

Fordypning: Traumeperspektiv i beslutningsarbeid

Ikke alle barn som har kontakt med barnevernet er traumatiserte, men mange lever med belastninger og strever på et eller flere områder i sin utvikling. At barn i barnevernet strever på mange områder bekreftes av to studier på norske barn som plassert utenfor hjemmet. I en forskningsrapport fra NTNU 2015 (*Kayed et.al, 2015*) estimeres det at tre av fire unge på barnevernsinstitusjon har hatt en eller flere alvorlige psykiske lidelser de siste tre måneder.

Videre fant forskerne at det var stor grad av komorbiditet (samsykelighet) mellom angst, depresjon og alvorlige adferdsforstyrrelser. I en annen studie på norske fosterhjemsbarn kom det frem at så mange som 51% av barna i alderen 6-12 år fyller kriteriene for én eller flere psykiske lidelser. Det er ti ganger høyere enn blant norske skolebarn ellers (Lehman et. al, 2013). Som ansatt i barneverntjenesten i arbeid med utsatte barn og unge vil dere derfor med stor sannsynlighet møte barn som sliter med sammensatte vansker.

Traumekunnskap om hvilke konsekvenser belastninger i barndommen kan få, og hvordan belastninger kan komme til uttrykk hos barn, kan derfor være et nyttig perspektiv i undersøkelsesarbeidet.

Traumeteori som forståelsesramme for sammensatte og komplekse vansker

Judith Herman (1992) var en av de første til å systematisk beskrive at systematiske overgrep i barndommen førte til et komplekst symptombylle. Dette har ført til at i dag er fagfeltet opptatt av de mer kroniske traumatiske belastningene som skjer tidlig i livet, særlig i nære relasjoner (van der Kolk, 2005, Siegel, 2012). I denne tradisjonen er traumbegrepet utvidet til ikke bare gjelde dramatiske hendelser, men også det barna ikke har fått i sin oppvekst som reguleringsstøtte, understimulering, neglekt og omsorgssvikt. Betegnelsene Kompleks PTSD, komplekse traumer, utviklingstraumer, relasjonstraumer og tilknytnings-traumer er alle betegnelser som forsøker å fange opp barn som utsettes for traumatiske belastninger samtidig med at omsorgen også svikter.

Vi har valgt å bruke betegnelsen **utviklingstraumer**. Poenget med alle betegnelsene er å vise til at over tid kan kroniske belastninger føre til skjevutvikling som igjen kan få konsekvenser på svært mange livsområder (Braarud og Nordanger, 2011, Nordanger og kolleger 2011). Barna som barnevernet hjelper, har ofte opplevd kroniske belastninger og mangler i oppveksten over tid. For noen i så stor grad at vi ser på det som utviklingstraumer.

Nedenfor ligger en link til en film om hvordan kronisk stress kan påvirke hjernens utvikling: Toxic Stress Derails Healthy Development (norsk, 2 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=gsd53sv4QL4>

Konsekvensen av kroniske belastninger på utvikling

Teague (2013, i Jørgensen og Lillevik, 2016) peker på 7 utviklingsområder som kan få omfattende forstyrrelser som konsekvens av å leve med kroniske belastninger:

1. Tilknytning: Barnet kan bli utrygg og årvåken i forhold til mulige trusler, får mistillit til andre og er i konstant beredskap for avvisning. Noen av barna kompenserer ved å bli klengete («borrelåsbarn»), andre ved tilsynelatende å provosere frem avvisning.

2. Kognisjon: Barnet kan ha problemer med refleksjon, forståelse av språk og tolke situasjoner. Barnet kan også få vansker med hukommelsen, det vil si at barnet kan ha vansker med å huske innhold i forklaringer, avtaler og instruksjoner, og kan ha vansker med å lære av sine egne erfaringer og feil. Vi ser også vansker med oppmerksomhet og evne til å planlegge, det vil si å få gjort de rette tingene til rett tid.

3. Atferdsregulering: Barnet kan få redusert kontroll over egen atferd, og redusert eller manglende impuls kontroll.

4. Affektregulering: Barnet kan ha redusert evne til å regulere følelser, kan komme raskt i intens affekt og ha store vansker med å roe seg ned.

5. Selvbilde: Barnet kan føle seg verdiløst og skammer seg over seg selv. Barnet kan være overopptatt av å bli tatt vare på, og kan ta kontakt med andre på måter som er for fysiske eller seksualisert.

6. Dissosiasjon: Barnet kan lagre de traumatiske opplevelsene som splittede deler. Dissosiasjon fungerer som en mestringsstrategi ved å beskytte hjernen mot opplevelser som er så sterke at de sprenger barnets kapasitet for å håndtere hendelsen på en sammenhengende måte. Det som da kan skjer er at enkelte deler av inntrykkene og følelsene så å si lagres fragmentert hver for seg i hukommelsen. Å få en slik delhukommelse reaktivert er ubehagelig for et traumeutsatt barn, og barnet vil derfor ubevisst forsvare seg mot slike følelsesmessige gjenopplevelser. Etter hendelsen kan derfor oppsplittingen gjenta seg og forsterke seg som et forsvar, utviklet for å unngå invadering av ubearbejdede og intense minner (Anstorp & Benum, 2014).

7. Biologisk fungering og modning: Barnet kan få forsinket motorisk utvikling, fordøyelsesvansker, kroppslige smerter og sykdom.