakelse og motivasjon fra ungdommens side. Dette viser at arbeid med ungdom i barneverninsitusjon, til motsetning fra Skårderud og Sommerfeldt (2014) sin kontenst hvor hvor oppholdet på døgnavdeling som oftest er frivillig, innebærer at behandlingstilnærmingen må ta høyde for arbeid med en gruppe som ofte har vaklende, eller helt manglende motivasjon.

Motivasjon til endring henger tett sammen med selvbilde og internalisert skam. Greger (2017) foreslår at intervensjoner knyttet til selvbilde kan være viktig, fordi et negativt selvbilde er sentralt både i sammenhengen mellom utviklingstraumer og psykiske lidelser og mellom utviklingstraumer og lav opplevd livskvalitet. Kvaran og Holm (2020) viser til at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt eller krenkelser gjerne lever med en oppfatning av at de selv er skyld i sin egen lidelse, og at et slikt selvbilde gjør at barnet hverken får vilje eller tro på endring. Ifølge Farstad (2017) er en slik oppfatning et uttrykk for dyp og internalisert skam, der barnets tendens til å ta skylden og skammen for handlingene det utsettes for på seg, som må forstås som en overlevelsesmekanisme. Det gjør at barnets identitet kan forankes i en opplevelse av seg selv som feil, slem, ond eller ødelagt. I en mentaliseringsbaserte tilnærming er dette et eksempel for førmentaliserende psykisk ekssivalens, og nettopp barnet manglende evne til mentalisering må forstås som noe av bakgrunnen til at den destruktive skammen som påføres i tilknytningsfasen er så destruktiv. Når barnet blir ungdom forstås den samme selvoppfatningen som svikt i mentaliseringen i form av konkret. Mentaliseringssvikten er på mange måter drevet fram av skammen, og fordi den skamfulle ofte mangler ord for sin egen skam, er det terapeutens opphavs å identifisere skamfølelsen bak andre og mer framtrødende følelser. Å identifisere og utfordre de selvoppfatningene skamfølelsen skaper, krever som vi skal se videre, et mentaliseringsfremmende samspill og ikke minst en mentaliserende terapeut.

Fordi skammen knyttet til språkløshet, på et vis er uutsigelig, og gjerne gjemmer seg bak andre følelser, vil i dette tilfellet miljøterapeutens viktigste rolle være å gjenkjenne skammen i ungdommens uttrykk uttrykk. Å identifisere skammen fordrer et samspill det reapeuten framstår som

nysgjerrig og ikke-vitende i møte med følelser og atferd. I møte med skammens uberettigede oppfatninger, er det terapeutens oppgave å fremme undring og refleksjon for å bidra til at ungdommen kan utvikle og forandre sin egen selvoppfatning. For mange vil dette være en naturlig respons på en selvoppfatning som oppleves nettopp uberettiget. Det sentrale er imidlertid at for at slikt endringsarbeid skal ha virkning, må responsen oppleves som empatisk og støttende, og den må ikke minst oppleves som følelsesmessig validerende. Dette fordrer en trygg relasjon, men ikke minst en miljøterapeut som er bevisst på både seg selv og den andre. Selv om det kan virke intuitivt, er alle de kvalitetene hos miljøterapeuten grunnholdninger i mentaliseringsbasert terapi. Det er nettopp det som er det paradoksale, at å hente fram intuitive og dypt menneskelige responser i de krevende situasjonene krever trening og refleksjon. Mentaliseringsbaserte tilnærminger gir dermed både et språk for å stimulere til mentaliserende samspill, og manualisering av holdninger og handlinger som skal hjelpe terapeuten til å inngå i mentaliserende samspill med den andre. Når det er sagt er viktig å understreke at det ikke er én slik samtale som motiverer og som ”reparerer” ungdommens selvbilde. Det er kontinuerlig påfyll av slike ”utfordringer”, emosjonell bekreftelse, empatisk respons og så mye mer - over tid - som skaper trygghet, fortusigbarhet og gode relasjonelle erfaringer, som i følge Skårderud og Sommerfeldt (2014) danner grunnlaget for terapeutisk arbeid poliklinisk.

5.2.3 Destruktiv atferd

Ifølge Farstad (2017) kommer den internaliserte skammen ofte til uttrykk gjennom selvdestruktiv atferd, der kroppen skades eller utsettes for fare. Studien til Espenes mfl. (2023) viser at selvdestruktivitet er et omfattende problem blant barn og unge i barneverninstitusjonene, og det er dermed nærliggende å tro at de uttrykkene disse barna har kan knyttes til en dyp skam. Skårderud og Sommerfeldt (2014) er arbeid med skammens uttrykk særlig utfordrende i behandlingsøyemed, både fordi den utfordrer behandlerens tro på seg selv og fordi selvskadingsatferd kan vekke følelser som tristhet, frykt og irritasjon. I møte med den selvskadende ungdommen, eller voksne, beskriver både Skårderud og Sommerfeldt (2014) og Nordanger og Braarud (2017) hvordan en lett kan henfalle til en moraliserende eller dømmende holdning eller avskrive slik atferd som ”psykiatri”. Min oppfatning er forøvrig at vi kjenner igjen noe av det samme i funnene fra Ådnanes mfl. (2020), der ungdommenes problemer i mange tilfeller oppleves å være av en slik aart at de ligger ”utenfor” barnevernfaglig kompetanse. Alt dette er respons som faller innunder det Skårderud og Sommerfeldt (2014) i sin kontekst ville kalt profesjonell mentaliseringssvikt. I lys av Farstad (2017) og Bath og Sieta (2018) sine perspektiver kan en forstå det dithen at en øker skamfølelsen eller responderer vil det i et skambevisst perspektiv ofte skape mer skam, og i en traumebevisst tilnærming forstås det som å ... Uavhengig av hva man kaller det, er bunnlinjen at den voksne glemmer at atferden tjener en funksjon og at det ofte må forstås som nødvendige handlinger for å overleve.

Imidlertid er det nettopp i møte med slike utfordringer at en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming viser sin styrke. I en slik behandlingstilnærming vil hendelsen først og fremst betraktes som en mulighet for eksplisitt mentalisering, der en kan hjelpe ungdommen til å sette språk på handlingen for så å sette den i en følelsesmessig og mellommenneskelig kontekst. Ved gjentakende selvskadingsproblematikk, er bruk av kriseplan som metodisk verktøy noe som i en mentaliseringsbasert tilnærming betraktes som virkningsfullt. I tillegg vises det til skriftlige retningslinjer for *holdninger* til selvskade i miljøterapeutisk virksomhet, som en del av metodikken. (Skårderud & Sommerfeldt, 2014) Slik jeg forstår undersøkelsene til Ådnanes mfl. (2020) og Sentio Research Norge AS (2022) er noe av grunnen til at selvdestruktiv atferd blant beboerne oppleves så krevende at de ansatte opplever at hverken har kompetanse eller verktøy til å møte det. At det miljøterapeutiske arbeidet ikke bare har klare retningslinjer for håndtering av hendelser, men også har en metodikk som åpner for at også vi mest krevende hendelsene kan brukes terapeutisk, er en styrke i seg selv. Forøvrig foreligger det forskning som tilsier at mentaliseringsbasert terapi tilpasset ungdom (MBT-A) er en effektiv behandlingstilnærming både når det gjelder reduksjon i selvskade, depressive symptomer og symptomer på BPD (Rousseuw & Fonnagy, 2012)

Mentaliseringsbaserte tilnærminger er altså særlig nyttig i arbeid med destruktiv skam og selvdestruktiv atferd av flere grunner. For det første gir de en teoretisk ramme for å forstå det som ellers kan oppfattes som provoserende eller skremmende atferd som en overlevelsesstrategi. Dette kan bidra til å øke den empatiske forståelsen hos miljøterapeuten. Samtidig må det motsatte,

en manglende evne til å forstå følelsene bak ungdommens atferd, forstås som en mentaliseringsvikt. Situasjonen, som i utgangspunktet er en arena for mentaliseringsfremmende dialog, kan da bli til et samspill som i stedet øker skammen hos ungdommen. Dermed er det også verdifullt at mentaliseringsbaserte tilnærminger også er opptatt av terapeutens forståelse av seg selv og sine egne reaksjoner. I forlengelse av dette, ser en at MBT gir konkrete og klare rammer for hvordan det den enkelte miljøterapeut og behandlingskulturen som helhet skal forholde seg til hendelser som oppleves belastende både for ungdommen og de andre. Dette gjelder både håndtering av den umiddelbare situasjonen og hvordan hendelsen skal bearbeides i etterkant. Til slutt gir metoden altså verktøy for å bruke at også de mest krevende situasjonene kan være et terapeutisk verktøy, gjennom bearbeidende samtaler i etterkant som fremmer mentalisering gjennom klargjørende og utforskende dialog.

5.2.4 Mentaliserende traumebehandling

Skårderud og Sommerfeldt (2014) forstår mentalisering, både som teoretisk og klinisk begrep som særlig relevant i forståelsen av og arbeidet med det de kaller "den traumatiserte pasienten". Deres syn er at det meste som forstås som god traumebehandling, fremmer mentalisering. Ifølge dem handler mentaliseringsbasert miljøterapi først og fremst handler om å legge til rette for en opplevelse av trygghet og forutsigbarhet, som skaper nye erfaringer og danner grunnlag for terapeutisk arbeid poliklinisk. Mye av hensikten i miljøterapien forstås dermed som et aktivt arbeid med å berede grunnen for terapeutiske intervensjoner, men også som et stabiliseringsarbeid. Med utgangspunkt i Melgaard og Ramm, presenterer de en operasjonalisering av stabiliseringsbegrepet som innebærer a

Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) er det slik at det meste av god traumebehandling fremmer mentalisering. Som vi har vært inne på tidligere er imidlertid det som skiller mentaliseringsbaserte tilnærming fra annen traumebehandling nettopp bevisstheten og språket for hva en forsøker å oppnå. Ifølge forfatterne handler traumebehandling i denne sammenhengen primært om å legge til rette for en mentaliseringsfremmende tilknytning der vanskelige følelser kan bli opplevd og uttrykt tilstander kan bli opplevd, uttrykt, forstått og reflektert omkring, og i siste instans oppleves som håndterlige.

Miljøterapeutens viktigste oppgave er altså ikke å bearbeide de traumatiske erfaringene, men å fremme følelsesregulering, slik at følelsene knyttet til traumet kan oppleves som håndterlige.

Fokuset på regulering og et optimalt spenningsnivå er gjennomgående i litteraturen. Heller ikke i mentaliseringsbasert miljøterapi finner en en fasit på hvordan en skal legge til rette for et optimalt aktiveringsnivå. Skårderud og Sommerfeldt (2014)

En sentral tanke i mentaliseringsbasert miljøterapi, slik den legges fram hos Skårderud og Sommerfeldt (2014), er en reduksjon av faglige hierarkier. En konsekvens av det er en bevissthet om miljøterapeutens terapeutiske muligheter, gjennom både planlagte og spontane samtaler. En særlig styrke ved sistnevnte er, ifølge forfatterne, at de har vokser ut av en kontekst eller en konkret hendelse, og gir dermed mulighet for utforskning. Selv om deres kontekst primært er psykiatriske avdelinger, er utnyttelsen av det spontane øyeblikket gjenkjennbart også i barnevernfaglig miljøterapi. Forøvrig understreker forfatterne at de terapeutiske rommene som oppstår i øyeblikket kan oppfattes trygge, og ofte tryggere enn den formaliserte terapeutiske virksomheten. I tillegg kan felles aktivitet skape rammer som, i kontekst av en barneverninstitusjon, lar ungdommen forholde seg trygt til den voksne. Dette er en tanke som en kjenner igjen fra all miljøterapeutisk virksomhet.

"Men kanskje det legges for stor vekt på ordene. Det snakkes om at det er godt å få tømt seg. Med dem som bebor mange av våre miljøterapeutiske insitusjoner, handler det kanskje vel så mye om å få fylt seg - vel så mye om å få noe inn som å få noe ut" Skårderud og Sommerfeldt (2014).

5.3 Mentaliseringshemmende praksis

Mentaliseringshemmende samspill som skyldes mentaliseringssvikt hos terapeuten kan ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) skyldes enhver situasjon som gjør at mentaliseringen for et øyeblikk glipper”.

Skårderud (2019) forstår miljøterapiens teoretiske forankring som helt sentral i miljøterapeutisk arbeid, og beskriver den som en gjensidig beskyttelse av ansatte og beboere. Ifølge dem risikerer en *teorifattig* organisasjon å miste av syne et blikk for, og en forståelse av, handlinger som resultat av indre prosesser - det forfatterne kaller *de profesjonelles mentaliseringssvikt*. Dermed blir det (for) enkelt å skyldes konflikter eller utfordringer i mellom ansatt og ungdom på egenskaper eller diagnoser på sistnevnte. Dette forstås som en form for konkret forståelse. Nordanger og Braarud (2017) peker på noe av det samme - at arbeid med relasjonsskadde ungdom er en krevende balanseøvelse og at det er lett å gi opp og skyldes på at ”dette er psykiatri”. At vanskene for lett tilskrives diagnoser i stedet for vonde erfaringer, kommuniserer en vegring for å nærme seg det vonde -at det ikke er til å bli tålt. Skårderud (2019) hevder at psykiatriens ensidig fokus på symptomatikk og diagnoser kommuniserer en vegring for de subjektive erfaringene som ligger bak, og sender et budskap om ”at det vonde ikke er til å bli tålt” (s.434). Han sammenlikner det med opplevelsen av at barnet ikke opplever anerkjennelse for sine følelser i møte med omsorgspersonene, og spør seg hvordan barnet da skal utvikle kompetansen til å møte dem. Dette perspektivet er ikke minst relevant i barnevernets arbeid, der fokuset på diagnoser og symptomer kanskje er i ferd med å ta over for traumebevisstheten.

5.4 Mentalisering som systematisk traumebevissthet

Grunntanken i mentaliseringsbasert miljøterapi er som nevnt å operasjonalisere en metodisk tilnærming som fremmer mentalisering, og som unngår holdninger og handlinger som virker mentaliseringshemmende. Min påstand, basert på eksemplene over, er at mentaliseringsbaserte tilnærminger kan forstås som en metodisk tilnærming til traumebevisst omsorg. I det videre dreier diskusjonen seg om en praktisk sammenheng mellom mentaliseringsfremmende og -hemmende praksiser i lys av traumebevisst omsorg.

Det paradoksale med MBT er at mentalisering ligger implisitt i det meste av terapeutisk virksomhet, og at det betraktes som et spisskommetanseområde. Slik er det ikke ulikt slik Nordanger og Braarud (2017) forstås omsorgsarbeidet med utviklingstraumatiserte barn. Det ligger naturlig i oss, men det er det evnen til mentalisering utfordres at den trengst aller mest. Det særegne med den mentaliseringsbaserte tradisjonen er imidlertid den mentaliseringsfremmende ambisjonen uttalt og eksplisitt, og holdninger og metoder er utviklet nettopp for å fremme mentaliseringsevnen. Deres argument er at begreper og teoretisk forankring er sentalt for å ha et språk for hva man *tror* man gjør, og at en klar forankring øker sannsynligheten for at en lykkes i det. Dette er selve kjernen i all miljøterapeutisk praksis - at en har klare forestillinger hva en ønsker å oppnå, og hvordan miljøet må tilrettelegges for å komme dit. målet og hvordan en skal tilrettelegge miljøet for å og veien dit. Om en tar utgangspunkt i Nordanger og Braarud (2017) sitt reguleringsperspektiv eller Bath og Sieta (2018) sine tre pillarer, ser en at mentaliseringsfremmende praksis implisitt er en sentral del av arbeidet. Imidlertid er det min oppfatning at disse forståelsesrammene har klare forestillinger om hva barnet trenger, men mindre klare metodiske verktøy for å klare å gi nettopp dette. Dette understreker også Bath og Sieta (2018) i sitt forord - at TBO er utviklet som en ramme for *alle* som arbeider med utviklingstraumatiserte barn for å støtte opp under terapeutiske intervensjoner. Mitt argument er imidlertid at miljøterapeutisk arbeid innenfor rammene av en barneverninstitusjon har et større potensiale enn TBO legger opp til. Institusjonen og de institusjonsansatte i seg selv kan være en del av intervensjonen. Det mentaliseringsbaserte tilnærminger bidrar med er altså spesifikke teknikker, holdninger og intervensjoner som kan hjelpe ossi nettopp dette arbeidet.

Som vist i 2.6.2 ble TBO utviklet som en forståelsesramme for *alle* som arbeider i tilknytning til barn og unge med utviklingstraumer. Tanken er at de rammene som Bath og Sieta (2018) sin modell n gir skal være mulig å implementere i ethvert miljø som har til hensikt å ivareta disse barna, og berede grunnen for nødvendige terapeutiske intervensjoner. Fordi TBO skal være et flek-

sibelt og lettfattelig rammeverk, er det min oppfatning at den ikke alene Det impliserer at TBO i sin opprinnelige for *ikke* er et rammeverk som i tilstrekkelig grad tar innover seg potensialet som ligger i miljøterapeutisk arbeid i barneverninstitusjoner. Min innstilling er at å ukritisk adpotere denne modellen inn i barnevernfaglig arbeid er med på å underkjenne hvilken rolle insitusjonene er ment å ha. Hvis en legger til grunn Kvaran og Holm (2020) sin argumentasjon insstilling skal barneverninsitusjonene være en instans som drive *både* omsorg og behandling. Min hensikt med å trekke dette skillet er å synliggjøre at barneverninstitusjonene har potensiale for *noe mer* enn den omsorgsmodellen Bath og Sieta (2018) gir. Det betyr også at en metodisk tilnærming som skal implementeres med mål om å skape virkningsfulle omsorgs- og behandlingstiltak, trenger en tydeligere metodisk og teoretisk tilnærming. Nettopp derfor mener jeg at TBO kan operasjonaliseres gjennom mentalisering som metodisk tilnærming. At mentaliseringbaserte tilnærminger kan benyttes som et supplement til allerede eksisterende praksis, er også noe Skårderud og Sommerfeldt (2014) erfarer gjennom sitt veiledningsarbeid.

5.5 Miljøterapi som høyrisikoaktivitet

Overskriften tar inn over seg en utfordring som Skårderud og Sommerfeldt (2014) betegner som en sentral utfordring med all miljøterapeutisk virkelighet, men som kanskje særlig gjør seg gjeldende i barneverninstitusjonene. Barneverninstitusjonenes formål er å tilby endringsskapende og utviklingsstøttende rammer, og det innebærer naturlig nok å samle barn og unge med omfattende utfordringer og store hjelpebehov under samme tak. Samtidig som hvert av individene tar med seg sine egne strategier for overlevelse inn i institusjonen, kompliseres det ytterligere av de muligheter og utfordringer for kontakt både i møte med ansatte og andre ungdom. som naturlig nok følger med

Et forhold som belyses i flere av studiene er barneverninstitusjonenes utfordring knyttet til å ivareta forsvarlig omsorg for barn med destruktiv og risikofylt atferd. Dette knyttes til ivaretagelsen av behovene hos hver enkelt ungdom, men vel så mye om dynamikken ungdommene i mellom.

Ikke desto mindre er det viktig å være bevisst på hva som *kan oppstå* Skårderud og Sommerfeldt (2014) mener at bevissthet om og gode beskrivelser av vanskelige fenomener og dilemma er viktig for å fremme gode behandlingsskulturer.

”Vi gjør det fordi vi har erfaring med at det kan fungere. Og vi kaller det miljøterapi”. Sentralt i å lykkes, hevder forfatterne er gjennomtenkte metoder.

6 Avslutning

Denne oppgavens formål har vært å undersøke mulighetene som ligger i mentaliseringsbasert miljøterapeutisk virksomhet i institusjonsarbeid med utviklingstraumatiserte barn. I kapittel 1 ble det redegjort for bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Kapittel 2 har redegjort for relevant teori. Det teoretiske utgangspunktet er en utviklingspsykologisk forståelse av utviklingstraumer og Kapittel 3 gjennomgår de metodiske valgene som oppgaven baseres på, herunder valger at narrativ litteraturstudie som metode. I kapittel 4 ble den forskningen som ligger til grunn for oppgaven presentert. Kapittel 5 diskuterer problemstillingen. Videre redegjøres det kort for hva diskusjonen har dreid seg om, før problemformuleringen besvares.

6.1 Avsluttende refleksjoner

De omfattende konsekvensene av tilknytningstraumer fører, etter min mening til at vi må tenke nytt om hvordan vi fårstår psykiske lidelser hos barn i barnevernet. Som et alternativ til en psykopatologisk tilnærming, ble det i kapittel 2 redegjort for en forståelse som syntetiserer fagfelt en rekke fagområder, herunder ... , som trekker sammenhegner mellom konsekvensene av utviklingstraumer og uttrykk som kan *misforstås som psykiske lidelser*. En slik forståelse begrepsfestes her som *traumebevisst tilnærming* til psykopatologi. En implikasjon av en slik forståelse er at det blir lite hensiktsmessig å rette terapeutiske intervensjoner mot enkeltlidelsene, men at behandlingstilnærmingen må ta utgangspunkt i den bakenforeliggende problematikken. Det vil si at en virkningsfull behandlingstilnærming må rettes mot de komplekse behovene og indre strukturene som har skapt, og kontinuerlig opprettholder, behovet for destruktiv eller dysfunksjonell atferd. Enkelt sagt: Det som er ødelagt i relasjonelt samspill, må heles gjennom *nye* relasjonelle samspill. Dette fordrer en helhetlig forståelse, og en erkjennelse av at den miljøterapeutiske virksomheten har et vel så stort potensiale som psykoterapeutiske intervensjoner. Likevel er det nettopp i møte med tilknytningstraumer at relasjonsarbeidet utfordres til det ytterste. Denne oppgaven foreslår at en mentaliseringsbasert tilnærming kan være et verktøy for å operasjonalisere kunnskapen om hva et utviklingsstøttende og endringskapende er. Målet er at barn og unge med omfattende vansker som følge av sin tidligere omsorgssituasjon skal få *rett hjelp*, jf. bvl § 1-1. Diskusjonen har dermed sitt utgangspunkt i å diskutere styrker og svakheter ved en slik metodikk i rammene av barneverninstitusjonen.

6.1.1 Konklusjon

Med bakgrunn i diskusjonen i kapittel ?? konkluderer oppgaven med at mentaliseringsbaserte tilnærminger til miljøterapi kan være hensiktsmessige i institusjonenes arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Det ble blant annet vist hvordan opplæring imetaliseringsbaserte metoder kan knyttes til terapeuters opplevelse av håp og trygghet i pasientrelasjonen. Dette er i grunnen ikke overaskende i lys av den påfølgende diskusjonen. Der vises det med utgangspunkt i konkrete utfordringer og situasjoner hvordan den metodiske tilnærmingen MBT gir, styrker holdninger og handlinger som forenkler er svært krevende relasjonelt arbeid. Særlig den metodiske tilnærming til håndtering av situasjoner med selvskade, som et ledd i mentaliseringsfremmende praksis, noe som kan bringe håp og trygghet inn i barneverninstitusjonene. Avslutningsvis vises det hvordan MBT kan forstås som en systematisering av traumebevisste tilnærminger. Dette er verdifullt, nettopp tilnærminger som TBO og reguleringsperspektivet ikke gir en systematisert tilnærming til hvordan en skal skape de omsorgsmiljøene som kan bidra i reduksjon av skadene utviklingstraumer fører med seg. Som det ble argumentert for til sist i denne oppgaven Mentaliseringsbaserte tilnærminger til miljøterapeutisk arbeid kan altså være et verktøy for å systematisk implementere traumebevisste tilnærminger i institusjonsbarnevernet. Samtidig bidrar traumebevisste perspektiver etter min mening til å fremheve miljøterapeutisk virksomhet som høyst nødvendig del av behandlingstilbudet til utviklingstraumatiserte barn. Med systematiserte tilnærminger og de rette metodiske verktøy, er heller ikke institusjonsbarnevernet *bare* et omsorgstiltak, men et høyst kompetent behandlingstiltak.

Referanser

Bøker og artikler

- Anglin, J. P. (1993). *Pain, Normality, and the Struggle for Congruence: Reinterpreting Residential Care for Children and Youth*. Routledge.
- Bath, H., & Sieta, J. (2018). *The Three Pillars of Transforming Care : Trauma and resilience in the other 23 hours*. UW Faculty of Education Publishing.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Method*.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Farstad, M. (2017). *Skam. Eksistens, relasjon profesjon* (1. utgave , 4. opplag). Fagbokforlaget.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3.). Universitetsforlaget.
- Kvaran, I., & Holm, J. (2020). *Barnevernsfaglig miljøterapi* (1. utgave). Cappelen Damm.
- Kvello, O. (2010). *Barn i risiko - Skadelige omsorgssituasjoner* (1st). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, E. (2005). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer - Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* (1. utgave , 4. opplag). Fagbokforlaget.
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Skårderud, F. (2019). *Uro - En reise i det moderne selvet*. Aschehoug & Co'.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2014). *Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal Norsk Forlag.

Artikler og rapporter

- Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kunnskapsdepartementet. (2024). Vårt felles ansvar – ny retning for barnevernets institusjonstilbud. *RAPPORT 01/2021*.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*, 23(4).
- Bergsund, H. B., Nøkleby, H., & Johansen, T. B. (2024). Hva kjennetegner ungdommer som er plassert i omsorgsinstitusjoner i barnevernet? En hurtigoversikt. Hentet 26. mars 2024, fra <https://www.fhi.no/contentassets/b714272b3a4d4108aa97dab2094bc977/hva-kjennetegner-ungdommer-som-er-plassert-i-omsorgsinstitusjoner-i-barnevernet-rapport-2024.pdf>
- Bræin, M. K., Andersen, A., & Simonsen, A. H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 990–997.
- Drange, N., & Hernæs, Ø. M. (2020). Kvantitativ beskrivelse av institusjonspopulasjonen. *Frischsenteret*.
- Espenes, K., Waaler, P. M., Keles, S., Helland, S. S., Schmidt, H., Kjøbli, J., & Tørmoen, A. J. (2023). Implementing a Residential Dialectical Behavior Therapy Informed Treatment Model to Improve Adolescent Mental Health: Feasibility, Fidelity, and Acceptability. 40. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0886571X.2022.2090481>
- FO. (2023). Yrkesetisk grunnlagsdokument for for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.
- Greger, H. K. (2017). Youth at risk: Childhood adversity, psychopathology, and quality of life among adolescents in residential youth care. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2447634/2017-147_Greger_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hafstad, G. S. (2021). Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tverrfaglig-helsekartlegging/vedlegg/Vedlegg%201%20Kunnskapsoppsummering%20om%20helsekonsekvenser%20og%20helseeffekter.pdf/_/attachment/inline/78de8950-c89a-45a6-b02d-deeb5f0afeb0:f60d39821cc3822bbf359f57455f4bd526dc576f/Vedlegg%201%20Kunnskapsoppsummering%20om%20helsekonsekvenser%20og%20helseeffekter.pdf

-
- Hagelquist, J. O., Jensen, C. H., Bloch, M. S., & Rasmussen, H. (2024). A mentalization-based approach to healing children exposed to adverse experiences: Tools for residential care (Bulletin of the Menninger Clinic, Red.).
- Helsetilsynet. (2019). NÅR BARN TRENGER MER. *RAPPORT 09/2019*. Hentet 15. april 2024, fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport9_2019.pdf
- Helsetilsynet. (2023). Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet. Hentet 22. mars 2024, fra https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/gjennomgang-av-saker-der-barn-med-tilknytning-til-barnevernsinstitusjon-har-mistet-livet/forord?b=toc_846372#toc_846372
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. *RBKU*. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2392635/Barnevernrapport%2bRKBU_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Menon. (2020). Institusjonstilbudet i barnevernet. *RAPPORT 54/2020*. Hentet 15. april 2024, fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f03d973e20604b828b07de478199c360/institusjonstilbudet-i-barnevernet_sluttrapport.pdf
- Nordanger, D. Ø. (2021). «Herregud, er alt traumer nå?!» *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2021/09/herregud-er-alt-traumer-na/>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 530–536.
- NOU 2023: 24. (2023). Med barnet hele vegen – barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit. <https://www.ssb.no/statbank/table/12845/tableViewLayout1/>
- Presteng, K. J., Arvolam, A. K., Jensen, O., Dahl, K., & Matre, P. J. (2015). Differensiering og standardisering av Funksjon 3: Omsorg for ungdom. Hentet 15. mars 2024, fra https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Differensiering_og_standardisering_av_Funksjon_3_Omsorg_for_ungdom-.pdf
- SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Red.).
- Sukhera, J. (2022). Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 414–417.
- Ådanes, M., Westby, L. C. L., Kaspersen, S. L., Krane, V., Sommer, M., Kaasbøll, J., Bruteig, R., Halvorsen, T., Thoresen, S., & Paulsen, V. (2024). Helsehjelp til barn i barnevernet Behov, barrierer og helsetjenestebruk.
- Ådanes, M., Melby, L., Kaasbøll, J., & Kaspersen, S. L. (2020). Ambulant psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner Barnevernets erfaringer og perspektiv. *SINTEF FAG*. https://www.sintef.no/contentassets/fd440bec32614c06bcffd00af7320d56/rapport-ambulant-psyki-barnevern-ny-versjon_endelig_rapp_signed.pdf

Lovverk og lovtekster

- Barnevernloven. (2021). Lov om barnevern (barnevernsloven). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2021-06-18-97>
- Prop. 133 L (2020–2021). (2022). Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-133-l-20202021/id2842271/?q=13%20%C3%A5r&ch=5#match_2

