

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKOLOGI

Vol.54 nr.10 2017

---

**TEMA:**  
Utviklings-  
traumer

---

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-10



RETURUKE 45 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 54 nr. 10 2017

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no), tlf. 474 01 165

**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, [kjersti@psykologtidsskriftet.no](mailto:kjersti@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg (debattansvarlig),  
[perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,  
[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,  
[nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no) og [debatt@psykologtidsskriftet.no](mailto:debatt@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
[e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt  
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

**Omslagsillustrasjon** Åshild Irgens

**Form** Bøk Oslo AS

**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

# Omprioriteringer

**KUNNSKAPEN VI HAR** om utviklingstraumer, tilsier radikale omprioriteringer av samfunnets ressurser, med omfattende følger for organiseringen av hele vårt helse- og sosialvesen, mener Ane Ugland Albæk og Mogens Albæk (les innlegget på side 1010). Med kunnskapsfeltets tunge forankring i generell utviklingspsykologi kunne de lagt til både barnehager og skoler – eller familie – som eksempler på arenaer der denne kunnskapen får følger.

**Omprioriteringer handler ikke om** tilleggsbevilgninger, men betyr å flytte midler fra ett felt til et annet. Som når gjesteredaktør Dag Ø. Nordanger i denne utgaven (side 904) sier at «alle de ressursene vi nå kanalisere inn i spesialiserte tjenester, burde heller vært i skolen, i barnehagen og i barnehjem». Realpolitisk er en slik omprioritering vanskelig, og den blir ikke enklere av at den tålmodige omsorgen som vi bør yte barn, også er det som skal til for å hjelpe mange voksne med alvorlige psykiske lidelser. Likevel forteller scenarioet om den potensielle sprengkraften som ligger i utviklingstraumefeltet, som spørsmålet om å flytte store behandlingsressurser fra helsevesenet og inn i utdanningssystemet.

**Kunnskapsfeltet er heller ikke** entydig. Men kunnskap fra utviklingspsykologien, epigenetikken og traumefeltet peker alle i retning av en annerledes forståelse av psykiske helseplager

enn hva den tradisjonelle medisinske modellen har lagt til grunn. Ja, instituttleder Pål Kraft ved Psykologisk institutt mener at psykologien står overfor et paradigmeskifte som har implikasjoner for langt mer enn psykisk helsevern: «Snart vil vi se de aller fleste sykdommer som et resultat av tilpasninger, enten det er snakk om hjertelidelser, rusavhengighet eller psykiske vansker» (se side 908).

**Følgene av en slik forståelse** handler ikke bare om hvilken behandling vi tilbyr, men vel så mye om hvorvidt vi har organisert våre hjelpetiltak på et vis og på de arenaer som virkelig bidrar til å forebygge og lette våre helseplager. For når tålmodig omsorg satt i system blir den viktigste arenaen for endring, da har vi beveget oss et godt stykke unna dagens behandlingssystem med innsattsstyrt finansiering, pakkeforløp og manualbaserte intervensjoner.

**Kanskje er det de politiske** implikasjonene av en slik forståelse vi ser konturene av når barne- og likestillingsminister Solveig Horne ønsker å lovfeste «kjærlighet» i barnevernet. Da har forståelsen av utviklingstraumer og barnet beveget seg ut av terapirommet og inn på systemnivå og inn i politikken. Kanskje finnes det en politisk vilje til å ta kunnskap om utviklingstraumer på alvor. Det kan igjen få følger for langt flere sektorer enn barnevernet. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Psykologien står overfor et paradigmeskifte som har implikasjoner for langt mer enn psykisk helsevern



# Tema: Utviklingstraumer

## 908



FOTOCOLLAGE: FARTEN RUDJORD

### UTENFOR KATEGORIENE

Barn med såkalte utviklingstraumer utfordrer de tradisjonelle diagnosene.

*Aktuelt*

## 970



ILLUSTRASJON: MARIE PAVAN

### OMSORG FOR DE MINSTE

I Alinemodellen går utredning og behandlingsomsorg hånd-i-hånd, skriver Kristin G. Furuholmen og Mette Sund Sjøvold.

*Fra praksis*

## 927

*Han kunne plutselig stenge helt av igjen og bli utilnærmelig, midt i et frydefullt samspill*

Nils Eide-Midtsand, Evidensbasert praksis



# 1010



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

## RADIKAL OMPRIORITERING

Kunnskapen om utviklingstraumer gjør at vi må omprioritere helseressursene, mener Ane Ugland Albæk og Mogens Albæk.

*Meninger*

# Innhold

- 901 **Omprioriteringer**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 904 **Regulerende omsorg**  
Fra gjesteredaktøren | Dag Ø. Nordanger
- 906 **Historiens kraftlinjer**  
NÅ: Anders Dovran | Nina Strand
- 908 **Barndomstraumer i nytt lys**  
Aktuelt | Adriane Lilleskare Lunde
- 915 **Støtter Stangehjelpa**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 918 **Betydningen av å være trygg - 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori**  
Evidensbasert praksis | Nils Eide-Midtsand & Dag Ø. Nordanger
- 927 **Betydningen av å være trygg - 2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn**  
Evidensbasert praksis | Nils Eide-Midtsand
- 936 **Langtidsvirkninger av barndomstraumer**  
Oppsummert | Monica Aas
- 940 **Epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser - et resultat av psykososialt stress?**  
Vitenskapelig artikkel | Roar Fosse
- 951 **Nevrobiologisk forståelse av traumeminner**  
Vitenskapelig artikkel | Ane Ugland Albæk & Anne Marita Milde
- 958 **Kartlegging av barn med «The neurosequential model of therapeutics»**  
Evidensbasert praksis | Heine Steinkopf, Mari Kjølseth Bræin & Dag Ø. Nordanger
- 970 **Alinemodellen**  
Fra praksis | Kristin G. Furuholmen & Mette Sund Sjøvold
- 978 **Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer**  
Fra praksis | Else Merete Fagermoen et al.
- 990 **Traumebevissthet i barnevernet**  
Fra praksis | Mari Kjølseth Bræin, Anette Andersen & Ane Heiberg Simonsen
- 998 **Musikkterapi og traumebevisst omsorg i barnevernet**  
Vitenskapelig artikkel | Viggo Krüger, Dag Ø. Nordanger & Brynjulf Stige
- 1009 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Den skjulte epidemien (s. 1010)  
Debatt: Stangehjelpa (s. 1015), Sykeliggjøring (s. 1016), Kjernejournal (s. 1020), Vitenskapsteori (s. 1022)
- 1024 **INNTRYKK**  
Bokanmeldelser: Trygghetssirkelen i skolen (s. 1024), En moderne klassiker (s. 1026), Distansert om born (s. 1027)
- 1028 **Kurskalenderen**
- 1029 **Annonser**
- 1038 **Stillingsannonser**

# Regulerende omsorg

Utviklingstraumeperspektivet handler mer om å kompensere for barnets tapte erfaringer enn å «reparere skader». Da blir omsorgssystemet den viktigste arenaen for endring. Som hjelpere må vi yte regulerende omsorg.

## Gjesteredaktør



**DAG Ø. NORDANGER.** Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebbygging (RVTS) - Region vest. Gjesteredaktøren er også medforfatter av en bok med samme tittel som dette temanummeret, og driver foredragsvirksomhet og kompetanseutvikling på feltet. Foto: Arkiv

**D**ette temanummeret er tilegnet begrepet utviklingstraumer. Som Ane Ugland Albæk og Mogens Albæks kronikk reflekterer, kan perspektivet betraktes som et paradigmeskifte med vidtrekkende implikasjoner for arbeid med utsatte barn og unge (se side 1010). Begrepet overlapper med en rekke andre anvendte betegnelser for traumatiske erfaringer. Utviklingstraumer skjer i nære relasjoner under oppveksten, og kan jo derfor også kalles «relasjonstraumer» eller «barndomstraumer». De er sammensatte, gjentatte og foregår over tid, og kan derfor per definisjon også kalles «komplekse traumer» eller «type II traumer». Hva tilfører da begrepet utviklingstraumer?

**Jeg ble spurt** om å være gjesteredaktør for temanummeret fordi jeg, sammen med Hanne C. Braarud, i ulike publikasjoner har forsøkt å besvare nettopp det spørsmålet. Det nye med utviklingstraumebegrepet er, slik vi ser det, begrepets forankring i utviklingspsykologien. Mens traumefeltet tradisjonelt har vært mest opptatt av skadevirkningene av sterke negative erfaringer, anerkjenner utviklingstraumeforståelsen at barn som stadig utsettes for traumatiske belastninger i sitt omsorgsmiljø, også frarøves avgjørende positive erfaringer – erfaringer alle barn trenger for å utvikle seg optimalt.

**Hvilke erfaringer er det** da av avgjørende betydning å gå glipp av? Utviklingspsykologien har i økende grad rettet søkelyset mot betydningen av å bli *regulert*. En sentral omsorgsoppgave er å gi barnet «reguleringsstøtte», det vil si å hjelpe barnet til å bli trygt og rolig igjen når det er frustrert, sint eller skremt. Toleransevindu-modellen, som refereres til flere steder i temanummeret, tilbyr en visualisering av hva dette handler om: Når barnet er hyper- eller hypoaktivert, noe barn lett blir, er det vår oppgave å hjelpe det tilbake i den aktiveringssonen som er optimal for å kunne lære, konsentrere seg og delta i sosialt samspill.

**Nevrobiologisk forskning har** bidratt mye til erkjennelsen av hvor viktige slike omsorgserfaringer er, og flere av artiklene i temanummeret går nærmere inn på dette forskningsgrunnlaget. Man antar at gjentatte

skremmende erfaringer utvikler og styrker nevralt systemer som bidrar til å utløse affekt, mens gjentatte erfaringer av å bli regulert fremmer utviklingen av de systemene som bidrar til å regulere affekt. Utviklings-traumer defineres av et vedvarende misforhold mellom disse formene for erfaringer: Barnet utsettes for traumatisk stress, i kombinasjon med at reguleringsstøtten svikter. Det typiske eksemplet er når den som utgjør trusselen, og den som skulle gitt barnet reguleringsstøtte, er samme person, slik tilfellet kan være ved vold eller overgrep fra omsorgspersoner.

**Mange av konsekvensene** av denne formen for traumatisering kan følgelig forstås som reguleringsvansker. Barnets stress-responssystem blir sensitivt slik at barnet lett kommer utenfor sitt toleransevindu, samtidig som reguleringskapasiteten forblir underutviklet slik at barnet kan bli «fanget» i sterke hyperaktiverings- eller hypoaktiveringsreaksjoner. I vår felles artikkel drøfter Nils Eide-Midsand og jeg hvordan slike reaksjoner har en overlevelsesfunksjon som angivelig styres av ulike forgreninger av vagusnerven. Eide-Midsand tar perspektivet med seg videre inn i en egen artikkel om det kliniske arbeidet med en utviklingstraumatisert gutt.

**Utviklingstraumatiserte barns reguleringsvansker** går ofte på tvers av diagnostiske kategorier. De kan også ha forskjellige uttrykk fra barn til barn. Utviklingen kan «spore av» på ulike måter og i ulike retninger alt etter belastningenes sammensetning og det utviklingstrinnet barnet er på når belastningene finner sted. Dette utfordrer en del av de systemene vi i dag har for kartlegging og kategorisering av vansker, og taler for en mer utviklingsbasert tilnærming. I en av artiklene i temanummeret illustrerer Heine Steinkopf og hans kolleger bruken av kartleggingstilnærmingen *Neurodevelopmental model of therapeutics (NMT)*, og drøfter om den i så måte kan tilby et alternativ.

**I tråd med** den økte vektleggingen av utsatte barns tapte erfaringer vil tiltak som springer ut fra et utviklingstraumeperspektiv, handle mer om å kompensere for tapet enn om å «reparere skader». Omsorgssystemet blir den viktigste arenaen for endring, der man søker å istandsette hjelpe til å gi regulerende omsorg. «Traumebevisst omsorg» legger dette perspektivet til grunn, og i sitt bidrag beskriver Mari Bræin og hennes kolleger erfaringer med å innføre denne tenkningen i ulike barneverninstitusjoner. Viggo Krüger og medforfattere foreslår sitt empiriske bidrag at musikkterapi har i seg mange av kjennetegnene ved traumebevisst omsorg og kan være en «traumebehandling» for fremtiden. Perspektivet utelukker imidlertid ikke at også mange av disse barna kan ha nytte av tradisjonell traumebehandling, og i sitt bidrag drøfter Else Merete Fagermoen og hennes medforfattere hvordan traumefokusert kognitiv atferdsterapi kan tilpasses for å møte deres behov.

**Utviklingstraumebegrepet er ungt**, og perspektivet kan med rette kritiseres for fremdeles å være sterkere teoretisk enn i praksis. Mange av de kliniske og praktiske implikasjonene gir intuitivt mening, men det gjenstår å teste dem ut empirisk. Jeg håper temanummeret kan stimulere til interesse, debatt, og dermed til videre fagutvikling på dette viktige folkehelseområdet. Barnevoldsutvalgets nylig publiserte rapport «Svikt og svik» viser at vi per i dag ikke er gode nok til å fange opp disse barna og gi dem den hjelpen de trenger. ✕



Utviklingstraumer defineres av et vedvarende misforhold mellom disse formene for erfaringer: Barnet utsettes for traumatisk stress, i kombinasjon med at reguleringsstøtten svikter





**ET UTVIDET BILDE** Vi trenger en økologisk tilnærming. Det å trekke inn folk i omgivelsene som betyr mye for den enkelte ungdommen, er avgjørende, sier Anders Dovran ved RVTS Sør.

## HISTORIENS KRAFTLINJER

Å få hjelp til å fortelle sin livshistorie – ikke bare om traumene – kan være livreddende. Men én terapeut er ofte ikke nok, mener psykolog Anders Dovran.

**TEKST** Nina Strand

**FOTO** Therese Skauge Klokset, RVTS Sør

**– I august gikk du ut i NRK med hard kritikk av barnevernet. «Når de (ungdommer) har så stor indre smerte at kuttingen demper, fjerner vi barberbladene», sa du. Hvor ligger problemet?**

– Problemet ligger i at vi ikke forstår barn og unges indre smerte, og at vi heller ikke bruker nok tid på å finne ut hvordan de kan klare å leve med livsfortellingen sin. Jeg har jobbet med barnevernsbarn siden jeg var 20 år. Da jeg begynte på psykologstudiet, fant jeg ikke så mye av denne virkeligheten i lærebøkene. Men halvveis i studiet fikk jeg Dagfinn Winje som veileder. Jeg hørte hans forelesninger om traumer, og ble opptatt av å forstå mer av hva slags livsbelastninger barnevernsbarna hadde med seg. Dobbeltkompetanseprosjektet i Bergen ga meg muligheter til å jobbe klinisk samtidig som jeg tok doktorgraden, der jeg kartla barndomstraumer og livsbelastninger hos barn og unge. Vi har fortsatt kartleggingen i flere år etterpå, og i dag har vi et datamateriale fra rundt 1000 barn og unge i psykisk helsevern, barnevern, rusomsorgen og fra fengsler. Dette er en viktig bakgrunn for det jeg sa i mediene. Jeg mener at barneverninstitusjonene ikke er gode nok på psykisk helse. Barn som får omsorg der, har masse posttraumatiske skader, atferdsproblemer og rusproblemer, men

får ikke et helhetlig og tverrfaglig tilbud. Barna må få snakke om det de har opplevd, og om hva de sliter med i dag. Men det er stort sett skrint med psykologer i barnevernet, og dermed får ikke barna spesifikk behandling for det de strever med: vold, overgrep og rus, for eksempel.

**– Traumesensitiv omsorg og behandling har blitt beskyldt for å være individrettet, og lite opptatt av å involvere miljøet rundt barna?**

– I våre kompetanseprogrammer har vi vært opptatt av at mennesket heles i relasjonen, og at de kan finne mening og oppleve seg verdsett ved å kjenne tilhørighet i fellesskapet. Vi ved RVTS Sør er nå opptatt av hvordan vi kan arbeide mer kontekstuell, og gjerne vende oss mer mot eksistensielle temaer. Kort sagt ønsker vi å bygge på et bredt kunnskapsgrunnlag. Samtidig vet vi at psykologisk behandling med individualterapeutisk fokus alene ikke er kraftig nok for mange av disse ungdommene. Terapi en gang i uka holder ikke. Miljøterapi er ofte en viktig faktor. Det kan bokstavelig talt være livsfarlig og uforsvarlig å ikke samhandle rundt disse ungdommene, kanskje særlig i sammenheng med rusavhengighet. Vi snakker om en utstrakt psykologrolle. Selv er jeg inspirert av Ronnie Janoff-Bulman, som har vist hvordan en grunnleggende antakelse om en trygg verden der folk vil en vel, blir knust hos mennesker som har vært utsatt for en strøm av krenkelser gjennom livet. Her handler det om mer enn ett traume. Disse unge har hatt et liv med overgrep, rus og vold. Hva innebærer det? Hva trenger de, og hvem behøver de rundt seg da?

**– Tre av fire barn på barneverninstitusjoner har en psykisk lidelse, sier en undersøkelse fra NTNU. I hvilken retning bør barnevernet utvikles nå?**

– Jeg har forstått at det planlegges pilotprosjekter i Bodø og Kristiansand, der en skal slå sammen barnevern og psykisk helsevern under samme tak. Det gjør meg begeistret! Utfordringen blir å integrere et individuelt fokus i fellesskapsprosjektet på institusjonene. Min erfaring er at kloke miljøterapeuter er gode til å møte barn og unge; hjelpe dem med å delta i et fellesskap, få en god døgnrytme, delta i praktiske systemer. Samtidig representerer psykologer en annen kompetanse som er etterspurt, men nesten fraværende i denne delen av hjelpeapparatet.

## Hvorfor NÅ?

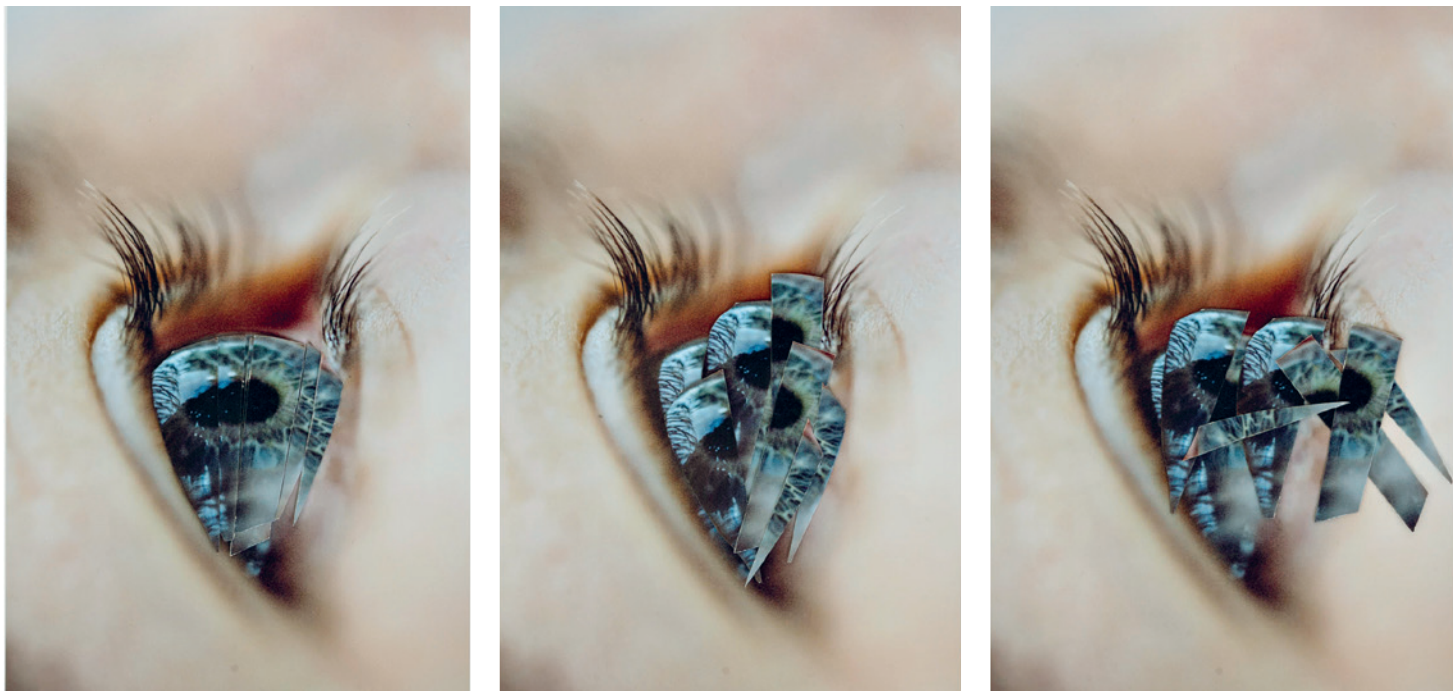
- Anders Dovran er psykologspesialist/PhD ved De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Sør).
- Etter at en 15-åring drepte en 17-åring i sommer pekte han på store mangler i psykisk helsevern og barnevernet.

**– Barn og unge i Forandringsfabrikken etterlyser kjærlighet som en verdi i barnevern og psykisk helsevern. Hvilke faglige endringer ville det bety?**

– Brukerstemmer er ekstremt viktig å lytte til. Når barn og unge i Forandringsfabrikken etterlyser kjærlighet, har de nok ut fra det livet de har levd, en god grunn til det. Begrepet kjærlighet må gis innhold. Kjærlighet er en kraft som både forstår og utfordrer. Som både anerkjenner og skriker høyt mot krenkelser. Men når de unge i Forandringsfabrikken sier at de ikke har lidelser, bare vanskelige liv, blir det for enkelt, mener jeg. Vi *må* være flere rundt hvert barn skal vi oppnå bedring. Hvis foreldrene av gode grunner ikke skal med, kan det være andre i familien, eller for eksempel en lærer, sosialarbeider eller ruskoordinator i NAV. Vi trenger en økologisk tilnærming i dette feltet. Det å trekke inn folk i omgivelsene som betyr mye for den enkelte ungdommen, er avgjørende. Terapitimer på kontoret er ikke nok.

**– Vi er homo narratives, ikke bare homo sapiens, har du sagt. Hvilke konsekvenser bør det ha for hvordan ansatte møter barn og ungdom i barnevern og i psykisk helsevern?**

– Begrepet *homo narratives* hentet jeg fra Donald Meichenbaum. Vi mennesker er primært historiefortellere, mener han. Mange ungdommer jeg har møtt, hadde vært gjennom årevis med omsorgssvikt og overgrep. Noen hadde blitt del av tunge etablerte rusmiljøer med nye overgrep og krenkelser. Et liv er lagt i grus, og krenkelsene ser ikke ut til å ta slutt. Hvordan bearbeide en slik historie? Hvordan være til hjelp? Det er noe jeg er opptatt av som behandler. Livsløpsperspektivet på belastningene er viktig for meg. Vi må ha blikket for belastningene og traumene opp gjennom livet, men også for ressursene og framtidshåpet. Hva var det med deg som gjorde at du kom deg gjennom disse påkjennningene? Jeg er opptatt av dette nå, i både forskning og behandling. Det å sammen med ungdommen jobbe fram en historie som han eller hun kan ha med seg videre i livet. En ny livsfortelling, som inkluderer også styrken, det ungdommen gjorde for å håndtere utfordringene. Med andre ord resiliensen, eller gulltrådene, som vi kaller det her på RVTS. Slik vil de forhåpentligvis også stå bedre rustet til å unngå nye krenkelser. ❌



**AKTUELT** Utviklingstraumer

# Barndoms- traumer i nytt lys

Ny viten om traumer i barndommen utfordrer diskusjonen om diagnoser.

**TEKST** Adriane Lilleskare Lunde

**V**ed starten av høstsemesteret i fjor satt profesjonskullet mitt og jeg samlet i et seminarrom på Psykologisk institutt i Oslo. Med få unntak hadde alle rukket å kjøpe inn diagnosemanualen ICD-10. Gjennom tett oppfølging og grundig veiledning skulle vi endelig innlemmes i et av psykologiens nøkkelområder.

– Når dere i fremtiden tar imot pasienter, er dere pliktet til å gi den nødvendige helsehjelpen som vedkommende har krav på, forklarte vår foreleser på kursets første dag.

Formålet med intensivuken var å lære oss at dette innebærer mer enn bare behandling.

– Som psykologer vil dere også være pliktet til å diagnostisere, fortalte hun.





**FAVNER IKKE KOMPLEKSITET** – Problemet med dagens helsevesen er at man bare fanger opp enkeltaspekter ved et menneske, men mislykkes i å favne kompleksiteten, mener Dag Ø. Nordanger. Fotocollage: Fartein Rudjord

I løpet av disse dagene fikk vi prøve oss i strukturerte utredningsverktøy, gjennomgå ulike kasus fra klinikken og spille ut diagnoser i rolleøvelser med hverandre. Det var imidlertid lite rom for diskusjon og refleksjon mellom slagene. Kritiske spørsmål og innvendinger ble møtt med avvisning. Vi ble fortalt at det ikke spiller noen rolle om det tidvis føles meningsløst eller reduksjonistisk å fortvilet lete etter en passende diagnose. Komplekse og overlappende psykiske vansker skal uansett tildeles en medisinsk kategori i tråd med ICD-systemet. Det er lovverket som skal rettlede oss, ikke ideologisk ettertenksomhet eller ubehagelig føleri.

#### **BARN OG UNGE EKSTRA VANSKELIG**

Psykolog og forfatter Dag Ø. Nordanger mener det er vanskelig å skulle avvike fra slike eksisterende strukturer som systemene våre er bygget rundt. Samtidig kan vi heller ikke tillate oss å glemme de store svakhetene som kjennetegner den diagnostiske tilnærmingen.

– Helsevesenet er organisert slik at all vår psyke og somatikk deles inn i små og atskilte bokser, forklarer han. – For hver av disse små boksene hører det gjerne til en manual, en medisin, et forskningsmiljø og et sett personlige rettigheter. Problemet med dette utgangspunktet er at man klarer å fange opp avgren-

sede enkeltaspekter ved et menneske, men man mislykkes i å favne kompleksiteten.

Ifølge Nordanger blir denne utfordringen særlig synlig i møte med barn som har opplevd traumatiske belastninger der også omsorgen har sviktet. Identifiseringen av slike vansker er ingen enkel jobb.

– Barn og unge som har vært utsatt for utviklingstraumer, tildeles gjerne både tre og fire diagnoser. Bak en diagnose finnes ofte en tanke om både årsak og behandling, og med flere diagnoser blir det fort kaotisk. Dagens screening- og kartleggingsverktøy er lite egnet til å yte denne gruppen rettferdighet.

#### **EN NY PSYKOLOGI**

I møte med disse barna settes altså våre ressurser og tilbud på prøve. Dersom de ikke møtes på en ivaretagende og tilfredsstillende måte, er sannsynligheten stor for et gjensyn i barnevernet, i psykisk helsevern, i rusomsorgen eller i et av landets fengsler, ifølge Nordanger.

Hvordan kan vi sørge for å gi rom for menneskers komplekse og situasjonsavhengige lidelseshistorie innenfor et helsesystem som avgrenser, kategoriserer og spesialisierer? En ny bok kan kanskje gi svaret. Sammen med Hanne Cecilie Braarud har Dag Ø. Nordanger nylig gitt ut boken *Utviklingstraumer* (2017). Her rede- »



**GJENNOMGRIPENDE** Barn som har vært utsatt for utviklingstraumer får ofte globale og gjennomgripende vansker framfor spesifikke og avgrensbare, sier Dag Ø. Nordanger, som nylig har gitt ut bok om emnet sammen med Hanne Braarud. Foto: Paul S. Amundsen

- Mange av de ressursene vi nå kanalisere inn i spesialiserte tjenester, burde heller vært i skolen, barnehagen og barnets omsorgssystem.

*Dag Nordanger*

gjør forfatterne for en helt ny forståelse av de mest utsatte barna. De mener vi bør utvide vårt perspektiv på traumer.

- Vanskene disse barna sliter med, burde først og fremst forstås som reguleringsvansker, mener Nordanger.

Det er et integrerende, systemkritisk og voksende forskningsfelt som ligger til grunn for påstanden. Han forklarer at en rekke barn og unge utsettes for skremmende hendelser i sin barndom, mens de samtidig frarøves hjelpen til å regulere ned affekten som oppstår. På denne måten oppstår en kombinasjon av både traumer og omsorgssvikt.

- En slik sirkel av traumatisk stress og fravær av reguleringsstøtte over tid bør kalles utviklingstraumatisering, forteller han.

- Hva blir konsekvensene for disse barna?

- Resultatet er vanskelig å forutse, men vi vet at det sjelden blir spesifikt og avgrensbart. Det er heller regelen enn unntaket at vanskene blir globale og gjennomgripende. I tillegg kommer de til vidt forskjellig uttrykk avhengig av en rekke faktorer. Liknende belastninger kan utløse ulike utfall basert på hvor og når det skjer, situasjonsmessige betingelser og grad av støtte, forklarer Nordanger.

- Det er økologien som griper inn og legger føringer for barnets biologi?

- Nettopp. Vi får en miljøbettinget nevrobiologisk skjevutvikling der kroppslige, kognitive, sosiale, emosjonelle og atferdsmessige funksjoner påvirkes, sier Nordanger.



Han mener vi må slutte å kalle dette komorbiditet. Alt henger sammen med alt når vi ikke får en god grunnmur for vår helse.

### ETTERLENGTET TEORIUTVIKLING

Mange ønsker denne integrative teoriutviklingen i faget vårt velkommen og mener det er på høy tid at vi får et mer utvidet behandlings- og traumeperspektiv. Judith van der Weele er psykologspesialist og har mangeårig erfaring innenfor traumearbeid. Hun er en av dem som er positiv til det nye perspektivet. Samtidig advarer hun mot en uheldig innsnevring.

– Enhver teoriutvikling blir smalsporet, mener hun. Ifølge henne befinner vi oss i en tid da vi nærmest utelukkende søker og snur oss om etter belastninger, lidelser og de det ikke går bra med.

– Dessuten individualiserer vi problemene med den konsekvens at ansvaret for endring tildeles personen alene. Denne tidsånden påvirker og gjør ny traumeteori sårbar. Vi er kanskje blitt flinkere til å inkludere kontekst når det gjelder symptomers utvikling, men vi glemmer fortsatt å være oppmerksomme på det som opprettholder symptomene.

Hun mener systemisk tenkning nærmest er fraværende i dag.

– Vi glemmer alt rundt. Hvor er fokuset på betydningsfulle stressorer som dårlig økonomi, søvnvansker og miljø? Hvorfor setter vi ikke søke-lyset på den sterke organiseringen av identitet rundt traume og sykdom?

– *Du mener teorien bør møtes med visse forbehold?*

– Utviklingstraumer er et helt nødvendig begrep, men vi bør være bevisste på hva som havner i skyggen. Utfordringen med det nye traumeperspektivet er for eksempel at medfødte tilstander underkjennes, det samme gjør resiliens og motstandskraft, påpeker hun.

### TIDLIGERE INNSATS

Ikke alle barn som vokser opp under sviktende betingelser, blir skadelidende. Men selv om begrepet utviklingstraumer kanskje kan kritiseres for å framheve patologi og sykdom på bekostning av tilpasning og mestring, vektlegger perspektivet også forebygging. Nordanger og Braarud skriver om hvordan tidlige omsorgserfaringer i stor grad legger føringer for senere utvikling. Sikrer vi gode oppvekstbetingelser med trygge voksne kan vi hindre utviklingen av fysisk og psykisk lidelse for mange, skriver forfatterne.

I van der Weeles øyne er det spesielt én gruppe som ofte forsømmes og ikke får den oppfølgingen og hjelpen de behøver.

– Gang på gang blir det lagt fram dokumentasjon på at flyktninger og enslige mindreårige asylsøkere ikke møtes med et godt nok tjenestetilbud.

Nylig har Røde Kors og SSB i samarbeid foretatt en nasjonal vitenskapelig gjennomgang av de største humanitære utfordringene vi har i Norge. I rapporten Sosial Puls (2017) bekrefter de at asylsøkere og flyktninger er en svært sårbar gruppe. For majoriteten er hverdagen preget av usikkerhet omkring fremtiden, marginalisering, svak økonomi og et manglende sosialt nettverk. Mange sliter også med store psykiske problemer.

– Disse menneskene utgjør en sammensatt gruppe, men har ofte en omfattende historie av traumer bak seg. Dette betyr at både voksne og barn har behov for langvarige og kompenserende tiltak. Dessverre er ikke samfunnet alltid villig til å gi dem dette, sier van der Weele.

Særlig er hun bekymret for den utålmodigheten som synes å råde i helsevesenet og befolkningen for øvrig.



**ADVARER** Psykologspesialist Judith van der Weele er positiv til et nytt og utvidet perspektiv på traumer, men advarer samtidig mot en uheldig innsnevring. Foto: Fartein Rudjord



– Altfor raskt forventer vi at mennesker som har vært utsatt for enorme lidelser, skal komme til hektene igjen og leve som normalt.

Her tilbyr imidlertid en utvidet traumeforståelse og et nytt reguleringsperspektiv en etterlengtet motvekt, mener hun.

– Dersom dette perspektivet får gjennomslag, betyr det langvarig og omfattende lavterskelstøtte til flyktningforeldre og deres barn. Stressregulering blir et nøkkelbegrep, og vil kreve omfattende tverrfaglig samarbeid og skreddersømstenkning i helsevesenet, sier van der Weele.

## TIDLIG OG BRED INNSATS

Nettopp lavterskel synes å være et ord i tiden. Økende forskning dokumenterer sammenhengen mellom negative barndomserfaringer og senere psykisk og fysisk helse. Den kjente ACE-studien (1998) er bare ett av eksemplene som bekrefter mønsteret: Jo flere negative erfaringer som liten, jo større sjanse for sykdom som voksen. Viktigheten av å nå flere tidlig synes å feste seg i den kollektive bevisstheten.

I den allerede nevnte rapporten av Røde Kors og SSB slås det fast at en kraftig satsing på oppvekstfeltet er et av de viktigste grepene man kan gjøre for å hindre lidelse i Norge. Også regjeringen tar til orde for økt satsing på barn og unges psykiske helse gjennom det nye Folkehelseprogrammet som skal fremme livskvalitet i kommunene. Programmet er en tiårig satsing med mål om å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale helsearbeidet, og har barn og unge som øverste prioritet. Den samme kursen har blitt staket ut av Norsk psykologforening, som vedtok forebygging for barn og unge som sitt hovedsatsingsområde for perioden 2016–2019.

Dag Ø. Nordanger bekrefter hvor avgjørende det er at vi retter vår kompetanse mot det brede lag så tidlig som mulig.

– Mange av de ressursene vi nå kanalisere inn i spesialiserte tjenester, burde heller vært i skolen, barnehagen og barnets omsorgssystem.

Han påpeker at det er de gode mestringserfaringene og de daglige opplevelsene som betyr noe. Som forskningen fra nevrotenskapen viser oss, er det de varige mønstrene som forandrer hjernen vår.

– Det å bli regulert av en trygg annen gjennom gjentagende relasjonelle erfaringer, er det som virkelig hjelper og gjelder, sier Nordanger.

## UNDERVISNING I UTAKT

Fire fullførte år på profesjonsutdanningen har derimot ikke gjort meg like sikker på hva som gjelder. Helt siden diagnosekulturen overbevisende ble introdusert for oss på universitetets seminarrom høsten 2016, har den uforstyrret fått slå rot og vokse forbi konkurrerende tilnærminger. Dette til tross for dens mange opplagte svakheter.

Med håp om en redegjørelse for hvorfor en så ensidig tilnærming får prege både pensum og forelesninger, sender jeg alle mine innvendinger av gårde til instituttleder Pål Kraft. Han byr på kaffe på et kontor i nordfløyen på Psykologisk institutt.

– Diagnoser har opplagte fordeler, ellers ville vi ha kvittet oss med dem for lenge siden, mener han.

Så kan en spørre seg om et så veletablert og innprentet bakteppe ikke har lett for å påvirke våre og omverdenens forestillinger om psykiske lidelsers sanne natur. Da er veien kort til antakelsen om at diagnoser speiler en underliggende etiologi. Kraft mener imidlertid at alle er enige om at diagnoser ikke reflekterer noen underliggende biologisk tilstand. De er symp-

tombaserte og samler bare mennesker som er mer like hverandre enn det andre pasienter er.

– Jeg synes absolutt ikke dette er underkommunisert.

På tross av Krafts påstand om hvor tydeliggjort det er at diagnoser er teoretisk konstruert, har pensumlitteraturen mange ganger vitnet om ignoranse overfor det komplekse som bor i et menneske. Undertegnede har savnet anerkjennelsen av den omfattende komorbiditeten man møter i klinikkene, drøftinger om validitet og forutsetningene for diagnostisk spesifisitet, samt diskusjonen om drivkreftene som ligger bak hele DSM-konstruksjonen.

Kraft bekrefter at diagnosedebatten er full av mange komplekse spørsmål som ikke burde forbigås i stillhet.

– Man burde også spørre seg hva det gjør med dem som får en diagnose, diskutere hvordan omverdenen eller helsevesenet vurderer disse menneskene, og stille spørsmål ved konsekvensene av å måtte diagnostisere for å kunne behandle.

Samtidig mener han diskusjonen er i en svært spennende utvikling. Kraft viser til hvordan en voksende andel litteratur i dag omhandler nettverkstenkningen og ser psykiske lidelser som nevroutviklingsforstyrrelser i spesifikke hjernenettverk. Det amerikanske National Institute of Mental Health (NIMH) lanserte i 2013 initiativet Research Domain Criteria (RDoC). Målet for prosjektet er å avdekke de kausale mekanismene bak alle psykiske lidelser. NIMH finansierer nå mer enn bare diagnosebasert forskning. Anerkjennelse av psykopatologiske fenomener som dimensjonale og kontinuerlige er økende.

– *Så hvorfor utfordres ikke etablerte sannheter i større grad på studiet, ved for eksempel å vise til slike nye og alternative teorier?*

– Dette er det ikke jeg som har ansvaret for, det er primært professorene ved instituttet. Programrådet vårt består av både faglig ansatte og studenter, det er disse som godkjenner emneinnhold og pensumlitteratur.

– *Men du er enig i at vi trenger et pensum som følger med i tiden, som oppdateres ved ny forskning og åpner for kritisk refleksjon?*

– Ja, slik burde det absolutt være. Men jeg kan ikke svare på hvorfor det ikke er det. Det kan være at dette foreløpig er for fersk litteratur, eller at noen av de fagansatte henger igjen i eldre teori. Jeg tror også at enkelte ikke klarer å gi opp sine gamle kamper.



### SYKDOM SOM

### TILPASNING

Snart vil vi se de aller fleste sykdommer som et resultat av tilpasninger, mener instituttleder ved UiO, Pål Kraft.

Foto: Ola Gamst Sæter

Kraft mener mange unødvendige ideologiske diskusjoner om psykologi, biologi eller miljø kompliserer det hele og hindrer god kunnskap-sintegring.

– Noen ganger må man tørre å heve blikket og se at veldig mye er komplementært.

### HJERNEEKSPERTER

I boken til Nordanger og Braarud er et av hovedpoengene at en diagnostisk tilnærming ikke klarer å favne de brede reguleringsvanskene som følger av utviklingstraumer, dessuten kan komplekse årsaksforhold bli kamuflert. Mangel på trygge omsorgspersoner er kanskje den viktigste kjernen i problemet, og et styrket fokus på forebygging lanseres derfor av flere som den beste løsningen. Kraft vil imidlertid bare si seg delvis enig i at vi som psykologer skal kaste oss over lavterskeltilbud og tidlig innsats.

– Vi må ikke glemme at psykologer også skal hjelpe dem som faktisk har fått problemer. Dessuten har vi ikke monopol på forebygging i samfunnet, vi har nok av andre institusjoner og fagområder som kan styre hvordan skole, barnehage og velferdspolitikken gjøres best.

– Men mange av oss kommer på lengre sikt til å få jobb i kommunene, der mye av hovedfokuset vil være nettopp systemarbeid og lavterskeltilbud, likevel er forebyggingsperspektivet nesten fraværende på studiet. Hvorfor er grunnlaget vårt for å ta fatt på nåtidens store helseutfordringer så mye svakere enn det burde ha vært?

– Jeg er selv samfunnsviter og synes det er viktig å ha forståelsen av at vi er et sosialt individ i en sosial kontekst. Psykologer skal ikke være dårlige »

– Psykologer skal ikke være dårlige samfunnsvitere, men må først og fremst være psykologer.

Pål Kraft

samfunnsvitere, men må først og fremst være psykologer. De må vite hvordan hjernen opptar det sosiale, inkluderer det og siden responderer. Dette er for meg fagets åpenbare kjernepunkt.

– *Vi skal være eksperter på hjernen?*

– Riktig. Vi skal være eksperter på hjernen.

– *Det høres veldig teknisk og nevrovitenskapelig ut?*

– Ja, alt kan reduseres. Så må man selvsagt diskutere hvor langt ned man skal gå, men si til et nettverksnivå da.

– *Du mener psykologien bør bevege seg i en mer naturvitenskapelig retning?*

– Jeg mener den har gjort det de siste 20–30 år, og jeg mener det har økt vår forståelse av disse problemene. Man må forstå at psykologifaget har en slik forankring, selv om man dessverre ikke har klart å dra nytte av det i form av bedre behandlingsmetoder ennå. De metodene er stort sett de samme som vi hadde for femti år siden.

– *Og de er ikke gode nok.*

– Nei, de er ikke gode nok. Alle terapier har samme effekt på samme lidelser. Mange slår seg til ro med denne Dodo-fuglen og synes det er behagelig. Jeg mener at det er et tegn på at man ikke har funnet fram til en egentlig god terapi som retter seg mot de problemene folk faktisk har.

### MISFORSTÅTT REDUKSJONISME

Kraft mener mange frykter dreiningen mot det biologiske. De vil ikke lete i hjernen, det blir fort for reduserende, deterministisk og individualiserende. Han mener det hele beror på en stor misforståelse. Ifølge ham må psykologer forstå at det å leve i verden gjør mennesker utsatt for visse stressorer som igjen kan påvirke utvikling av psykisk lidelse. Dette avhenger blant annet av ens individuelle sårbarhet og epigenetikk.

– Dette er *ikke* en nedtoning av det sosiale, men snarere en forståelse av at effekten av det sosiale medieres via det biologiske.

Psykiske vansker oppstår altså ikke i biologien, men påvirkes av den. Tankegangen synes ikke langt unna den Braarud og Nordanger beskriver når de snakker om en miljøbettinget nevrobiologisk skjevutvikling. Kraft mener nesten alle psykologiske lidelser er uttrykk for stressorer i miljøet.

– I tilfeller med alvorlige og tidlige komplekse traumer har det vært vanlig å se på disse barnas hjerne som «skadet», enten det er kognitivt, affektivt eller på andre måter. En del psy-

kologer tar nå til orde for at de ikke er skadet, men tilpasset.

– *Hjernen ses som bruksavhengig?*

– Ja, disse barna blir eksperter på å tilpasse seg. Kroppen tar inn alle miljømessige betingelser og forsøker på best mulig måte å innordne sin egen biologi etter dette. Slik fører miljøpåvirkningen til direkte endringer i hjernens nevrone nettverk.

Burde så ikke dette implisere at psykologutdanningen må vektlegge forebyggende arbeid slik at vi kan bedre barns oppvekst på best mulig måte? Selv om Kraft ikke vil si seg mer enn delvis enig, kan han informere om at instituttet har fått forventninger fra myndigheter og faginstanser om å prioritere førstelinjen og tidlig innsats i større grad. Alle studieprogrammene ved Psykologisk institutt i Oslo er nå under revisjon og skal stå ferdige til jul. På profesjonsprogrammet er den største endringen at forebygging skal inn som en gjennomgående rød tråd.

– Forebygging har ikke vært populært før. På samme måte som vi en gang lærte profesjonsstudenter om arbeids- og organisasjonspsykologi, er det nå forventninger utenfra om å vektlegge dette aspektet.

Betydningen av å forstå samspillet mellom faktorer i individet og omgivelsene rundt, mener Kraft er mer enn en blafrende trend i tiden.

– Mennesket har muligheter til å tilpasse seg unike livsbetingelser ved hjelp av epigenetiske prosesser. Psykologer må jobbe for å forstå hvordan hjernen henter informasjon fra både omgivelser og egen kropp, og deretter tilpasse seg denne kombinerte kunnskapen. Disse mekanismene har vi bare så smått begynt å skjønne rekkevidden av. Snart vil vi se de aller fleste sykdommer som et resultat av tilpasninger, enten det er snakk om hjertelidelser, rusavhengighet eller psykiske vansker.

– *Står psykologien overfor et paradigmeskifte?*

– Ja, jeg mener det. ✘

### REFERANSER

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.





**STØTTE** Stangehjelpa har skjønnet at folk har behov for å bli lyttet til og forstått som hele mennesker, mener helsebyrådet i Oslo Inga Marte Thorkildsen (SV). Hun besøkte Stangehjelpa ved leder Birgit Valla (til venstre) i juni. Foto: Are Stenfeldt-Nilsen, Stangehjelpa

# STØTTER STANGEHJELPA

Eks-statsråd og nå helsebyråd Inga Marte Thorkildsen (SV) vil at Oslo kommune skal herme etter Stangehjelpa. Hun får faglig støtte fra Psykologforeningen.

**- STANGEHJELPA ER** et bevis på at det er mulig å gi effektive tjenester av høy kvalitet til folk med psykiske helseproblemer, gjennom en humanistisk tilnærming.

Det skriver Inga Marte Thorkildsen (SV) til Psykologtidsskriftet. Thorkildsen er byråd for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo.

– Jeg har veldig lyst til at Oslo kommune skal prøve ut lignende lavterskelordninger, opplyser Thorkildsen.

## STÅR VED SVARET

Inga Marte Thorkildsen besøkte Stangehjelpa i juni, og sa i etterkant av besøket at det hadde vært inspirerende, oppløftende og hyggelig.

Det var før Psykologtidsskriftet omtalte tilsynssaken fra Fylkesmannen i Hedmark, som i april konkluderte med at Stangehjelpa har brutt helselovgivningen. Psykologtidsskriftet har vist til tilsynssaken overfor Oslo-byråden, men den har Thorkildsen ikke kommentert i svarene.

– *Hva mener du om Stangehjelpa i dag?*

– Jeg står ved det jeg sa. Jeg synes Stangehjelpa er inspirerende i måten de har valgt å legge om tjenesten på og gjort tilgangen lavterskel. Stangehjelpa tar imot alle, uavhengig av hva personen ønsker hjelp med. Der tar terapeutene utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?», og de jobber med det per-

## TEKST

Øystein Helmikstøl

»



**BRØT LOVEN** Psykologtidsskriftet omtalte tilsynsvedtak om Stangehjelpa i septemberutgaven.

## Dette er saken

- Fylkesmannen i Hedmark konkluderte med brudd på helselovgivningen i en tilsynssak som ble åpnet 27. april i fjor mot Stange kommune/ Stangehjelpa.
- Fylkesmannen vurderer at Stangehjelpa ikke sikrer forsvarlig helsehjelp når det ikke systematisk brukes kartleggingsverktøy og settes diagnoser.
- Fylkesmannen finner at dokumentasjonen ikke er i tråd med helsepersonelloven.
- Fylkesmannen gjennomfører tilsyn med tjenestene til voksne personer med samtidig rusproblem og psykiske lidelser i Stange kommune i november.

Kilde: Fylkesmannen i Hedmark, og Fylkesmannens tilsynsvedtak om Stange kommune/Stangehjelpa den 26. april 2017

sonene som tar kontakt, selv ønsker hjelp til. De har skjønnet at folk har behov for å bli lyttet til og bli forstått som hele mennesker, svarer Thorkildsen.

Hun viser til Stangehjelpas tilbakemeldingsverktøy for å måle resultater.

– De viser at den hjelpen folk får, har like god effekt som de behandlingene som er forsket på i andre kliniske studier, fremholder Thorkildsen.

### - VERDT Å PRØVE UT

Oslo-byråden får sterk faglig støtte fra Psykologforeningen for sitt syn på Stangehjelpa.

– Det er mange ulike kommuner i Norge, og det at noe fungerer på ett sted, er ikke en garanti for at det også fungerer på et annet. Men Stangehjelpa gir et svar på hvordan man kan jobbe for å sikre helhetlige og koordinerte lavterskeltjenester, og denne måten å organisere seg på er helt klart verdt å prøve ut i flere kommuner.

Det svarer Psykologforeningens fagsjef Andreas Høstmælingen på spørsmål om hva han mener om Stangehjelpa, og om han er enig med helseminister Bent Høie (H), som har sagt at Stangehjelpa representerer noe nytt som bør ut i hele landet.

– Slik jeg kjenner Stangehjelpa, er dette et tilbud som er lett tilgjengelig, der fagfolk fra de enkelte kommunale tjenestene jobber koordinert for å sikre helhetlig hjelp, og der brukerne er meget godt fornøyd med tilbudet, skriver Høstmælingen.

### DIAGNOSTISERING

I tilsynsvedtaket fra Fylkesmannen i Hedmark heter det blant annet at Stangehjelpa ikke sikrer forsvarlig helsehjelp i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven når det ikke systematisk brukes kartleggingsverktøy og settes diagnoser. Psykologforeningens fagsjef kommenterer tilsynsvedtaket slik:

– Selv om tilsynet påpeker mangler med tanke på diagnosesetting og kartlegging, betyr ikke det nødvendigvis at denne måten å organisere lavterskeltjenester på er feil eller uforsvarlig. Det bør gå an å beholde den grunnleggende strukturen og samtidig ivareta tilsynets påpekning, svarer Høstmælingen.

### RUNDSKRIV

Han mener det også er viktig å understreke hva som ifølge fagsjefen er følgene av tilsynet og et såkalt rundskriv om krav til dokumentasjon og diagnostisering som Helsedepartementet sendte ut i juni, blant annet til alle landets kommuner.

– Det er ikke en forutsetning for å yte hjelp at pasienten først får en diagnose. Med andre ord vil det fortsatt være fullt mulig å tilby forebyggende hjelp til kommunale brukere som ikke har et diagnostiserbart helseproblem. Men man må som helsetjeneste gjøre vurderingen om pasienten har en diagnose eller ikke, og man kan ikke på generelt grunnlag avvise å gjøre diagnostisk klassifisering.

Det er dette avsnittet Høstmælingen viser til i rundskriv I-4/2017<sup>1</sup>:

.....

1. Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering



**GIR FAGLIG STØTTE** Stangehjelpas måte å organisere seg på er verdt å prøve ut i flere kommuner, mener fagsjef Andreas Høstmælingen i Psykologforeningen. Foto: Fartein Rudjord

«Lavterskeltilbud kjennetegnes naturlig nok av at det skal være lav terskel for innbyggerne til å oppsøke og benytte seg av tilbudene. Som følge av dette vil ikke alle mottakere av tjenestetilbudet nødvendigvis ha et diagnostiserbart helseproblem. Helsepersonell ved lavterskeltilbudene kan likevel bidra til at den enkelte som oppsøker tilbudet får nødvendig hjelp til å mestre sine problemer eller sin livssituasjon uten at dette for pasienten eller brukeren fremstår som «helsehjelp» i snever forstand.»

## JOURNALFØRING

Advokat og partner i Brex Advokatfirma i Oslo Jan Willy Hagen sa i septemberutgaven at journalplikt skal ivareta både pasientens og helsepersonellens interesser og rettssikkerhet og tilsynsmyndighetenes krav til informasjon for å kunne føre forsvarlig kontroll med helsepersonell. Han sammenlignet journal med en ferdsskriver. Psykologtidsskriftet har spurt psykologspesialist Birgit Valla, leder i Stangehjelpa, om hun er enig med advokaten i hans uttalelser om journal og i sammenligningen med ferdsskriver.

– Vi er enige i at det er viktig å dokumentere og føre journal på en god måte. Utover det ønsker vi ikke å kommentere denne saken, svarer Birgit Valla på e-post. ✘

Se også debattinnlegg på side 1015

## Journalføring

- Formålet med journalføringsplikten er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten, blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også til formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt.
- Journalføringsplikten er med på å sikre andre plikter og rettigheter, ved at journalen er en viktig informasjonskilde for pasienter (ev. pårørende) til å forstå, vurdere, evaluere og fatte beslutninger om egen helse.
- En felles norm for journalføring av helsehjelp er viktig fordi det gjør at man med rimelig grad av trygghet kan stole på at det som står i journalen, gir en riktig og relevant beskrivelse av helsehjelpen som gis av det enkelte helsepersonell.
- Dokumentasjon av pasientens helsetilstand og helsehjelp er sentralt for å vurdere pasienters rettigheter og plikter for tjenesteutøvere.
- Journalen skal være helsepersonells arbeidsredskap for å sikre forsvarlig helsehjelp for egen del, i samarbeid med andre og mellom virksomheter som yter helsehjelp.

*Kilde: Norsk psykologforening*



”

I motsetning til  
den sympatiske  
frysresponsen, der  
vi blir stive av skrekk,  
har parasympatisk  
immobilisering mer  
karakter av kollaps

**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 918-926 FAGFELLEVDERT

**NILS EIDE-MIDTSAND<sup>1</sup>, DAG Ø. NORDANGER<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand<sup>2</sup> Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Ressurssenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) - Region vest**KONTAKT** nils.eide-midsand@sshf.no

# BETYDNINGEN AV Å VÆRE TRYGG

## 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori

Den polyvagale teorien blir regnet som en banebrytende forklaring på hvordan det autonome nervesystemet påvirkes av vår omgang med andre mennesker.

Traumatiske belastninger i barndom og oppvekst kan medføre at barn får problemer med å regulere følelser, oppmerksomhet, atferd og kroppslige tilstander (Nordanger et al., 2011; Schore, 2003; van der Kolk, 2005). «Toleransevinduet» er en pedagogisk modell som gjør problemene til utviklingstraumatiserte barn mer forståelige for behandlere og øvrige hjelpere (Braarud & Nordanger, 2014; Nordanger & Braarud, 2017; Ogden, Minton, & Pain, 2006). Modellen egner seg godt for psykoedukasjon, og vi har inntrykk av at den er i ferd med å bli allment kjent på poliklinikker og i barnevernet. Flere har påpekt at toleransevindu-modellen overlapper med begreper i Stephen Porges' polyvagale teori (Ogden, Minton & Pain, 2006; Schore, 2012). I tillegg til å forankre modellen fysiologisk har Porges' teori, slik vi ser det, et stort potensial når det gjelder å utvide forståelsen av de mange og ofte forvirrende reaksjonene og symptomene som utviklingstraumatiserte barn utviser.

I denne artikkelen vil vi først presentere toleransevindu-modellen og den polyvagale teorien, og vise hvordan Porges' teori kan belyses ved hjelp av toleransevindu-modellen. Deretter skal vi gi noen kliniske eksempler på hvordan den polyvagale teorien kan hjelpe behandlere og omsorgspersoner til å forstå hvorfor utviklingstraumatiserte barn reagerer som de gjør i ulike situasjoner.

### TOLERANSEVINDU-MODELLEN

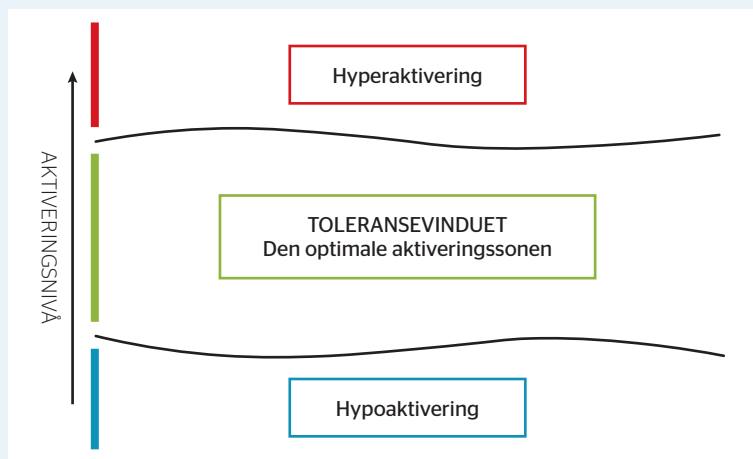
Begrepet *toleransevinduet* viser til den *aktiveringssonen* som er optimalt for et menneske (Siegel, 2012). Det er når vi er i denne sonen, at vi er oppmerksomt til stede i en situasjon, og kan konsentrere oss og lære.

### ABSTRACT

*Affect regulation problems among developmentally traumatized children in the perspective of Stephen Porges' polyvagal theory*

Impacts of developmental trauma are commonly conceptualised in terms of regulation problems. The «window of tolerance»-model illustrates these problems as a «narrow» window of tolerance, where hyper- or hypoactivation are easily triggered in response to potential threat. These problems are suggested to be related to exposure to severe stress in childhood in combination with absence of caregivers' other-regulation of affects, resulting in underdevelopment of the child's neural capacity for self- and affect regulation. In this paper, we explain how Stephen Porges' «polyvagal theory» supports this perspective, and how it casts light on the physiological and evolutionary based underpinnings of affect regulation problems commonly observed in developmentally traumatised children. We also discuss how the theory can enable us to better understand and help these children.

*Key words: polyvagal theory, developmental trauma, window of tolerance, vagus brake, social engagement system*



FIGUR 1. Toleransevinduet. Nordanger & Braarud, 2014, tilpasset fra Ogden, Minton & Pain 2006

Når man er over vinduet, er man *hyperaktivert*, det vil si at aktiveringen er for høy, mens man under vinduet er *hypoaktivert*, det betyr at aktiveringen er for lav. Spennvidden på toleransevinduet varierer fra person til person, og vil også variere fra situasjon til situasjon hos den enkelte (Nordanger & Braarud, 2017).

Toleransevinduet-modellen kommer i utgangspunktet ikke fra traumefeltet. Den har sine røtter i tilkynningspsykologien, som en beskrivelse av naturlige aktiverings- og affektsvingninger hos barn, og som en billedliggjøring av hva som er omsorgspersonens sentrale oppgaver (Siegel, 2012). Spedbarn har et smalere toleransevinduet enn voksne. Mye kan oppleves truende og overveldende, alt fra sult, tretthet, brå bevegelser og forskjellige stimuli og sansninger som blir for intense (Cozolino, 2009). Omsorgsoppgaven blir da å *regulere* barnets tilstander og affekter – i litteraturen gjerne referert til som *andrerregulering* eller *reguleringsstøtte* (Nordanger & Braarud, 2014).

Reguleringsstøtte innebærer at omsorgspersonen er inntonet mot barnets kroppslige og affektive tilstander, og griper aktivt inn for å gjenopprette en opplevelse av velvære når barnet er frustrert eller uttrykker ubehag (Siegel, 2012; Tronick, 1989). Den voksne trygger barnet med kroppskontakt og rolig stemme, mater og stiller det, og respekterer også barnets behov for pauser fra interaksjonen. Sagt på en annen måte er det omsorgspersonens oppgave å holde barnet innenfor eller hjelpe barnet tilbake i toleransevinduet. Man hjelper det ned fra en hyperaktivering, eller stimulerer det på

en varsom måte for å hente det opp fra en hypoaktivering, slik at det kan ta del i sosial samhandling (Nordanger & Braarud, 2017). Slike erfaringer gjør at spedbarnet gradvis utvikler sitt eget repertoar for å regulere seg – sin egen selvreguleringskapasitet (Kogan & Carter, 1996). Etter hvert som barnet erfarer at ulike stimuli eller sansninger er håndterlige, utvides toleransevinduet litt etter litt. Når barnet blir eldre og mer autonomt, kan det utfordre grensene for toleransevinduet, og dermed utvide det, gjennom å regulere den fysiske nærheten og avstanden til den trygge basen (Nordanger & Braarud, 2017; Ogden, Minton & Pain, 2006).

Forskningen tyder på at slik reguleringsstøtte er en viktig drivkraft for hjernens utvikling (Schore, 2003; van der Kolk, 2005). Barnets økende reguleringskapasitet, og dermed utvidede toleransevinduet, synes å kunne leses av på nevralt nivå. Studier viser at reguleringsstøtte bidrar til godt utviklede nettverk i områder involvert i reguleringen eller moduleringen av affekt, som i prefrontal korteks og hippocampus. Slik støtte resulterer også i mer robuste forbindelser mellom disse områdene og mer subkortikale strukturer involvert i igangsettelsen av stressreaksjoner, som amygdala og HPA-aksen (hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen) (Ford, 2009; McFarlane, 2010; Teicher & Samson, 2016).

Når barnet derimot over tid blir utsatt for alvorlige stressbelastninger, samtidig som at støtten til å regulere de intense affektene uteblir – slik tilfellet kan være ved vold, overgrep og omsorgssvikt i nære relasjoner – kan konsekvensene bli en overfølsomhet i de nevnte strukturene som igangsetter stress, samt en underutvikling i områdene som skal regulere eller modulere slike responser (Ford, 2009; McFarlane, 2010; Teicher & Samson, 2016). I termer fra toleransevinduet betyr dette at disse barnas vindu *forblir* smalt – de settes lett i affekt. Og fordi reguleringskapasiteten er underutviklet, kan utfallene bli sterke og uhåndterlige for barnet. Hos barn og unge med slike traumehistorier rapporteres det ofte om sterke hyperaktiveringsreaksjoner, som uro, aggresjon og kaosfølelse, men også om sterke hypoaktiveringsreaksjoner, som tomhetsfølelse, nummenhet, handlingslammelse og avstenghet i forhold til omverdenen (Cloitre, 2009; Ogden, Minton & Pain, 2006). Noen barn synes også å veksle mellom disse ytterlighetene (Levine & Kline, 2007).



### DEN POLYVAGALE TEORIEN

Stephen Porges' polyvagale teori har gitt et viktig bidrag til å forstå mekanismene under slike reaksjoner. Det autonome nervesystemet står sentralt i teorien. Før Porges' forskning ble kjent, tenkte man seg at det autonome nervesystemet bestod av to antagonistiske undersystemer, det sympatiske og det parasympatiske, som opererer i et slags balanseforhold: Det sympatiske nervesystemet mobiliserer til handling, og inngår blant annet i kroppens forsvar mot fare, mens det parasympatiske nervesystemet får oss til å slappe av og restituere oss. Porges' arbeid viste at denne modellen var forenklet og unøyaktig. Etter tre tiårs forskning på nervesystemets utviklingshistorie la han fram sin polyvagale teori (Porges, 1995). Teorien blir regnet som banebrytende i forståelsen av hvordan det autonome nervesystemet påvirkes av vår omgang med andre mennesker, og hvordan det ubevisst regulerer våre grunnleggende *overlevelsereaksjoner* i møte med potensielle trusler i omgivelsene.

Ifølge teorien består vagusnerven (den tiende hjernenerven og den viktigste forbindelsen mellom hjernen og innvollene) av to typer fibre som kontrolleres av hver sin kjerne i hjernestammen, og som utgjør to ulike parasympatiske systemer. Den dorsale grenen har røtter i urgamle overlevelsestrategier til dyreslag som amfibier og reptiler, som blir «livløse» i farefulle situasjoner. Den består av nervefibre uten myelinskjede og kalles gjerne *den vegetative vagus*. Den ventrale vagusgrenen oppsto først med pattedyrene og utviklet seg i takt med pattedyrs behov for stadig mer nyanserte sosiale ferdigheter. Den består av myeliniserte nervefibre og omtales ofte som *den sosiale vagus* eller *vagusbremsen* – ut ifra systemets viktigste funksjon som regulator av pattedyrs aktiveringstilstand gjennom omgang med andre (Porges, 2001; 2009b).

Det autonome nervesystemet består dermed av tre ulike systemer, det sympatiske og de to parasympatiske, som ifølge teorien aktiveres i en bestemt rekkefølge for å beskytte oss i potensielt farlige situasjoner. Vi skal komme tilbake til det etter å ha sett nærmere på vagusbremsen og det sosiale engasjementssystemet.

#### Vagusbremsen

Vår biologiske pacemaker, hjertets sinusknute, er innstilt på en langt høyere pulsfrekvens enn normal hvilepuls. Hvilepulsens framkommer gjennom at den sosiale vagus demper det

sympatiske nervesystemets innflytelse på sinusknuten og dermed bremses ned hjertefrekvensen (Doussard-Roosevelt & Porges, 1999). Stressberedskapen «slås av», og individet slapper av og blir tilgjengelig for sosial omgang med artsfrender. I tillegg kan dette parasympatiske systemet øke hjertefrekvensen fra hvilemodus og opp til sinusnivå ved å «lette» på vagusbremsen. På denne måten kan pattedyr oppnå et visst aktiveringsnivå uten å måtte engasjere det langt mer energikrevende sympatiske nervesystemet. Samtidig gir det muligheter for en langt mer nyansert aktivering og følgelig også mer nyanuerte måter å interagere med andre på enn med de sympatiske flukt-, kamp- og frysresponsene.

#### Det sosiale engasjementsystemet

Den sosiale vagus inngår i det nervenetverket Porges kaller *det sosiale engasjementsystemet* (Porges, 2001; Porges & Lewis, 2010). I tillegg til ventrale vagusfibre omfatter nettverket kontrollkjernene til og fibre fra flere av de andre store hjernenervene. I tillegg til åndedrett og hjerterytmeregulering regulerer nervenetverket blant annet ansiktsmimikk og øyelokkbevegelser, mellomøremuskulatur, tygge-, tunge- og svelgebevegelser. Det er også involvert i modulering av stemmen, i spyttsekresjon, samt at det omfatter enkelte smaksfibre. Systemet har forbindelser oppover til pannelappene og kan dermed, i motsetning til de mer primitive forsvarsmodiene, til en viss grad kontrolleres bevisst (Porges, 2001).

De ulike nervefibrene fyrer sammen og påvirker ifølge teorien hverandre, slik at stimulering av én del av systemet også aktiverer det øvrige nettverket. Når vagusbremsen demper pulsen til et behagelig nivå, vil vi for eksempel automatisk heve hode og blikk, og åpne for øyekontakt. Samtidig innstilles mellomøret til å filtrere bort bakgrunnsstøy og bli maksimalt sensitiv for lyder i menneskestemmens frekvensområde (Porges & Lewis, 2010). I tillegg modulerer innervering av strupehodet stemmen vår til å bli appellerende eller beroligende – det vil si til å aktivere andres vagusbrems. Dette særegne systemet har som oppgave å signalisere pattedyr imellom at «jeg har ikke onde hensikter, du kan trygt nærme deg».

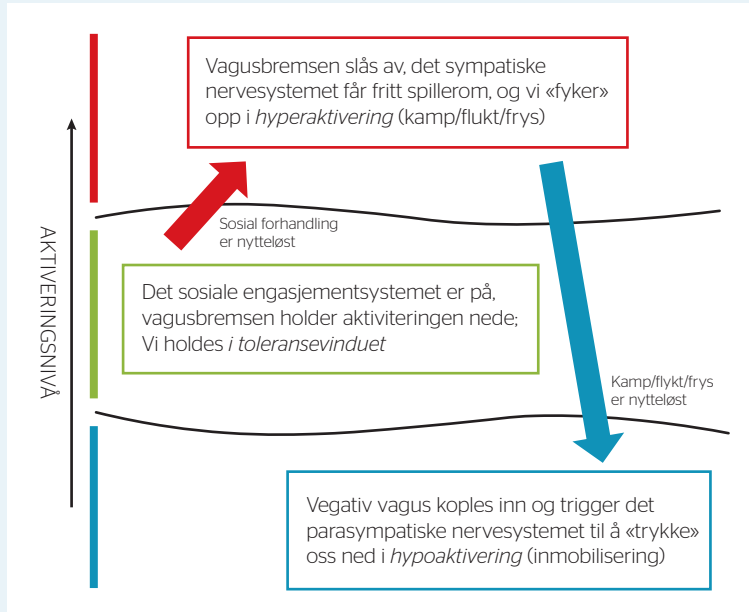
#### Det autonome stressresponshierarkiet

Som nevnt innebærer teorien om den todelte vagusnerven at det autonome nervesystemet består av tre ulike grener: en sympatisk og to

”

Det er først når vi utsettes for en overveldende påkjenning det ikke er mulig å bekjempe eller unnsnippe at vi kan snakke om traumatisering i egentlig forstand

»



**FIGUR 2.** Vagusnervens relasjon til toleransevinduet. Tilpasset etter Nordanger & Braarud, 2014, og Ogden, Minton & Pain, 2006

parasympatiske. De tre grenene er hierarkisk ordnet i den forstand at de i utrygge situasjoner aktiveres i en bestemt rekkefølge, der det fylogenetisk yngste systemet vanligvis har forrang. Det betyr at det sist utviklede systemet, den sosiale vagus som oppsto med pattedyrene, er det som mobiliseres først. Individet forblir sosialt engasjert og kan modulere stemme, mimikk og bevegelser i et forsøk på å roe ned en eventuell angriper eller appellere om hjelp og samarbeid fra omgivelsene.

I mer akutte faresituasjoner, eller i situasjoner der sosial tilnærming ikke fører fram, dempes vagusbremsen slik at det sympatiske nervesystemet kan overta og mobilisere til handling. Man har lenge kjent til at det sympatiske nervesystemet – gjennom flukt-, kamp- og frysreaksjoner (Cannon, 1929) – er involvert i posttraumatiske reaksjoner. Før Porges' forskning ble kjent, ble derimot de *parasympatiske* stressresponsene mer eller mindre neglisjert i traumeforskningen. Porges rettet fokus mot at den vegetative vagus i kritiske situasjoner settes inn som et siste forsvarsverk når sympatiske responser ikke fører fram – når vi føler oss låst fast i en livstruende situasjon vi verken kan bekjempe eller flykte fra.

I motsetning til den sympatiske frysresponsen, der vi blir stive av skrekk, har parasympatisk immobilisering mer karakter av kol-

laps: Puls, åndedrett og muskeltonus dempes, bevissthetsnivået senkes, samtidig som smereteterskelen heves. Man blir nummen, slapp, apatisk, kvalm, som gelé i kroppen, ute av stand til å bevege seg eller tenke. I ytterste fall resulterer tilstanden i alvorlig dissosiasjon eller besvimelse. Ifølge Porges (2011) er det først når denne tilstanden inntreffer – når vi utsettes for en overveldende påkjenning det verken er mulig å bekjempe eller unnslippe – at vi kan snakke om traumatisering i egentlig forstand.

### VÅRE TRE FORSVARSMURER OG TOLERANSEVINDUET

Evolusjonen har i lys av Porges' forskning dermed utstyrt oss med tre «forsvarsmurer» for å beskytte oss i potensielt farlige situasjoner (Porges & Furman, 2011). Oversatt til toleransevinduet «språk» bidrar vagusbremsen i samspill med det øvrige sosiale engasjementsystemet til å holde oss i toleransevinduet. Dersom vi for eksempel står overfor en person vi opplever som truende, vil vi først søke å løse situasjonen gjennom sosial kontakt, enten ved å prøve å roe ned personen som truer oss, eller ved å appellere om hjelp fra andre (første forsvarmur). Dersom dette ikke fører fram, slippes vagusbremsen og utløser en sympatisk hyperaktiveringsreaksjon som setter oss i stand til å løse situasjonen gjennom fysisk mobilisering (andre forsvarmur). Dersom også dette er nytteløst, koples det eldste vagussystemet inn og beskytter oss gjennom hypoaktivering og immobilisering i et forsøk på å begrense skadeomfanget ved å skru ned aktiveringen i kroppen til et minimum (tredje forsvarmur).

Det er viktig å merke seg at den initiale mobiliseringen av den ene eller den andre av de tre fysiologiske forsvarmurene ikke er resultatet av bevisste valg. De aktiveres automatisk som følge av en prosess som Porges (2004) har kalt *nevrosepsjon*: en lynrask og ubevisst evaluering i hjernens subkortikale områder av om situasjonen er trygg eller utrygg.

De varierende fysiologiske tilstandene vi hensettes i, vil umiddelbart utløse både et tilhørende affektivt og et tilhørende atferdsmessig responsmønster. Trygghet er en forutsetning for at det sosiale engasjementsystemet skal aktiveres og modulere stemme, blick og hodebevegelser på en slik måte at det inngir tillit og aktiverer det sosiale nervenetverket også hos andre. En sosialt engasjert omsorgsperson vil

for eksempel signalisere trygghet og dermed aktivere det sosiale engasjementsystemet hos barnet sitt. Resultatet er samregulering, eller «symbiotisk regulering», som Porges også kaller det for å poengtere at påvirkningen er gjensidig (Carter & Porges, 2013; Porges, 2011; Porges & Carter, 2011). Dersom barnets uttrykk (f.eks. gråt) eller andre faktorer utløser en stressrespons hos omsorgspersonen, enten i form av sympatisk overaktivering eller parasympatisk underaktivering, vil ikke vedkommende være i stand til å hjelpe barnet med å regulere seg. Som beskrevet under presentasjonen av toleransevindu-modellen, vil mangel på reguleringsstøtte tidlig i livet ha en negativ innvirkning på hjernens utvikling, og blant annet forstyrre barnets selvregulerings- og tilpasningsevne.

### KLINISKE IMPLIKASJONER

Begrepet utviklingstraumatisering er fremdeles i liten grad formelt definert (Nordanger et al., 2011), men refererer i denne artikkelen til gjentatte og vedvarende traumatiske belastninger i mellommenneskelige relasjoner gjennom barndom og oppvekst. Disse barna reagerer ofte på måter som skaper forvirring og utrygghet i omgivelsene. Vi mener at Porges' fysiologiske perspektiv kan bidra til å øke forståelsen for reaksjonsmåtene deres, og vil i det følgende presentere noen eksempler på det.

#### Fokus på det fysiologiske underlaget for problematferd

Mange utviklingstraumatiserte barn utvikler atferdsproblemer, og ofte er det disse som bringer dem i kontakt med hjelpeapparatet. Forståelig nok er det også den problematiske atferden barnas omsorgspersoner og lærere først og fremst ønsker hjelp til å få bukt med. Den polyvagale teorien kan i slike situasjoner hjelpe oss til å se «bak» barnas atferd ved at fokus flyttes over på de stadig vekslende fysiologiske skiftene som barna utviser, og bort ifra de atferdsmessige og affektive uttrykkene som automatisk følger av disse skiftene.

Fokus på atferd har lett for å bli evaluerende, og uønsket atferd knyttes gjerne også til negative motiver. Følgelig kan det fort bli til at omgivelsenes reaksjoner først og fremst kommer til å dreie seg om konsekvenser, straff og belønning i håp om å fremme en mer prososial måte å forholde seg på. I verste fall, fra et polyvagalt perspektiv, blir det traumatiserte barnet

utsatt for negative konsekvenser som tilbaketrekking av goder, tvungen time-out (usynliggjøring), påtvunget øyekontakt eller fysisk kontakt i form av fastholding og lignende. Etter vår erfaring kan slike tilnærminger føre til at noen utviklingstraumatiserte barn blir drevet lenger inn i defensive strategier. Atferd i seg selv er ikke god eller dårlig, den passer bare mer eller mindre godt inn i den sammenhengen den oppstår i. Når vi er i fysiologisk kamptilstand, vil dette automatisk gi seg uttrykk i språk og handling, uansett om situasjonen objektivt sett tilsier slike reaksjoner eller ikke.

Vi har en opplevelse av at feltet lenge har vært mest opptatt av «gasspedalen som har hengt seg opp», i form av å søke å kontrollere hyperaktivitet og krevende atferd, og mindre opptatt av «bremsen som ikke virker» (Porges & Prengel, 2011). Den polyvagale teorien gir etter vårt syn et godt grunnlag for å skape situasjoner som vil gjøre «nedbremsingen» mer effektiv for et dysregulert barn. Dette for eksempel ved at omsorgspersonen får hjelp til å mobilisere sitt eget sosiale engasjementsystem i opprivende situasjoner, slik at han eller hun gjennom beroligende stemmemelodi, bevegelser og ansiktsmimikk kan engasjere barnet sosialt og hjelpe det tilbake i toleransevinduet. Slik sett snur det polyvagale perspektivet pilen bort fra barnets atferd og tilbake mot oss selv. Tilstanden vi har inne i oss selv, blir helt avgjørende for hvor godt vi klarer å regulere barnets tilstand. Det polyvagale perspektivet samsvarer godt med tilnærmingen «traumebevisst omsorg» med sine tre grunnpillarer: trygghet, relasjon og affektregulering (Andersen, 2014; Bath, 2008).

#### Gjenkjenning av parasympatisk immobilisering

Parasympatisk kollaps (tredje forsvarsmur) kan være vanskelig å gjenkjenne, særlig hos små barn, og kan fort forveksles med avslapning. Som eksempel kan nevnes en av første-forfatters pasienter, som i seksårsalderen gjennomgikk en medisinsk utredning. I journalen hans sto det at han var lite samarbeidsvillig og motsatte seg undersøkelsen med skrik og spark inntil fire voksne omsider fikk holdt ham fast. Først da klarte han å slappe av slik at undersøkelsen kunne gjennomføres. Men hadde han sluppet av? Guttens mor fortalte senere at sønnen hadde mistet blærekontrollen mens undersøkelsen pågikk. Umiddelbart etterpå hadde for-

”

Det polyvagale perspektivet snur pilen bort fra barnets atferd og tilbake mot oss selv

»



eldrene problemer med å få kontakt med ham, det virket som han ikke kjente dem igjen. Gutten klarte ikke å stå på bena, og måtte bæres ut til bilen. Selv husket han bare at han hadde slåss med mange voksne, og at han etterpå kjente seg kvalm. Selve undersøkelsen husket han ingenting av. Ut ifra Porges' forskning kan vi her kjenne igjen en parasympatisk immobiliseringstilstand, med nedsatt muskeltonus og bevissthetsnivå. Avslapning er ledsaget av helt andre atferdsuttrykk, der det sosiale engasjementssystemet definerer vår fysiologiske tilstand og leder oss til automatisk å søke kontakt med andre gjennom blikk, stemme og ansiktsuttrykk.

Av og til kan vi som klinikere se det fysiologiske forsvarshierarkiet utspille seg i løpet av minutter, for eksempel i klasserommet. Det begynner kanskje med at læreren ber en elev levere tilbake en matpakke som eleven er beskyldt for å ha stjålet. Eleven protesterer og forsøker å argumentere for sin uskyld (første forsvarsmur). Læreren insisterer på å sjekke elevens skolesekk, noe som resulterer i at eleven føler seg krenket og griper sekken for å gå hjem. Læreren holder ham tilbake. Dette utløser en tirade av skjellsord, spark og slag (andre forsvarsmur; først flukt, deretter kamp). Flere lærere kommer til, og eleven blir lagt i gulvet og holdt fast. Hyl og skrik avtar gradvis, og eleven blir slapp i kroppen (tredje forsvarsmur), noe som tolkes som at man nok en gang har klart å roe ned den gjenstridige eleven.

Langvarig eller hyppig parasympatisk kollaps kan ifølge Porges (2001) være potensielt skadelig for pattedyr. Vår mer oksygenkrevende hjerne tåler kraftig nedsatt puls og åndedrett dårligere enn for eksempel krypdyr og amfibier. Følgelig blir det viktig å hjelpe omgivelsene med å kjenne igjen denne tilstanden hos traumatiserte barn, der parasympatisk immobilisering tidlig i livet kan ha blitt innarbeidet som den eneste måten å unnsnippe u håndterlige påkjenninger på.

#### Utdypet forståelse av triggere

De fleste nevrovitere fokuserer på forbindelsene fra hjernestammen og oppover mot hjernebarken. Porges er mer opptatt av forbindelsen mellom hjernestammen og kroppen.

Den polyvagale teorien understreker at denne forbindelsen er toveis (Porges, 2009a). Ikke bare påvirker hjernen hva som skjer i indre organer, slik psykosomatisk medisin lenge har vært opp-

tatt av, men endringer i kroppens fysiologi påvirker også hvordan hjernen fungerer; hvordan vi oppfatter verden, og dermed hvordan vi tenker, sanser og føler i øyeblikket. Vagusnerven, som er hovedforbindelsen mellom hjernen og de indre organene, består for eksempel av flere afferente enn efferente nervetråder. Det betyr at det er flere nervetråder som sender beskjeder fra innvollene til hjernen enn motsatt.

Dette kan belyse et spørsmål lærere og omsorgspersoner til utviklingstraumatiserte barn ofte tar opp i veiledning: Hva er mønstret i hva som trigger barnet til å gå inn i overlevelsesmodus, for eksempel et raserianfall? Vi har lett for å lete etter triggere i den ytre verden, blant lyder, synsinntrykk, lukter og smaker. Men triggeren kan like gjerne ligge i barnets egne fysiologiske responser – for eksempel i økt hjerterefrekvens eller åndenød. Raserianfallet kan komme i alle situasjoner der denne fysiologiske endringen skjer; når læreren hever stemmen, når boltreleken blir for vilter, eller når barnet får applaus etter å ha utmerket seg med et framlegg på skolen.

Dersom fysiologiske endringer, som for eksempel økt hjerterefrekvens, tidlig i livet har vært koblet sammen med sterke, u håndterlige affekter som skrekk eller raseri, vil disse følelsene lett oppstå også når lignende fysiologiske responser senere i livet utløses i objektivt sett trygge situasjoner. Økt puls blir i dette tilfellet triggeren som setter reguleringsnettverkene i hjernen ut av funksjon og hensetter barnet i overlevelsesmodus. En slik kobling kan også tenkes i det nedre området av toleransevinduet, knyttet til parasympatiske kollaps tidlig i livet. Senere gir disse tidlige opplevelsene opphav til reaksjoner som virker uforklarlige i situasjonen de oppstår i; barnet klarer ikke slippe av, og stille familieliv velder så vel som innsovning i trygge omgivelser kan utløse skrekk eller raseri. Å kjenne at muskeltonus og puls dempes under et visst nivå, at bevissthetsnivået senkes og kroppen slapper av er blitt fysiologiske triggere til å gå inn i overlevelsesmodus.

#### AVSLUTNING

Å få en utvidet forståelse av problematiske følelses- og atferdsuttrykk, gjenkjenne parasympatisk kollaps og forstå hva som trigger reaksjoner i barnet, er tre eksempler på hvordan Porges' teori kan bidra i omsorg og behandling av utviklingstraumatiserte barn. Teorien har vist

seg å ha høy heuristisk verdi i det kliniske arbeidet, ikke minst ved at den utstyres oss med organiserende prinsipper som gjør det mulig å fortolke eksisterende data på en ny måte.

Teorien vil stå sterkere rent vitenskapelig om den også kan underbygges av kontrollerte studier. Flere forskerteam har søkt å evaluere vagusbremsen som konstrukt. I tråd med teorien er det påvist lavere vagal tonus (dvs. en dårligere fungerende vagusbremse) hos barn som er eksponert for vold og negative omsorgsmønstre (Calcins, Smith, Gill & Johnson, 1998; Hastings et al., 2008; Katz, 2007; Porter, Wouden-Miller & Silva, 2003), mens det motsatt er påvist høyere vagal tonus blant barn med foreldre som samregulerer seg med barnet sitt (Haley & Stansbury, 2003; Moore & Calkins, 2004; Porter, 2003). I en studie av for tidlig fødte barn fant Feldman og Eidelman (2003) at kroppsvarme og hudkontakt synes å fremme utviklingen av vagusbremsen. Symptomorienterte studier knytter en dårligere fungerende vagusbremse til atferds- og reguleringsproblemer (Beauchaine, Gatzke-Kopp & Mead, 2007; Calkins & Dedmon, 2000; Calkins, Graziano & Keane, 2007; Hastings et al., 2008; Porges, Doussard-Roosevelt, Portales & Greenspan, 1996).

Selv om vanskene som tas opp i disse studiene er vanlige blant utviklingstraumatiserte barn, er de ikke eksplisitt rettet mot denne gruppen. Det trengs forskning som undersøker hvor anvendelige teoriens konstrukter er for arbeidet med disse barna spesielt, som også ser på om det fins responsmønstre som er eksklusive for dem. Det pågår nå en studie som evaluerer teorien om et integrativt sosialt engasjementsystem knyttet til traumatiserte barn, som kan tilføre kunnskap om dette (Clinical Trials, 2016). Forskning på psykiske lidelser tar ofte utgangspunkt i etablerte tilstander med relativt klare inklusjonskriterier. Som grunnlag for mer målrettet forskning på feltet bør man derfor jobbe for å utvikle en felles definisjon av utviklingstraumer. ✘

”

Triggeren kan like gjerne ligge i barnets egne fysiologiske responser - for eksempel i økt hjertefrekvens eller åndenød

## REFERANSER

- Andersen, I.L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I Søftestad, S. & Andersen, I.L. (red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 54–67). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming children & Youth*, 17(3), 17–21.
- Beauchaine, T.P., Gatzke-Kopp, L. & Mead, H.K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74, 174–184.
- Calkins, S.D. & Dedmon, S.E. (2000). Psychological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 103–118.
- Calkins, S.D., Graziano, P.A. & Keane, S.P. (2007). Cardiac vagal regulation differentiates among children at risk for behavior problems. *Biological Psychology*, 74, 144–153.
- Calkins, S.D., Smith, C.L., Gill, K.L. & Johnson, M.C. (1998). Maternal interactive style across contexts: relations to emotional, behavioral, and physiological regulation during toddlerhood. *Social Development*, 7, 350–369.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Carter, C.S. & Porges, S.W. (2013). Neurobiology and the evolution of mammalian social behavior. I Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A.N. & Gleason, T.R. (red.), *Evolution, early experience and human development* (s. 132–151). New York: Oxford University Press.
- Clinical Trials (2016). *The listening project*. Hentet den 30. oktober 2016 fra: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02064257>

- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399–408.
- Cozolino, L.J. (2009). *The neuroscience of psychotherapy: healing the social brain*. 2ed. New York: Norton.
- Doussard-Roosevelt, J.A. & Porges, S.W. (1999). The role of neurobehavioral organization in stress responses: a polyvagal model. I M. Lewis, & D. Ramsay (red.), *Soothing and Stress* (s. 57–76). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Feldman, R. & Eidelman, A.I. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology, 45*, 274–281.
- Ford, J.D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. I C.A. Courtois & J.D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York: The Guilford Press.
- Haley, D.W. & Strasbury K. (2003). Infant stress and parent responsiveness: regulation of physiology and behavior during still-face and reunion. *Child Development, 74*, 1534–1546.
- Hastings, P.D., Nuselovici, J.N., Utendale, W.T., Coutya, J., McShane, K.E. & Sullivan, C. (2008). Applying the polyvagal theory to children's emotional regulation: social context, socialization, and adjustment. *Biological Psychology, 79*, 299–306.
- Katz, L.F. (2007). Domestic violence and vagal reactivity to peer provocation. *Biological Psychology, 74*, 154–164.
- Kogan, N., & Carter, A.S. (1996). Mother-infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior & Development, 19*(3), 359–370.
- Levine, P.A. & Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eyes: Infancy through adolescence*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- McFarlane, A. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry, 9*(1), 3–10.
- Moore, G.A. & Calkins, S.D. (2004). Infant's vagal regulation in the still-face paradigm is related to dyadic coordination of mother-infant interaction. *Developmental Psychology, 40*, 1068–1080.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som verktøy i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 51*, 530–536.
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Johansen, V.J., & Albæk, M. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*, 1086–1090.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton
- Porges, S.W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modification of our evolutionary heritage: A polyvagal theory. *Psychophysiology, 32*, 301–318.
- Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of the social nervous system. *Journal of Psychophysiology, 42*, 123–146.
- Porges, S.W. (2004). Neuroception. A subconscious system for detecting threat and safety. *Zero to Three Journal, 24*, 9–24.
- Porges, S.W. (2009a). Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. I D. Fosh, D.J. Siegel & M.F. Solomon (red.), *The healing power of emotions: affective neuroscience, development and clinical practice* (s. 27–54). New York: Norton.
- Porges, S.W. (2009b). The polyvagal theory. New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 72* (suppl. 2), 86–90.
- Porges, S.W. (2011). Clinical implications of polyvagal theory. *Rhythms of the body: Foredrag av S.W. Porges, C.S. Carter & A. Gray*. Kristiansand, 19.–20 mai.
- Porges, S.W. & Carter, C.S. (2011). Neurobiology and evolution: Mechanisms, mediators, and adaptive consequences of caregiving. I S.L. Brown, R.M. Brown & L.A. Penner (red.), *Self interest and beyond: Towards a new understanding of human caregiving* (s. 53–74). New York: Oxford University Press.
- Porges, S.W., Doussard-Roosevelt, J.A., Portales, A.L. & Greenspan, S.I. (1996). Infant regulation of the vagal «brake» predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Developmental Psychobiology, 29*, 697–712.
- Porges, S.W. & Furman, S.A. (2011). The early development of the autonomous nervous system provides a neural platform for social behavior: A polyvagal perspective. *Infant and Child Development, 20*, 106–118.
- Porges, S.W. & Lewis, C.F. (2010). The polyvagal hypothesis: Common mechanisms mediating autonomic regulation, vocalizations and listening. I S.M. Brudzynski (red.), *Handbook of mammalian vocalization: an integrative neuroscience approach* (s. 255–264). Amsterdam: Academic Press.
- Porges, S.W. & Prengel S. (2011). Stephen W. Porges. *Somatic Perspectives Series*. Lastet den 30.03.2016 fra www.Somatic-Perspectives.com
- Porter, C.L. (2003). Coregulation in mother – infant dyads: links to infant's emotional regulation and cardiac vagal tone. *Psychological Reports, 92*, 307–319.
- Porter, C.L., Wouden-Miller, M. & Silva, S.S. (2003). Marital harmony and conflict: linked to infant's emotional regulation and cardiac vagal tone. *Infancy, 4*, 297–307.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind, Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Teicher, M.H & Samson, J.A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57:3 (2016), pp 241–266
- Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist, 44*(2), 112.
- van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401–408.



**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 927-935 FAGFELLEVDERT

NILS EIDE-MIDTSAND Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand

KONTAKT nils.eide-midsand@sshf.no

# BETYDNINGEN AV Å VÆRE TRYGG

## 2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn

Å gå en tur i parken, se film eller spise sammen er aktiviteter som i beste fall har blitt sett på som utgangspunkt for terapi. Ifølge den polyvagale teorien kan slike aktiviteter også *utgjøre* selve terapien.

I den første artikkelen om den polyvagale teorien (Eide-Midsand & Nordanger, dette nummer) ble teorien nærmere beskrevet og de viktigste nøkkelbegrepene gjennomgått: 'vagusbremsen', 'det sosiale engasjement-systemet', 'nevrosepsjon' og 'det autonome responshierarkiet'. Teorien forutsettes kjent i det følgende, der jeg ved hjelp av et terapiforløp ønsker å belyse hvordan den kan bidra i det terapeutiske arbeidet med utviklingstraumatiserte barn. Terapi utledet av denne teorien går i korthet ut på å gjøre pasienten trygg slik at nervenetverket for sosialt engasjement styrkes og blir styrende for atferden i stadig flere situasjoner og sammenhenger. Jeg vil først vise hvordan teorien kan fungere som rettesnor i etableringen av et trygt terapeutisk rom. Deretter skal jeg beskrive hvordan lek framstår som et velegnet medium til å styrke nervenetverket for sosialt engasjement gjennom å utvide toleransen for både sympatisk aktivering og parasympatisk (under)aktivering.

Den polyvagale teorien stimulerer til utvikling av terapeutiske innfallsvinkler, som kan utgjøre et alternativ til kognitive og atferdsfokusede terapiformer for tidlig traumatiserte barn. Så langt jeg har kunnet bringe på det rene, er det ikke tidligere skrevet noe spesifikt om den heuristiske nytten av Porges' teori i en slik sammenheng.

**ABSTRACT**

*The importance of being safe: 2. A polyvagal perspective on psychotherapy with developmentally traumatized children*

Informed by the therapeutic process of a young boy, the article seeks to demonstrate the great heuristic value of polyvagal theory to clinical work with traumatized children. To provide a setting that feels safe is not only a prerequisite for therapeutic work; it is an integral part of therapy itself. When feeling safe and free to express themselves many of the children spontaneously begin to explore and experiment with enhancing their capacity for parasympathetic immobilisation without fear as well as for joyful sympathetic mobilisation. Often this is accomplished through the medium of play rather than with words. Polyvagal theory provides the field with new perspectives and organising principles that have the potential of both increasing our understanding of our patients' behaviour as well as stimulating our imagination of how to provide the child with a safe environment for his/hers explorations.

*Key words: polyvagal theory, child psychotherapy, developmental trauma, rough-and-tumble play*

”

Målet med behandling er å legge forholdene til rette slik at pasienten gjenvinner sine iboende ressurser for selvleging

### METODISK TILNÆRMING

Artikkelen er en retrospektiv studie i den forstand at den er basert på løpende refleksjonsnotater uten at materialet i utgangspunktet ble systematisert for publisering. Den polyvagale teorien var en av flere teoretiske rammer som terapirommets hendelser fortløpende ble forsøkt forstått ut ifra. Samspillene som beskrives, går etter min erfaring ofte igjen i terapien til utviklingstraumatiserte gutter, og er gjengitt slik de faktisk utspilte seg. Sterkt identifiserbare hendelser er utelatt eller, i ett tilfelle, skrevet noe om av anonymitetshensyn. Av samme grunn er informasjon om ytre omstendigheter holdt på et minimum.

I den terapeutiske prosessen som beskrives i denne artikkelen, var det barnet selv som valgte retning og uttrykksmidler, med fryden som veiviser. Panksepp (1998) mener at positive følelser som fryd og behag hjelper oss å manøvrere mot slikt som er biologisk nyttig for oss. I tråd med C.G. Jungs (1966) vektlegging av menneskets selvhelende egenskaper mener også Peter Levine (1997, 2010) at mennesket, i likhet med andre pattedyr, har en iboende evne til selvleging etter overveldende opplevelser. Det er bare når vi tidlig i livet har manglet tilstrekkelig støtte i omgivelsene våre, at vi mister denne medfødte evnen. Målet med behandling er å legge forholdene til rette slik at pasienten gjenvinner sine iboende ressurser for selvleging.

Min erfaring er at når barn føler seg tilstrekkelig trygge og frie, vil de spontant og instinktivt finne fram til akkurat den type stimulering og samspill de behøver. Det er ikke alltid nødvendig med omfattende kartleggingsverktøy à la Bruce Perrys (2006) «Neurosequential Model of Therapeutics». Det er fascinerende å oppleve hvordan utviklings-traumatiserte barn ofte finner fram til de samme typer samspill og stimulering som Perry beskriver i sin modell for hva ulike deler av hjernen trenger, samspill som også trekkes fram som viktige i den polyvagale teorien.

### BAKGRUNN

Dinu var nærmere ni da han fikk tilbud om en ukentlig time individuell psykoterapi. Lite var kjent om de første leveårene hans, annet enn at de hadde vært preget av grov omsorgssvikt, rusmisbruk og vold. Da terapien ble påbegynt, var det allerede etablert omfattende tiltak rundt ham, med veiledning til fosterforeldre og lærere og et godt samarbeid med barnevernet. Fosterforeldrene hadde fått opplæring i «Trygghets-sirkelen» (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002) og viste stor forståelse for guttens behov. Han var nettopp blitt flyttet over fra en skole der lærerne virket mest opptatt av å få en ADHD-diagnose slik at uroen hans kunne medisineres bort, til en skole der lærerne var sterkt engasjert både i Dinu og i traumebevisst pedagogikk (Norheim, 2014). Forutsetningene for å kunne hjelpe ham virket optimale.

Dinu hadde gjort store framskritt i løpet av det siste året, men han vekslet fortsatt mellom å være rastløs, mistenksom, krenkbar og sint og å være fjern, apatisk og vanskelig å få etablert kontakt med. Man visste aldri om han hørte eller ikke hørte, om det han sa var sant eller løgn. I presede situasjoner kunne han reagere med intense «raseriutbrudd» som mer framsto som kaosangfall, og som kunne ende med at han besvimte eller gikk inn i et epilepsilignende krampeangfall. Angfallene ble gjerne innledet med at han ble tiltagende hektisk og begynte å løpe formålsløst omkring. Som regel var det på skolen at dette utspant seg.

### STIMULERING AV NERVENETTVERKET FOR SOSIALT ENGASJEMENT

Å føle seg trygg sammen med terapeuten er en viktig forutsetning for alt terapeutisk arbeid. For barn som har opplevd store påkjenninger i samspillet med de tidligste omsorgspersonene, er det å føle seg trygg ikke bare en forutsetning for behandling, det *er* selve behandlingen – «en nevralt øvelse» med store ringvirkninger (Porges & Buczynski, 2013).

I det første møtet med Dinu og fosterforeldrene var Dinu nokså ukritisk i kontakten, han satte seg straks på fanget på en litt aggressiv måte som etter hvert føltes ubehagelig og invaderende. Ved de neste møtene var han mer tilbakeholden. Han møtte ikke blikket, skvatt til ved den minste berøring eller hvis jeg beveget meg for brått. Ansiktsmimikk og stemme virket avflatet, og han hadde en merkelig, stakato måte å bevege seg på. Jeg merket ingen oppmykning i løpet av de første terapitimene. Dinu reagerte ikke på spørsmål og forholdt seg sjelden til det jeg sa, men snudde seg av og til bort når jeg forsøkte å etablere kontakt. Andre ganger var jeg usikker på om han i det hele tatt hørte, eller om han bare overhørte meg. Inni mellom sank han liksom sammen og ble sittende ubevegelig med et undrende, litt trist ansiktsuttrykk.

#### Tilrettelegging av fysiske rammebetingelser

Vi er tilbøyelige til å feste motiver til atferd, og spesielt til atferd som vekker vanskelige følelser i oss selv, som å tolke Dinus væremåte som avvisning i dette tilfellet. Å oppleve seg avvist vil i neste omgang lett utløse motavvisning, som signaliseres enten man er seg det bevisst eller ikke. Den polyvagale teorien betoner at omgivelsene hele tiden sender ut signaler som oppfattes ubevisst, og hensetter oss i en bestemt fysiologisk tilstand, for eksempel alarmberedskap, som i neste instans er koblet sammen med bestemte måter å reagere på. Det gjelder ikke bare det vi vanligvis betrakter som utrygge rammebetingelser (Eide-Midsand, 1987, 2002a), men også trekk ved omgivelsene som bakgrunnsstøy, innredning, lukter eller folks måter å snakke og bevege seg på. Slike faktorer i omgivelsene våre, mer enn bevisste motiver, styrer mye av atferden vår.

Det ble fort klart at Dinu ikke kunne falle til ro i det store og litt uoversiktlige barnete-

rapirommet, der jeg av gammel vane slo meg ned på sandkassekanten, mens Dinu plasserte seg i sofaen litt lenger inne i rommet. Langt senere betrodde Dinu meg at han ble kvalm hvis noen satte seg mellom ham og utgangsdøra; han var redd han ville besvime og ikke komme seg ut. En annen ting han hadde opplevd som skummelt, og som jeg ikke hadde ofret en tanke, var at lyset i rommet slo seg automatisk på idet vi kom inn. Dinu hadde sittet og ventet anspent på at det ville slå seg av igjen slik at vi ble sittende i stummende mørke. Foreløpig forsto jeg bare at han kjente seg utrygg, og foreslo at vi flyttet oss over til det mindre kontoret i stedet.

Venterommet er det første som møter klienten når han eller hun kommer til behandling, og det første som signaliserer om klinikken er et trygt eller utrygt sted å være. Dinus terapi ble påbegynt i en periode da ventesonene ble benyttet til forskjellige kulturelle evenementer, som innebar mye støy og at klienter risikerte å komme til et annerledes innredet venterom fra gang til gang. I tillegg falt Dinus time sammen med personalets lunsjpause, med dårlig skjerming mot latter, høylytte samtaler og påtrengende lukter av mat og matlaging. Glade stemmer og duften av nystekte bakervarer signaliserer for de fleste av oss at vi er kommet til et trygt og godt sted. For Dinu, derimot, ble det nok en påminnelse om at livets goder var for alle andre, bare ikke for ham. Sammen med bakgrunnsstøyen, alt det potensielt farlige som skjedde utenfor synsfeltet hans, hensatte det ham i en fysiologisk tilstand der sosiale samspill og dermed terapi ikke er mulig. Han viste ikke hvor han skulle gjøre av seg i ventesonene, oppførte seg hver gang som om han aldri hadde sett meg før, og kunne kveppe kraftig til når jeg gikk i retning mot ham. Vi ble enige om å flytte den ukentlige timen hans til et tidspunkt etter ordinær arbeidstid, når venterommet vanligvis er roligere.

Et første lite glimt av noe relasjonelt kom noen uker senere da Dinu utbrøt da jeg kom for å hente ham i ventesonene: «Jeg så at det var *du* som kom ned trappa!» Gjenkjennelse er selve forutsetningen for å kunne tilnærme seg en annen. Mennesker vi ikke kjenner, aktiverer automatisk en viss alarmberedskap i oss, sterk eller svak alt etter forhistorie og situasjon. Fullstendig avslappet og fortrolige er vi bare med mennesker vi kjenner godt og føler

»



oss trygge sammen med. Dinu og jeg var på langt nær der ennå, men jeg var i ferd med å forvandle meg fra å være en ukjent til å bli en kjenning av ham.

### Gryende samspill med stemme og blikk

Å flytte timen til et roligere tidspunkt på dagen og til et mindre og mer oversiktlig rom var bare to av faktorene som dempet Dinus opplevelse av å være i fare. Alt annet måtte også tilrettelegges med trygghet som formål – for å aktivere nervenetverket for sosialt engasjement. Jeg merket for eksempel at Dinu i likhet med mange andre utviklingstraumatiserte barn ble urolig dersom jeg spurte hva han følte eller tenkte, og lot følgelig være å bli for «nysgjerrig», som han uttrykte det. I stedet snakket vi hverdagslig om ting han var interessert i og opptatt av. Ifølge den polyvagale teorien er innholdet i det som sies, ikke så viktig. Viktigere enn *hva* som sies, er *måten* det sies på; små signaler båret fram av en stemmefarge, tonehøyde, intensitet, volum, rytme og lignende, som er ment å frambringe en fysiologisk og mental trygghetsfølelse. Det er slik vi naturlig snakker til småbarn og til kjæledyrene våre.

Men også her må man tone seg inn på det enkelte barnets emosjonelle ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Noen traumatiserte barn hensettes tvert imot i autonomt stressmodus hvis de blir snakket til på denne måten. Det kan for eksempel være tilfellet der hvor overgrep er blitt innledet med en slik prosodi. Dinu ble irritert av toneleier som var ment å formidle forståelse og empati, så jeg fant etter hvert fram til en lavmælt, mumlende og nokså nøytral vokal modus, som lot til å gjøre kommentarer og innspill utholdelige.

Heller ikke blikkontakt, som vanligvis framheves som selve kjernepunktet i god sosial kontakt, er en enkel og liketil sak i samspill med barn som Dinu. Porges (2011) minner om at direkte øyekontakt med noen man ikke er tilstrekkelig trygg på, hensetter alle pattedyr i forsvarsmodus. Så selv om det føles naturlig å søke blikket til den en vil bli kjent med, måtte jeg aktivt jobbe med å legge bånd på meg overfor Dinu. Han stivnet til eller snudde seg bort dersom jeg kastet mer enn et lite øyekast i hans retning. Det gjorde også stor forskjell på kroppsspråket hans hvor jeg plasserte meg i rommet: ikke rett overfor ham, ikke mellom ham og døra og ikke bak ham der han satt på kontorpulten foran PC-en. Dinu falt mer til ro etter at vi flyttet tastaturet slik at han kunne sitte på sofaen med ryggen mot veggen. Ifølge Porges (2011) vil alle pattedyr, inklusive mennesket, kjenne seg mer urolige med åpent rom bak seg. Han tolererte også at jeg satte meg ved siden av ham i sofaen, bare det ikke ble for nær.

### Samspill foran dataskjermen

En stor del av det første halvåret i terapi ble benyttet til internettrelaterte aktiviteter: videoklipp fra YouTube og dataspill. Igjen var det overordnede målet å gjøre Dinu trygg – gjøre ham bedre i stand til å regulere den fysiologiske tilstanden sin, styrke vagusbremsen – framfor å bibringe innsikt eller å bearbeide følelser etter tradisjonell psykodynamisk modell. Å åpne opp for aktiviteter som det individuelle barnet er trygg på og føler seg vel med, gir etter min erfaring det beste utgangspunktet for å nå inn til barn som har opplevd tidlige relasjonelle traumer. Det kan være musikk eller fotballsparking eller, i Dinus tilfelle, dataspill.

Å dele oppmerksomhet om noe tredje er en effektiv måte å knytte bånd mellom mennesker på, men er noe som mange overaktiverte barn

sliter med (Hüther & Bonney, 2013). Internett kan være et positivt terapeutisk medium i en slik sammenheng, og da ikke internett i seg selv, men de samspillene som oppstår, og den kontakten som skapes. Da jeg valgte å følge Dinus interesse for spill og videosnutter, kommentere handlinger og tone meg inn på følelser i den virtuelle verden, begynte det å utvikle seg en relasjon mellom oss. Oppmerksomheten på figurene i dataspill og videoklipp kunne smått om senn suppleres med eksplisitt oppmerksomhet og inntoning på Dinus *opplevelser* knyttet til det som skjedde på skjermen; for eksempel triumfen ved å lykkes og frustrasjonen ved å mislykkes. Parallelt med dette kunne også den fysiske avstanden mellom oss reduseres.

Det var viktig å respektere Dinus behov for å styre tilnæringsprosessen gjennom spørsmål som: Jeg lurar på om det er greit for deg at jeg setter meg ved siden av deg? Er det greit at jeg flytter meg litt nærmere? Slike spørsmål ble som regel besvart med et nikk eller et smil. Dersom jeg derimot ble så oppslukt av hendelsene på skjermen at jeg kom litt for nær uten å ha avklart det med ham først, stivnet han straks til og ble utilgjengelig igjen. Det kom til et brudd mellom oss, som imidlertid lot seg lege gjennom at jeg unnskyldte meg og tonet meg inn på hans behov for å regulere avstanden mellom oss. Slike reparasjoner utgjør kanskje noen av de mest betydningsfulle øyeblikk i en terapiprosess: De gir barnet en konkret opplevelse av at ubehag er forbigående, at man kan snu om til positivt modus igjen ved hjelp av en annen. Ubeklag blir dermed mindre farlig, og styrker både selvreguleringsevnen og evnen til å la seg regulere gjennom sosiale samspill (Schore, 2012; Eide-Midtsand, 2014).

### Forløsende samspill omkring mat

Dinu var uvanlig vår for lyder. I en av timene gjorde bråket fra en gressklipper ham så anspent at vi ble enige om å flytte oss til sykehusets kafé. I flere måneder framover gikk vi til kaféen og startet timen der. Jeg har tidligere påpekt at mat kan utgjøre en viktig del av psykoterapi med tidlig traumatiserte barn (Eide-Midtsand, 2002b). Porges' teori belyser hvorfor det er slik. Ifølge teorien inngår svelge- og tyggemusklatur, spyttsekresjon og enkelte smaksfibre i nervenetverket for sosialt engasjement, og stimulering av én del av systemet (f.eks. å smake, tygge og svelge) vil ha ringvirkninger i systemet

som helhet (øyekontakt, mimikk, puls osv.). Det å spise sammen har til alle tider skapt sosialt engasjement, roet ned den fysiologiske beredskapen og gjort fysisk og psykisk tilnærming mulig (Porges & Buczynski, 2011).

Det skjedde en forbløffende endring med Dinu mens vi spiste: Ansiktsmimikken ble livligere, han var mer spontan og direkte, bøyde seg ivrig fram mot meg over bordet, søkte blikkontakt, modulerte stemmen tydeligere og tok imot mine innspill på en helt annen måte enn når vi var på kontoret. Og når vi gikk til og fra mellom kafé og klinikk, beveget han seg friere, mindre forknytt. Imidlertid var heller ikke dette noen enkel og liketil prosess. Dinu kunne plutselig stenge helt av igjen og bli utilnærmelig, midt i et frydefullt samspill. Toleransen var åpenbart lav også for følelser og fornemmelser som de fleste opplever som positive. Det var tydelig at også toleransevinduet for positive følelser og spillinger måtte utvides svært forsiktig.

### TRENING AV VAGUSBREMSEN GJENNOM LEK

Som tidligere nevnt, består en av grunnpilarer i den polyvagale teorien i oppdagelsen av hvordan trekk i omgivelsene, fysiske så vel som relasjonelle, forårsaker automatiske skifter i fysiologisk modus med tilknyttede affektive og atferdsmessige endringer. Hjernen er naturlig rigget for å sikre vår overlevelse, det vil si at vi går automatisk i forsvarsmodus i nye, ukjente situasjoner. For at sosial tilnærming, hengivenhet og intimitet skal være mulig, må disse modiene slås aktivt av, noe pattedyr oppnår ved hjelp av det nye, myeliniserte parasymptatiske systemet, vagusbremsen, som aktiveres når vi føler oss trygge, og som mobiliserer resten av det sosiale nervenetverket. Barn som tidlig i livet har erfart at verden er farlig, har større problemer enn folk flest med å slå av forsvarssystemene sine (se også Eide-Midsand & Nordanger, dette nr.).

I forrige hovedavsnitt beskrev jeg hvordan nervenetverket for sosialt engasjement gradvis ble aktivert og styrket hos Dinu gjennom nøye regulerte samspill som hadde som formål å gjøre ham trygg. En klar indikasjon på økende trygghet kom etter et halvt års tid, da Dinu ville tilbake til det store barneterapirommet igjen. Lysten og nysgjerrigheten styrte ham naturlig mot lek, som er et effektivt medium til å trene opp motstandskraft mot å gå i forsvarsmodus.

Porges (2009; Porges & Buczynski, 2011, 2015) understreker at en godt utviklet vagusbremse kan modifisere de to autonome systemene som vanligvis benyttes til forsvar: sympatisk mobilisering og parasymptatisk immobilisering. Han trekker spesielt fram lek som en god arena til å trene på sympatisk mobilisering uten å gå inn i kamp- eller fluktmodus. Etter min erfaring er lek et like viktig medium til å øke toleransen for parasymptatisk underaktivering – det Porges (2001) kaller «immobilisering uten frykt». I barneterapirommet henga Dinu seg til begge deler – til å pendle mellom å være i trygghetssonen sin og å foreta små ekspedisjoner ut mot grenseområdene skrekkblandete fryd.

For oversiktens skyld skal jeg beskrive utforskningen av sympatisk mobilisering og parasymptatisk immobilisering hver for seg, som separate faser. I virkeligheten foregikk utforskningen av de to grensesonene ofte parallelt, vekselvis eller flettet sammen i en og samme aktivitet. Jeg har også valgt ut én av de mange lekeaktivitetene som i Dinus tilfelle befordret denne utforskningen, nemlig forfølgelseslek. I lekemodus kunne han i sitt eget tempo og i sin egen rytme – *med støtte fra en trygg voksen og i trygge omgivelser* – gjenskape fortidens påkjenninger i persjoner som var til å utholde og håndtere.

### Første fase i forfølgelsesleken: frydefull mobilisering

Barn som tidlig i livet har opplevd for sterk og ubehagelig sympatisk mobilisering, kan etter hvert utvikle lav toleranse for sympatisk aktivering generelt, både positiv og negativ. Dette kan for eksempel skyldes at de fysiologiske signalene (hjerterbank, økt oksygenbehov o.l.) er blitt så sterkt assosiert med sterke, uhandterlige affekter (raseri, skrekk) at disse affektene siden utløses automatisk bare pulsslagen blir kraftige nok. Dinu havnet ofte i vansker fordi lekeslåssingen med andre barn plutselig slo om til ekte aggresjon og vold. På sin gamle skole ble han også betraktet som lat og bortskjemt fordi han stakk av fra undervisning som krevde fysisk anstrengelse.

I terapien gjaldt det å koble de fysiologiske og de affektive responsene fra hverandre igjen, slik at han ikke automatisk fikk panikk eller ble rasende når oksygenbehov og puls økte på grunn av harmløs fysisk utfoldelse. Forfølgelseslek og lekeslåssing er de to aktivitetene

”

For barn som har opplevd store påkjenninger i samspillet med de tidligste omsorgspersonene, er det å føle seg trygg ikke bare en forutsetning for behandling, det er selve behandlingen

»

jeg erfarer at spesielt gutter spontant dras mot ved behov for å eksperimentere med sympatisk mobilisering.

Forfølgelsesleken startet som regel med et «prøv å ta meg!»; hvorpå Dinu satte av gårde i skrekkblandet fryd med meg i hælene. I denne første fasen av leken var det selvfølgelig umulig å få tak i ham ettersom store deler av rommet ble definert som friområder, eller Dinu ble «usynlig» dersom jeg kom for nær. Dette til tross ble spenningen forbundet med selve det å løpe fra meg av og til i overkant av hva han kunne tåle, og vi måtte avbryte. Jeg lærte meg etter hvert å stanse opp før han ble overaktivert. Hvis ikke kunne latter og frydefulle hyl plutselig stanse opp og Dinu gå over til å skjelle meg ut eller motsatt, synke sammen – andpusten, skjelven og klynkende.

I slike øyeblikk var det om å gjøre å endre nevrosepsjonen av fare og forankre ham i det trygge terapirommet; først og fremst gjennom at jeg selv forholdt meg rolig og småsnakket til ham med beroligende, følelsesnære ord; ved å peke på forskjellige gjenstander i rommet og få ham med på å vende seg mot dem: «Der er vasken, der vi lekte med vannhjulet forrige gang. Der er sandkassen, og der er dartsdiven der du vant over meg i stad. Der er skapet med supermanddrakten», og så videre. Selv om blikkontakt ikke lenger var et problem for Dinu når han var avslappet, måtte jeg i slike øyeblikk, mens han var i stressmodus, igjen unngå å se direkte på ham. Først når pusten stabiliserte seg og vagusbremsen begynte å virke, kunne jeg ta sjansen på å gripe hånda hans, stryke ham over ryggen eller legge en arm rundt skuldrene hans.

Van der Kolk (2014; Van der Kolk & Buczynski, 2015) betoner betydningen av beroligende fysisk kontakt i terapi med traumatiserte personer, og mener slik kontakt virker direkte inn på strukturer i det limbiske system. Det var fascinerende å se hvordan Dinu gradvis våknet opp fra slike tilstander, hvordan ansiktsmimikken ble mykere og stemmen mer melodios etter hvert som blikkontakt ble gjenopprettet mellom oss.

Et godt stetoskop har vist seg å være et utmerket hjelpemiddel for å koble affektive og fysiologiske responser fra hverandre. Jeg oppfordret Dinu til å lytte på hjerteslagene sine mens vi satt sammen i sofaen – hvilket i seg selv var urovekkende nok til å begynne med. Etter hvert foreslo jeg at han skulle reise

seg opp og høre om hjerteslagene endret seg; deretter tok han på eget initiativ noen skritt og begynte å bevege seg omkring i rommet i forskjellig tempo. Hvis dette gjøres nennsomt og med tålmodighet, gir det etter hvert barna en konkret opplevelse av at de selv kan være med på å kontrollere hjerterytmen sin – øke den ved å sette opp farten og senke den igjen ved å slappe av.

Dinu utforsket dette i flere terapitimer framover, og var så frydefullt oppslukt av sine oppdagelser at han ikke «husket på å være redd», som han uttrykte det. Angst og panikk ble drevet bort av *søken* – en av Jaak Panksepps kjerneaffekter, som kontrolleres av dopaminnettverket i den subkortikale hjernen, og som manifesterer seg som nysgjerrighet, vitebegjær og spent forventning. Så lenge fryd og forventning dominerer, er det ikke rom for negative følelser (Panksepp, 2009; Panksepp & Biven, 2012).

Dinu fikk selv idéen om å ta stetoskopet med seg i forfølgelsesleken, der han slapp meg nærmere og nærmere mens han selv kunne løpe stadig raskere uten å gå inn i stressmodus. Mens vi løp omkring, kastet han rett som det var et blikk tilbake på meg for å etablere øyekontakt. Vi opprettholdt også kontakt gjennom latter og gjensidige «fornærmelser». Porges (2009) beskriver lek som en øvelse i å bruke det sosiale engasjementsystemet til å regulere flukt/kamp-responser. Bevegelsesleken jeg nettopp har referert, forutsetter at det sympatiske nervesystemet mobiliseres, men mobiliseringen må veksle med nedregulering av den sympatiske eksitasjonen gjennom sosial interaksjon ansikt til ansikt. Hvis ikke blir forfølgelse en skremmende opplevelse. Slike nedregulerende lekesignaler er beskrevet mer utførlig annetsteds (Eide-Midtsand, 2015).

#### Andre fase: immobilisering uten frykt

Både lekenhet og hengivenhet er viktige dimensjoner i nære forhold, og barn vil spontant utforske begge deler gjennom lek. Immobilisering uten frykt (Porges, 2001; 2009) er nødvendig for å kunne hengi seg til, gjøre seg sårbar overfor og være intim med et annet menneske.

Etter hvert som jeg ble bedre kjent med Dinu, framsto angsten for å miste seg selv i en parasympatisk panikktilstand som selve kjernen i problematferden hans. Å miste evnen til å bevege seg, å bli kvalm, svimmel og ikke få puste mens bevisstheten svinner hen, er en svært ube-



hagelig tilstand å være i. Det er den mest primitive fysiologiske forsvarsstrategien, som pattedyr automatisk går inn i når alt håp er ute.

I terapirommet inntraff denne tilstanden noen få ganger, første gang etter at Dinu fikk flis i fingeren mens vi bygget «verdens høyeste tårn» av treklosser. Han ble blek og slapp og ville styrte på dør. Men bena bar ham ikke, og han sank gråtende sammen på gulvet. Han ynket seg om at han sikkert kom til å miste fingeren, at alt blodet ville renne ut av ham. Han kaldsvettet og så ut til å være på nippet til å besvime mens jeg trakk ut flisen og fikk satt på plaster. Han hadde åpenbart også mistet kontrollen med blære- og tarmfunksjon.

I et lite glimt ser vi her det autonome forsvashierarkiet utspille seg. Dinu var trygt forankret i nettverket for sosialt engasjement mens han bygget tårnet sitt. Vagusbremsen dempet den sympatiske innerveringen av sinusknuten, han slappet av og var i frydefullt samspill med meg om hvor umåtelig høyt dette tårnet skulle bli. En liten flis i fingeren, som de fleste barn ville tatt med fatning, endret Dinus fysiologiske tilstand totalt: Han gikk først inn i sympatisk forsvarsmodus; kroppen ble mobilisert til handling og han la på sprang. Han skjønnte imidlertid raskt at dette ikke ville hjelpe mot flisen, panikken økte, og han gikk som siste utvei inn i en parasympatisk immobiliseringstilstand.

Dette skjedde på et tidspunkt da Dinu var mer fortrolig med fysisk kontakt, så jeg la armene rundt ham og rugget rolig fram og tilbake. Ord ville ikke nå inn til ham før han kom ut av denne tilstanden – forvirret, skamfull og lei seg. I stedet fikk han en konkret opplevelse av at slike ubehagelige tilstander ikke varer evig, at man kan komme ut av dem ved hjelp av en annen.

I hverdagen prøvde Dinu sannsynligvis å holde slike panikkadede opplevelser fra livet ved å være i konstant bevegelse, oppsøke konflikter og krenkelser, krangle og tenne på alle pluggen: Så lenge han var sympatisk mobilisert, kunne han ikke samtidig være parasympatisk frakoblet. Men aktiveringen gjorde at han heller ikke var i stand til å slappe av sammen med andre. Og med raseri og fysisk anstrengelse følger uunngåelig hjertebank og andre fysiologiske responser som automatisk utløste panikk hos Dinu. Dermed drev han seg selv om og om igjen inn i den tilstanden som han mest av alt prøvde å unngå.

Da Dinu omsider ble trygg nok til ikke bare å bli forfulgt av meg, men også til å la seg fange, ble forfølgelseslek også et viktig medium for å eksperimentere med den «nedre», parasympatiske grensen av toleransevinduet. Å bli holdt fast var fortsatt belagt med så mye ubehag at vi avtalte at han skulle si «stopp» når han ville at jeg skulle slippe. I begynnelsen kom stoppesignalene nokså umiddelbart, men etter hvert lot han seg fange i lengre og lengre perioder av gangen. Jeg kunne kjenne hvordan hjertet hans roet seg, og hvordan han gradvis slappet av i hele kroppen. Ofte skrudde han det hele ned enda et hakk – fra å være avslappet til å bli helt lealaus, men nå av egen fri vilje og med hyppig ansiktskontakt og mange humoristiske replikkvekslinger underveis. Han eksperimenterte også med å la seg immobilisere, gi frivillig avkall på all muskeltonus, mens jeg bar ham omkring i rommet, eller mens han instruerte meg om å støtte ham og holde ham oppreist. Det begynte å føles trygt å hengi seg, å slappe fullstendig av sammen med et annet menneske.

Utviklingstraumatiserte barn ser ut til å drives instinktivt mot slike måter å utforske parasympatisk immobilisering på; de samme aktiviteten går igjen fra barn til barn. Andre måter er å leke pasient i full narkose, å la seg rulle stramt inn i gymnastikkmatter (Eide-Midtsand, 2002a), eller å be om å bli begravd under et berg av puter, tepper og møbler. Alt sammen kan ses som øvelser i å la seg immobilisere uten frykt, der immobilisering via den vegetative vagus veksler med oppregulering gjennom sosial interaksjon ansikt til ansikt.

### Tredje fase: legende bevegelser

Følelsen av å kunne bevege seg fritt og fleksibelt mot det som behager, og bort ifra det som skaper smerte og ubehag, er en grunnleggende forutsetning for trygghet. Å hjelpe traumatiserte barn med å gjenvinne sin bevegelse blir dermed en sentral dimensjon i terapien. Etter hvert som fysisk utfoldelse ble befridd for den tette sammenknyttingen med defensiv mobilisering, benyttet Dinu nok en gang forfølgelseslek som springbrett, da han i tillegg til å bli forfulgt og fanget også ville kjempe seg løs med egne krefter. Han insisterte på at jeg skulle gjøre så godt jeg kunne, og bebreidet meg ofte for ikke å holde ham hardt nok fast. Etter hvert utviklet det seg til temmelig intens lekeslåsning, der ansiktskontakt, stemmekvalitet og tilfel-

”

Jeg kunne kjenne hvordan hjertet hans roet seg, og hvordan han gradvis slappet av i hele kroppen

»

”

Det kom til et brudd mellom oss, som imidlertid lot seg lege gjennom at jeg unnskyldte meg og tonet meg inn på hans behov for å regulere avstanden mellom oss

dige klemmer signaliserte gode intensjoner og hindret at det utviklet seg til ekte aggresjon. I en variant av temaet ba Dinu meg om å binde ham med et hoppetau, hvoretter han skulle prøve å komme seg løs uten hjelp.

Den frydefulle triumfen han viste når han endelig var fri og kunne løpe fra meg, viste utvetydig at leken var sterkt meningsbærende for Dinu. Van der Kolk har beskrevet den legende virkningen av å kunne fullføre bevegelser som ble påbegynt og stanset, eller bare fantasert om da traumet ble påført (van der Kolk, 2002; Ogden, Minton & Pain, 2006). Den gang var overmakten for stor og en selv for liten og svak til å yte motstand eller flykte unna. Nå, derimot, i det trygge terapirommet og med støtte fra en person som vil en vel, kan slike angstladede situasjoner fra fortiden oppsøkes på nytt – eksplisitt eller symbolsk – og den befriende bevegelsen kan endelig gjennomføres helt ut. For Dinus del handlet det først og fremst om å flykte. For andre barn kan det å dytte vekk eller å bekjempe være den forløsende handlingen de trenger å fullføre.

Hjerneforskeren Joseph LeDoux har vist hvor viktig bevegelse kan være for å oppløse nevralt traumespor i hjernen. LeDoux forsker på rotter, og i ett forsøk ble rotter utsatt for ubehagelige, men ufarlige elektriske støt fra nettinggulvet i burene uten muligheter til å komme unna. Etter noen få forsøk viste rottene en typisk immobiliseringsrespons når signalet om støt ble gitt. I neste fase av forsøket ble buret utstyrt med en rømningsvei. Det som nå skjedde, var selvfølgelig at rottene stakk så fort signalet om støt ble gitt. Og det skulle ikke mange vellykkede fluktopplevelser til før «immobilitetssporet» i rottenes hjerne var fullstendig utvisket og erstattet med et «kompetansespor». Rottene var ikke traumatiserte lenger, de var igjen rotter som taklet tilværelsen (LeDoux & Gorman, 2001).

Selv om bildet er mer sammensatt hos barn som er blitt utsatt for uhåndterlige opplevelser gjennom tidlig barndom, kan frydefull bevegelse vise seg å være en underkjent terapeutisk ressurs også for dem. Dette gjelder for så vidt alle aktiviteter som genererer fryd og andre positive tilstander – som fyller blodet med antistresshormoner og utløser vekstfaktorer i hjernen (Panksepp, 1998; Panksepp & Biven, 2012). For Dinu markerte triumfhendingene – å kjempe seg løs, unnsnippe, løpe fra

meg – et tydelig skifte i terapiprosessen. Han begynte å utforske aktiviteter som han tidligere hadde skydd, men som han nå så ut til å nyte, og som etter hvert utviklet seg til dramalek.

Dinu hadde fortsatt utfordringer i hverdagen, men lekeaktivitetene hadde trolig bidratt til at nervenetverket for sosialt engasjement var blitt styrket. Dermed oppsto det flere situasjoner han kunne bevege seg mot med nysgjerrighet og fryd, og færre situasjoner der han automatisk gikk inn i rigide forsvarsmønstre som flukt, kamp eller overgivelse. De største utfordringene framover besto i å øve seg på å takle det mer uoversiktlige og uforutsigbare livet utenfor terapirommet, noe gode omsorgsbetingelser og en godt tilrettelagt skolehverdag best kunne hjelpe ham med. Samtidig fortsatte Dinu i terapi i enda et par år, inntil han selv følte at behovet ikke lenger var til stede. I terapirommet tok han nå vanskelige opplevelser fra både fortid og nåtid med seg inn i dramaleken, der han kunne utforske dem i håndterlige porsjoner i en sammenheng der han følte seg trygg. Da han omsider kjente seg klar for avslutning, var det fortsatt mye som utløste forsvarsrespons hos ham. Fjortenåringen Dinu var imidlertid innstilt på å takle disse utfordringene på egen hånd og med støtte fra trygge voksne i sitt nærmiljø.

#### AVSLUTNING

Som nevnt innledningsvis var den polyvagale teorien en av flere teoretiske rammer som Dinus terapiprosess ble forsøkt forstått ut ifra. De lekaktivitetene som oppsto, er aktiviteter som traumatiserte barn spontant har igangsatt i terapirommet også før Porges' teori var kjent. Imidlertid knytter teorien de enkelte aktivitetene sammen på en meningsfull og forståelig måte, og gir oss nye alternative måter å fortolke aktivitetene på. Inntil det foreligger mer kontrollerte studier av teorien og dens verdi som utgangspunkt for terapi, må implikasjonene som trekkes i denne artikkelen, imidlertid anses som tentative.

Teorien synes uansett å ha stor praktisk nytteverdi i det kliniske arbeidet med utviklings- og traumatiserte barn, og føyer seg inn i rekken av nye, optimistiske innfallsvinkler til behandling. Det sosiale nervenetverket antas å eksistere i oss alle; det ligger klart til bruk, og ved å stimulere det gjennom gode, tryggende samspill begynner det også å fungere. Å gå en tur i parken, spille fotball, se på videoklipp eller spise

sammen er aktiviteter som i beste fall har blitt sett på som et utgangspunkt for terapi. Ifølge den polyvagale teorien kan slike aktiviteter også *utgjøre* selve terapien. Winnicott (1971) beskriver terapi som overlappning av to lekefelt, pasientens og terapeutens. Og hvis pasi-

enten ikke kan leke, går terapi ut på å gjøre ham eller henne i stand til det. Med de utviklings-traumatiserte barna går terapi i første rekke ut på å kunne slappe av sammen. Og dersom de er ute av stand til å slappe av, må terapien bestå i å gjøre dem i stand til det. ✕

## REFERANSER

- Eide-Midsand, N. (1987). Den gode beholder: Noen tanker omkring det terapeutiske kontaktforholdet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24, 427–435.
- Eide-Midsand, N. (2002a). Den barneterapeutiske dialogen. I. Formidling gjennom handling og tilrettelegging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 595–603.
- Eide-Midsand, N. (2002b). Den barneterapeutiske dialogen. II. Induktiv formidling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 707–714.
- Eide-Midsand, N. (2014). Utfordringer knyttet til skam og skyld i terapien til en tolv år gammel gutt. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (red.). *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 162–175). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide-Midsand, N. (2015). *Boltrelek og lekeslåsning: Større rom i barnehagen og småskolen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eide-Midsand, N. & Nordanger, D.Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. I Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, dette nummer.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2013). *Neues vom Zappelphilipp: ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Jung, C.G. (1966). *The practice of psychotherapy, Coll.wks. 16*. London: Routledge & Kegan Paul.
- LeDoux, J.E. & Gorman, J.M. (2001). A call to action: overcoming anxiety through active coping. *American journal of Psychiatry*, 158, 1953–1955.
- Levine, P.A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Levine, P.A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregivers – pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107–124.
- Norheim, H.S. (2014). Traumebevisst arbeid i skolen. Utfordringer og muligheter. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (red.). *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming*. (s. 176–187). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford, N.Y.: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2009). Brain emotional systems and qualities of mental life: From animal models of affect to implications for psychotherapeutics. I Fosha, D., Siegel, D.J. & Solomon, M.F. (red.). *The healing power of emotions: affective neuroscience, development and clinical practice* (s. 1–26). New York: Norton.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton.
- Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. I Webb, N.B. (red.). *Working with traumatized youth in child welfare*. (s. 27–52). New York: The Guilford Press.
- Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of the social nervous system. *Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.
- Porges, S.W. (2009). Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. I Fosha, D., Siegel, D.J. & Solomon, M.F. (red.). *The healing power of emotions: affective neuroscience, development and clinical practice* (s. 27–54). New York: Norton.
- Porges, S.W. (2011). Clinical implications of polyvagal theory. *Rhythms of the body: Foredrag av S. W. Porges, S. Carter & A. Gray*. Kristiansand, 19.–20. mai.
- Porges, S.W. & Buczynski, R. (2011). The polyvagal theory for treating trauma. *New treatment for trauma teleseminar series*. The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine (NICABM)
- Porges, S.W. & Buczynski, R. (2013). Beyond the brain: Using polyvagal theory to help patients «reset» the nervous system after trauma. *Rethinking trauma webinar series*. NICABM.
- Porges, S.W. & Buczynski, R. (2015). Body, brain, behavior: How polyvagal theory expands our healing paradigm. *Brain-smart webinar series*. NICABM.
- Schore, A.N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: W.W. Norton
- Van der Kolk, B. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and sub-cortical imprints in the treatment of trauma. I F. Shapiro (red.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. (s.57–84). Washington DC: APA Press.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. London: Allen Lane.
- Van der Kolk, B. & Buczynski, R. (2015). How to help patients rewire a traumatized brain. *Brain-smart webinar series*. NICABM.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge and Kegan Paul.





**ØKT RISIKO** Psykosepasienter med barndomstraumer har økt risiko for dårligere funksjon over tid sammenlignet med psykosepasienter uten barndomstraumer, skriver Monica Aas. Foto: Fartein Rudjord



# Langtidsvirkninger av barndomstraumer

Barndomstraumer er en risikofaktor for alvorlig sykdomsforløp ved psykose.

**DE SISTE TIÅRENE** har det kommet en mengde forskningsartikler som viser at alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse er arvelige sykdommer basert på en rekke gener – såkalt polygenetiske lidelser. Allikevel forklarer disse genene kun en liten del av de alvorlige lidelsene. Andre faktorer – trolig i kombinasjon med sårbarhetsgener – ser ut til å være bidragsyttere til utviklingen av en alvorlig psykisk lidelse. En slik faktor er barndomstraumer. Store studier har påvist at barndomstraumer tredobler sjansen for å utvikle en psykotisk lidelse, og at lidelsen vedvarer over tid (Aas et al., 2016; Varese et al., 2012). Evidensen for å slå fast denne kliniske erfaringen har tidligere manglet. Ved Norment K.G. Jepsen senter for psykoseforskning har vi gjennom flere studier kartlagt forekomst av barndomstraumer ved alvorlige psykiske lidelser. I tillegg har vi begynt å undersøke hvilke mekanismer som kan ligge til grunn for sammenhengen mellom barndomstraumer og utvikling av alvor-

lige psykiske sykdommer som schizofreni og bipolar lidelse senere i livet.

## FOREKOMST AV BARNDOMSTRAUMER

Ferske tall fra vår forskningsgruppe i Oslo viser at så mange som rundt halvparten av pasientene med en psykotisk eller bipolar lidelse rapporterer om alvorlige barndomstraumer, sammenlignet med ti prosent av kontrollgruppen bestående av friske personer (Church, 2017). Basert på litteraturen forventet vi riktignok at pasientgruppen ville rapportere om mer barndomstraumer enn kontrollgruppen, men forskjellene var enda tydeligere enn forventet og uavhengig av minimeringsstil (spørsmål som tar sikte på å luke ut underrapportering). Funnene er i tråd med store befolkningsbaserte studier der man har funnet en sammenheng mellom misbruk i barndommen og psykose- eller psykoselignende symptomer i voksenlivet. Særlig gjelder dette symptomer som hallusinasjoner (Bebbington et al., 2004).



## TEKST

Monica Aas, forsker ved Norment K.G. Jepsen senter for psykoseforskning

## KONTAKT

monica.aas@medisin.uio.no



## Hva sier forskningen?

- 50 % av psykose- og bipolarpasienter rapporterer alvorlige barndomstraumer sammenlignet med 10 % av friske individer.
- Pasienter med psykose- og bipolar lidelse som rapporterer barndomstraumer, har en mer kompleks og alvorlig lidelse.

Våre forskningsfunn viser at emosjonelle traumer og omsorgssvikt er minst like viktige som seksuelle traumer ved bipolar lidelse. I en studie vi nylig publiserte med en forskningsgruppe fra Paris, fant vi at deltagere med bipolar lidelse med emosjonelle traumer hadde tidligere sykdomsdebut, høyere risiko for selvmordsforsøk og flere depressive og maniske episoder sammenlignet med pasienter med bipolar lidelse som ikke rapporterte om emosjonelle traumer. Opp til 30 % av pasientene i studien rapporterte om alvorlig emosjonell traumatisering (Etain et al., 2013).

### MEKANISMER

Mye tyder på at barndomstraumer er med på å «omprogrammere» biologiske systemer (epigenetikk), noe som kan gi langvarige forandringer i stress-systemet (hypothalamus-hypofyse-binyre-HPA-aksen) og endret emosjonsregulering (Aas, Aminoff, et al., 2014; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Disse epigenetiske endringene kan gi økt risiko for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse hos genetisk sårbare individer (Aas, Dazzan, et al., 2014; Aas et al., 2012; Aas et al., 2013; Pruessner, Cullen, Aas, & Walker, 2016), men mer forskning trengs på dette feltet. Forskningsprosjektet «Stress Under Skin» som jeg leder ved Norment senter for psykose, kan på lengre sikt gi ny kunnskap om mekanismene bak barndomstraumer som risikofaktor ved psykose. Ved hjelp av hårprøver måler vi blant annet stresshormonet kortisol hos voksne individer med psykose, bipolar lidelse og friske kontroller, for å undersøke mulige langtidsvirkninger av barndomstraumer på den biologiske stressresponsen.

### BARNDOMSTRAUMER OG SYKDOMSFORLØP

Å kunne forutsi hvilke pasienter som er mer utsatt for å få et kronisk sykdomsforløp, har stor klinisk betydning. Ferske studier viser at psykosepasienter med barndomstraumer har økt risiko for dårligere funksjon over tid sammenlignet med psykosepasienter uten barndomstraumer. I en av våre nylig publiserte artikler, der 96 pasienter med førstegangpsykose deltok, viser vi at pasienter som rapporterte om barndomstraumer, har mer alvorlige symptomer, spesielt depressive symptomer, både innen første året av behandling av førstegangpsykose og ved neste undersøkelse etter ett år sammenlignet med pasienter uten barndomstraumer (Aas et al., 2016). På gruppenivå forbedret begge pasientgruppene seg etter ett år med behandling, men pasientene med barndomstraumer hadde dårligere fungering, det vil si lavere skåre på GAF, på begge testtidspunktene. I tillegg til å ha lavere fungering på begge utredningspunktene hadde pasientene med barndomstraumer en slakere forbedringskurve over tid, noe som kan indikere at denne gruppen er særlig sårbar for en langsiktig alvorlig lidelse.

Det bør nevnes at en svakhet med studier på barndomstraumer hos voksne er at en undersøker hendelser som ligger langt tilbake i tid, noe som kan påvirke svarenes reliabilitet.

### TRAUMER OG BEHANDLING

Kunnskap om forholdet mellom barndomstraumer og den økte risikoen for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse, kombinert med mer alvorlig sykdomsbilde over tid, har viktige kliniske implikasjoner. Behandlere bør kartlegge barndomstraumer ved psykose eller bipolar lidelse og i tidlig-intervensjonsprogrammer er det viktig at pasienter med barndomstraumer kartlegges. Selv om barndomstraumer har blitt satt på kartet de siste

#### SKRIV I «OPPSUMMERT»

Ny psykologisk innsikt?

Betydningsfulle forskningsfunn?

Nettopp disputert?

#### Ta kontakt:

ida.holth@psykologtidsskriftet.no

årene, viser litteratur at barndomstraumer ofte ikke har blitt undersøkt ordentlig i klinikken (Read & Fraser, 1998). Dette har muligens blitt noe bedre de siste årene.

Eksempel på behandling av pasienter med psykoselidelser og barndomstraumer kan være å arbeide direkte med den dissosiative opplevelsen som ofte er knyttet til traumet, ved hjelp av psykologiske teknikker og mestringsstrategier, i tillegg til vanlig standardisert behandling. Her trengs det imidlertid mer forskning. I forskningen fremover blir det viktig å gå mer i dybden for å undersøke linken mellom opplevd stress og traumer i barndommen og økt risiko for å utvikle psykopatologi i voksen alder. Forstår vi mer av hvem som er sårbare, og hvordan miljø interagerer med genetisk utgangspunkt, kan vi på lengre sikt gi bedre behandling til disse pasientene. ✘



Behandlere bør kartlegge barndomstraumer ved psykose eller bipolar lidelse

## REFERANSER

- Aas, M., Aminoff, S. R., Vik, L. T., Etain, B., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2014). Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. *Psychiatry Research*, *218*(1–2), 252–255. doi:S0165–1781(14)00273-X [pii];10.1016/j.psychres.2014.03.046 [doi]
- Aas, M., Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Faerden, A., Romm, K. L., Nesvag, R., . . . Melle, I. (2016a). A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, *16*, 126. doi:10.1186/s12888-016-0827-4
- Aas, M., Dazzan, P., Mondelli, V., Melle, I., Murray, R. M., & Pariante, C. M. (2014). A Systematic Review of Cognitive Function in First-Episode Psychosis, Including a Discussion on Childhood Trauma, Stress, and Inflammation. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 182. doi:10.3389/fpsy.2013.00182 [doi]
- Aas, M., Djurovic, S., Athanasiu, L., Steen, N. E., Agartz, I., Lorentzen, S., . . . Melle, I. (2012). Serotonin transporter gene polymorphism, childhood trauma, and cognition in patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(1), 15–22. doi:sbr113 [pii];10.1093/schbul/sbr113 [doi]
- Aas, M., Haukvik, U. K., Djurovic, S., Bergmann, O., Athanasiu, L., Tesli, M. S., . . . Melle, I. (2013). BDNF val66met modulates the association between childhood trauma, cognitive and brain abnormalities in psychoses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *46C*, 181–188. doi:S0278–5846(13)00149–8 [pii];10.1016/j.pnpb.2013.07.008 [doi]
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., . . . Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 220–226.
- Church, C. A., OA; Lorentzen, S., Melle, I., Aas, M. (2017). Childhood trauma and minimization/denial in people with and without a severe mental disorder *Frontiers in Psychiatry*. Under review.
- Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., . . . Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(10), 991–998. doi:10.4088/JCP.13m08353 [doi]
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(6), 693–710.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2016). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience Biobehavioral Review*. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.013
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Staff response to abuse histories of psychiatric inpatients. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *32*(2), 206–213.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671. doi:sbs050 [pii];10.1093/schbul/sbs050 [doi]





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 940-950 FAGFELLEVDERT

ROAR FOSSE, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

KONTAKT roar.fosse@vestreviken.no

# EPIGENETISKE ENDRINGER VED ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER

– et resultat av psykososialt stress?

Epigenetiske mekanismer bidrar til å regulere genuttrykket og hjernens utvikling og funksjon. En aktuell hypotese er at stressinduserte epigenetiske endringer spiller en viktig rolle ved alvorlige psykiske lidelser.

Psykososiale påvirkninger som oppleves å true ens velvære, helse eller liv (psykososialt stress) aktiverer en rekke systemer i hjernen og kroppen (Koolhaas et al., 2011). Sentralt er den nevroendokrine hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA)-aksen som skiller ut stresshormoner som korticotrofinløsende hormon (CRH), adrenokortikotrofisk hormon (ACH) og kortisol; det autonome nervesystemet som skiller ut adrenalin og noradrenalin; samt dopaminsystemet og immunsystemet. Påvirkninger som kun er moderat stressende og knyttet til mestringsfølelse, kan være positive for ens utvikling (eustress) (Selye, 1974). Nevrobiologisk kjennetegnes slik mestring ved at reguleringsområder i forhjernen som hippocampus og prefrontal cortex spiller tilbake på og bremser aktiviteten i stressresponsystemene. Psykososialt stress kan imidlertid bli toksisk når reguleringsområdene ikke får bremset aktiviteten i stressresponsystemene, slik som ved gjentatt eksponering for alvorlige seksuelle og fysiske overgrep, emosjonelle overgrep, emosjonell neglisjering og mobbing i oppveksten. Dette er en av mekanismene bak det Nordanger og Braarud (2017) refererer til som et svekket «reguleringssystem» hos barn og unge som er utsatt for utviklingstraumer. Når aktiveringen av stressresponsystemene vedvarer over tid i oppveksten, ses gjerne både funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen. HPA-stressaksen kan bli mer sensitiv for nye, potensielt truende erfaringer, men samtidig

## ABSTRACT

### *Epigenetic changes in severe mental illness: a result of psychosocial stress?*

A challenge for environmentally oriented theories of mental illness etiology has been to delineate the mechanisms by which exposure to psychosocial stress changes neurobiological structure and function. One hypothesis is that epigenetic mechanisms play a role. The scientific literature was reviewed in order to assess the hypothesis that epigenetic changes induced by psychosocial stress are involved in severe mental illness (schizophrenia, bipolar disorder and major depression), with a focus on studies of DNA methylation in the brain using post-mortem samples. An array of DNA methylation changes has been reported in severe mental illness, but with large variability across studies. Most importantly, candidate gene studies of epigenetic alterations in severe mental illness generally have not focused on genes that are central to stress processing, and epigenome-wide association studies (EWAS) have not targeted epigenomes derived from brain regions that are central to stress-response systems. The available evidence currently does not allow for the evaluation of whether stress-induced epigenetic changes characterize severe mental illness.

*Keywords: Epigenetics, DNA methylation, psychosocial stress, severe mental illness, developmental trauma*

»

mindre reaktiv på kjente stressorer (Herman et al., 2016). Hippocampus og midtre deler av prefrontal cortex kan krympe og bli mindre, mens amygdala typisk vokser i størrelse for senere å krympe (Caspi et al., 2003; Herman et al., 2016; Pruessner, Cullen, Aas, & Walker, 2017; Read, Fosse, Moskowitz, & Perry, 2014; Teicher & Samson, 2016; Walker & Diforio, 1997). I tillegg har eksperimentell forskning på dyr avdekket en rekke detaljerte endringer etter toksisk psykososialt stress tidlig i livet. Dette inkluderer tap av dendritter (fangarmer) på nervecellene og endrede synapseforbindelser i hippocampus og prefrontal cortex, vekst i dendrittene i amygdala og hemmet nevrogenese i hippocampus (McEwen et al., 2015).

Endringene som typisk ses i hjernen etter toksisk psykososialt stress eller utviklings-traumer, sammenfaller med de som ses ved alvorlige psykiske lidelser, som (alvorlig) depresjon, bipolar lidelse og schizofreni. Dette inkluderer endret størrelse på prefrontal cortex, hippocampus og amygdala, en mer sensitiv og/eller mindre reaktiv HPA-akse og detaljerte endringer i nervecellene, som vekst eller reduksjon av dendrittrær (Read et al., 2014; Teicher & Samson, 2016). Alvorlige psykiske lidelser er også assosiert med høye forekomster av alvorlig psykososialt stress i oppveksten. Samlet støtter disse funnene hypotesen om at psykososialt stress ligger til grunn for endringene i hjernen ved disse lidelsene (Read et al., 2014; Teicher & Samson, 2016). En utfordring med denne hypotesen er imidlertid at det er uklart hvilke molekylære mekanismer som ligger til grunn for nevrobiologiske endringer etter utviklingstraumer. De siste årene har epigenetiske mekanismer blitt lansert som en mulig forklaring, ettersom slike mekanismer både påvirkes av våre erfaringer og kan modifisere genes aktivitetsnivå (McGowan & Szyf, 2010; Nestler, Pena, Kundakovic, Mitchell, & Akbarian, 2015). I denne artikkelen vil jeg vurdere om forskningen støtter en hypotese om at epigenetiske mekanismer er endret på samme måte ved alvorlige psykiske lidelser som etter alvorlig psykososialt stress tidlig i livet.

#### Epigenetisk regulering av gene

På et grunnleggende nivå reguleres strukturen og funksjonen til hjernen og kroppens organer (fenotypene) av genuttrykket. Det første skrittet i genuttrykket er transkripsjon av RNA (ribo-

nukleinsyre), der et gen (en sekvens av basepar på DNA) kopieres til RNA. Deretter modifiseres RNA til budbringer-RNA, som så transporteres ut av cellekjernen. Vel ute av cellekjernen oversettes budbringer-RNA til aminosyrekjeder, som i siste instans folder seg til proteiner. Proteinene er våre biologiske byggeklosser, slik at hjernens struktur og funksjon hviler på den relative produksjonen av ulike proteiner i de 80–90 milliarder nervecellene i hjernen.

Dyreforskningen har dokumentert at alvorlig psykososialt stress påvirker genuttrykket i en rekke systemer og områder i hjernen (Deak et al., 2015; Tung & Gilad, 2013). For eksempel er alvorlig psykososialt stress knyttet til redusert uttrykk av genet for glukokortikoidreseptoren (GR) for kortisol (NR3C1-genet), slik at det blir færre slike reseptorer i hippocampus og prefrontal cortex (Chiba et al., 2012; Patel, Katz, Karssen, & Lyons, 2008). Andre gener som uttrykker seg annerledes etter psykososialt stress, inkluderer gener for hjerneavleddet nevrootropisk faktor (brain derived neurotrophic factor, BDNF, involvert i nevralt vekst), proinflammatorisk aktivitet i immunsystemet, GABA-interneuronfunksjon og glutamatfunksjon (Tung & Gilad, 2013; Uchida, Furukawa, Iwata, Yanagawa, & Fukuda, 2014; Veeraiyah et al., 2014). I hippocampus alene ses endret uttrykk av flere hundre gener etter alvorlig psykososialt stress, der grad og varighet avhenger av karakteristika ved stressoren, individets læringshistorie, følelsen av mestring og den psykososiale konteksten (McEwen et al., 2015). Det endrete genuttrykket etter psykososialt stress omtales i biologien gjerne som sentralt for vår tilpasning (adaptasjon, fenotypisk plastisitet) til endringer i det ytre miljøet (Weaver, 2014).

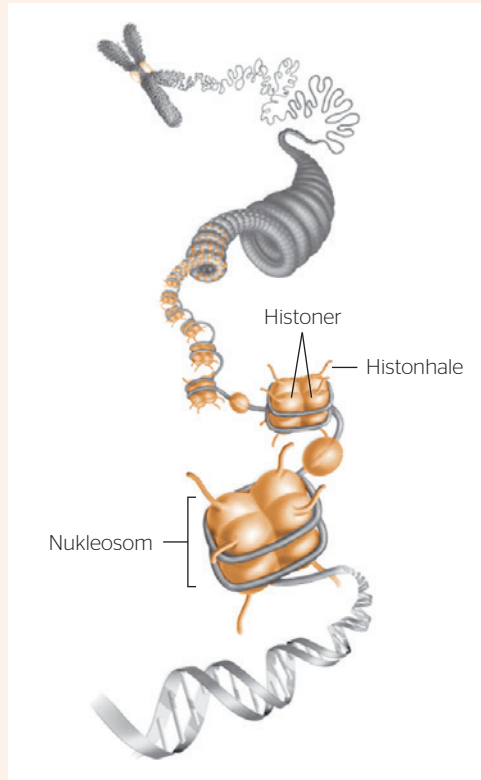
Epigenetikk (prefikset epi er gresk for over, utenfor eller rundt) er kjemiske markører som omgir DNA i cellekjernen, og som påvirker genuttrykket. Etter at begrepet først ble introdusert på 1940-tallet (Waddington, 1942), har det blitt definert på ulike måter. I dag defineres epigenetikk gjerne som endringer i genuttrykket som ikke skyldes variasjon i selve DNA-sekvensen, men i stedet andre faktorer i kromatinet i cellekjernen (Deans & Maggert, 2015; Mitchell, Roussos, Peter, Tsankova, & Akbarian, 2014). I tillegg til DNA består kromatinet av kjemiske markører som kan binde seg til DNA, og av en ball-liknende molekylær

struktur, såkalte nukleosomer, som DNA er kveilet rundt (Luger, Mader, Richmond, Sargent, & Richmond, 1997) (figur 1).

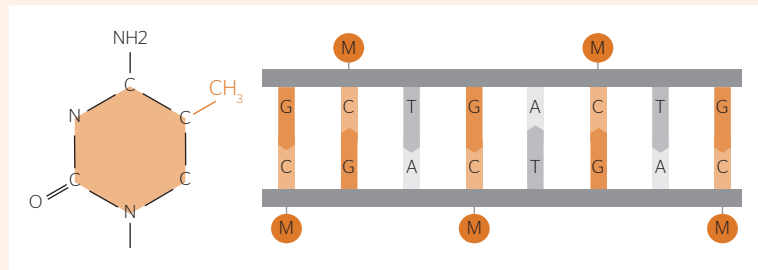
Den epigenetiske mekanismen som har vært klart mest studert ved psykiske lidelser, er CG-metylering. Ved CG-metylering binder en metylgruppe seg til karbon på cytosinbasen i et cytosin-guanin-basepar (CG) på DNA (figur 2). CG-basepar forekommer både spredt utover DNA og klumpet sammen i «øyer». Ca. 60 % av våre rundt 20 000 proteinproduserende gener har CG-rike øyer (Antequera & Bird, 1993; Venter et al., 2001). Slike øyer sammenfaller ofte med promoterområder til gener. Dette er startsteder for transkripsjonen av DNA til RNA, og disse områdene er sentrale i den epigenetiske forskningen (Saxonov, Berg, & Brutlag, 2006). Cytosinmetylering av CG-basepar på promoterområdet til et gen hindrer vanligvis genuttrykket, slik at hypermetylerede gener har et dempet uttrykk (Jones, 2012). CG-metylering hindrer genuttrykket både ved å blokkere tilgangen til maskineriet som transkriberer gener, og ved å tiltrekke seg proteiner som lukker kromatinet rundt et gen, det vil si får nukleosomene til å pakke seg tett sammen (Viana et al., 2016). Motsatt vil tap av metylering ofte føre til økt gentranskripsjon.

Formen på kromatinet kan også modifiseres ved at kjemiske markører binder seg til «histonhaler», kjeder av aminosyrer som løper ut fra nukleosomene, «ballene» som DNA er kveilet rundt (figur 1). Kjemiske bindinger til histonhalene gjør kromatinet mer eller mindre kompakt, noe som modifiserer hvor tilgjengelig genene er for transkripsjon (Encode Project Consortium, 2007). Histonmodifiseringer har til nå blitt forholdsvis lite studert for psykiske lidelser.

Gjennom individets prenatale utvikling reguleres prosessen med celledifferensiering i stor grad av nedarvede epigenetiske mekanismer (Meissner, 2010). Mens alle cellene i kroppen og hjernen i hovedsak har samme DNA-sekvens, er det epigenetiske markører på flere tusen steder på genomet som bestemmer hvilke gener som er aktive i ulike celler, og dermed hva slags celle som utvikles, for eksempel en gitt type nervecelle eller en hudcelle. Prenatalt er de epigenetiske mekanismene høyst sensitive på det ekstracellulære miljøet, herunder mors ernæring, psykologiske tilstand og atferd slik dette påvirker fosteret via morkaken (Kundakovic & Jaric, 2017). Postnatalt og gjennom oppveksten er epigenetiske mekanismer



Figur 1. Kromatinets organisering i kromosomene



Figur 2. CG-metylering

Til høyre: En sekvens av DNA med baseparene cytosin-guanin (CG) og adenin-thymin (AT) samt metylering av cytosin (M). Til venstre: Cytosinmetylering ses når en metylgruppe (CH<sub>3</sub>) binder seg kovalent (elektronbinding) til et karbonatom (C) på cytosinmolekylet. Dette hindrer at transkripsjonsfaktorer binder seg til DNA, og dermed også genuttrykket. Figuren er nedlastet fra <http://www.sigmaaldrich.com/technical-documents/articles/biofiles/introduction-to-dna-methylation.html>

»

sentrale både for normalutvikling, som forutsetter spesifikke miljøerfaringer i sensitive tidsvinduer, og for utvikling og tilpasning basert på stresseksponering (Bock, Rether, Groger, Xie, & Braun, 2014). Hjerneprosesser som utvikler seg i dette samspillet, inkluderer modning av nervecellenes dendritter og synaptiske forbindelser. Dette ligger igjen til grunn for utviklingen av funksjonalitet i og mellom komplekse nevralt nettverk, herunder hippocampus, amygdala og prefrontal cortex og for interaksjonen mellom disse områdene og HPA-stress-aksen.

### Problemstilling

I denne artikkelen undersøkes om forskningen som er utført til nå, støtter hypotesen om at epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser er stressbaserte. Forskning på epigenetiske endringer, særlig CG-metylering, etter psykososialt stress og ved schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon oppsummeres og sammenliknes.

### METODE

Mye av forskningen på epigenetiske endringer etter stress og ved psykiske lidelser har vært basert på prøver fra perifert vev, som blod og spytt (Cariaga-Martinez & Alelu-Paz, 2016). Epigenetiske markører varierer imidlertid betydelig mellom perifert vev og hjernen så vel som mellom ulike strukturer i hjernen (Bakulski, Halladay, Hu, Mill, & Fallin, 2016; Cariaga-Martinez & Alelu-Paz, 2016; Viana et al., 2016). Det er omdiskutert om epigenetiske tilstander i perifert vev kan gi informasjon om tilstander i hjernen generelt og i spesifikke hjernestrukturer spesielt (Jaffe & Kleinman, 2016; Walton et al., 2016). Av denne grunn avgrenses gjennomgangen til studier basert på prøver fra hjernen. Dette tilsier post mortem-studier av mennesker, i tillegg til eksperimentelle studier av dyr som har blitt utsatt for psykososialt stress i oppveksten og deretter ofret og dissekert.

Litteratursøk ble utført i PubMed, med inklusjon av artikler publisert frem til medio februar 2017. Følgende hovedsøkestreng ble brukt: `epigen*[Title] OR methylation[Title] OR histone[Title]`. Denne hovedsøkestrengen ble komplementert med følgende søkestrenger for de to undertemaene som dekkes i artikkelen: `epigenetiske endringer etter psykososialt stress – AND (stress[Title] OR trauma*[Title] OR abuse[Title] OR neglect[Title] OR maltreatment[Title] OR «maternal care»[Title]); samt epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser – AND (mental[Title] OR psychopathol*[Title] OR psykiatr*[Title] OR psychosis[Title] OR psychotic[Title] OR schizofren*[Title] OR depression[Title] OR depressive[Title] OR bipolar[Title])`. Referanselistene i originalartikler og nyere oversiktsartikler ble også gjennomgått for å identifisere relevant litteratur.

I oppsummeringen av forskningen refereres kun statistisk signifikante funn. I studier som har undersøkt epigenetiske endringer på hele genomet i epigenomvide assosiasjonsstudier (EWAS), gjengis kun funn som nådde et genomvidt nivå for statistisk signifikans etter kontroll for multiple tester.

### RESULTATER

#### Epigenetiske endringer etter psykososialt stress

Eksperimentell forskning på dyr indikerer at prenatalt stress via mor kan endre epigenetiske markører i en rekke områder i hjernen og modifisere avkommets neurobiologiske utvikling (Griffiths & Hunter, 2014). Kandidatgenstudier (analyser av spesifikke gener) indikerer endret CG-metylering

etter prenatalt stress av både NR3C1-genet for kortisolreseptoren GR og av et promoterområde til et gen for kortikotrofinutløsende hormon. For begge genene har forskerne funnet endret CG-metylering i både prefrontal cortex, hippocampus, amygdala og hypothalamus hos avkommet. Slike metyleringsendringer er også knyttet til endringer i både genuttrykket og i atferden til avkommet etter fødselen, så som økt stress-sensitivitet (Mueller & Bale, 2008; Mychasiuk, Ilnytskyi, Kovalchuk, Kolb, & Gibb, 2011). Dyrestudiene indikerer også endret metylering av andre gener hos avkommet etter prenatalt stress, som av promoterområder til et gen for *reelin* (knyttet til kortikal og synaptisk modning) og *GAD67* (knyttet til GABA interneuronfunksjon) i prefrontal cortex (Matrisciano et al., 2013; Palacios-Garcia et al., 2015). Ingen studier synes å foreligge om epigenetiske endringer i hjernen hos mennesker etter prenatalt psykososialt stress via mor.

Fra 1990-tallet og fremover har forskning på gnagere vist hvordan psykososialt stress i oppveksten kan forme hjerneutvikling og atferd ved å modifisere epigenetiske mekanismer (Weaver, 2009; Weaver et al., 2004). Forskerne har tatt utgangspunkt i at høy grad av slikking og stelling av avkommet (god morsomsorg) gjerne fører til trygg og modig atferd, mens lite slikking og stelling (neglisjering) fører til høy stress-sensitivitet, svekket læring og hukommelse og engstelig atferd. Kontrollerte kryssfostringseksperimenter viste at neglisjering førte til tap av kortisolreseptoren GR i hippocampus, og at dette hadde et epigenetisk grunnlag; promoterområder for NR3C1 GR-genet var mer metylert hos de neglisjerte rotene (Meaney & Szyf, 2005). Påfølgende studier av gnagere har indikert en rekke andre epigenetiske endringer etter relasjonsstress i oppveksten. Dette inkluderer CG-metylering og/eller histonmodifiseringer for gener involvert i reguleringen av CRH, vasopressin og østrogen i hypothalamus, GABA-reseptorer og glutamatreseptorer i hippocampus, nevrotensinreseptorer i amygdala, hjerneavledd nevrootropisk faktor (BDNF) i prefrontal cortex, cannabinoide reseptorer i cingulum cortex og serotoninreseptoren 5HT1A i prefrontal cortex og midthjernen (Jawahar, Murgatroyd, Harrison, & Baune, 2015; Kundakovic & Champagne, 2015; Le Francois et al., 2015; Lomazzo, König, Abassi, Jelinek, & Lutz, 2017; Provencal et al., 2012). I en eksperimen-



mentell studie på rhesusapen analyserte forskerne metylering av genpromoterområder på hele genomet i en EWAS. Tidlig relasjonsstress var her knyttet til endret metylering av en lang rekke gener i prefrontal cortex, inklusive gener involvert i stressresponser, responser på andre typer stimuli, immunsystemfunksjon, vekst i aksoner og utvikling av nervesystemet (Provencal et al., 2012). Et slikt spekter av metyleringsendringer kan representere en koordinert systemeffekt der hjernen som helhet tilpasses viktige sider ved individets livshistorie, som tidlig relasjonsstress (Zhang, Labonte, Wen, Turecki, & Meaney, 2013).

I litteraturutvalget var det kun én forskergruppe som hadde undersøkt sammenhengen mellom psykososialt stress og epigenetiske endringer i hjernen hos mennesker (Labonte et al., 2012; McGowan et al., 2009). I en genkandidatstudie undersøkte disse forskerne epigenetiske markører for NR3C1 GR-genet for kortisol i hippocampus hos personer som hadde begått selvmord og erfart alvorlig relasjonsstress i oppveksten (seksuelle overgrep, alvorlige fysiske overgrep eller alvorlig neglisjering). Forskerne rapporterte at de avdøde som var utsatt for alvorlig relasjonsstress i oppveksten, hadde økt CG-metylering av et promoterområde til NR3C1-genet for GR, sammenliknet med en matchet gruppe avdøde uten slike erfaringer. Som i dyreforskningen var den økte metyleringen knyttet til et lavere uttrykk av NR3C1-genet. Forskergruppen fulgte opp genkandidatstudien med en EWAS og fant at relasjonsstress tidlig i livet var knyttet til endret metylering av 307 promoterområder i hippocampus (Labonte et al., 2012). Endringene inkluderte både hyper- og hypometylering, herunder for gener involvert i nevralt plastisitet og immunsystemfunksjon.

#### Epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser

Ved alvorlige psykiske lidelser er epigenetiske endringer i post mortem-hjernevev, i hovedsak CG-metylering, undersøkt med både genkandidatstudier og EWAS. De fleste av studiene har fokusert på schizofreni og noen få på bipolar lidelse og alvorlig depresjon.

##### *Genkandidatstudier*

I genkandidatstudier er det rapportert om epigenetiske endringer på promoterområder for

gener involvert i serotoninfunksjon i prefrontal cortex ved både schizofreni og bipolar lidelse. Mens metyleringsendringer etter psykososialt stress hos gnagere er rapportert for serotonin 1A-reseptoren, fant Abdolmaleky og kollegaer endret metylering på gener for 2A-reseptoren og serotonintransportøren 5-HTT ved schizofreni og bipolar lidelse (Abdolmaleky et al., 2014; Abdolmaleky et al., 2011). Videre rapporterte Tang, Dean og Thomas (2011) om histonmodifiseringer for serotonin 2C-reseptoren ved schizofreni. Enkelte studier har indikert metyleringsendringer på reelingenet i prøver fra prefrontal cortex ved schizofreni, noe som også er rapportert etter prenatalt stress hos dyr, men andre studier har ikke kunnet replikere dette (Abdolmaleky et al., 2005; Mill et al., 2008; Tochigi et al., 2008). Tilsvarende er det rapportert om endret metylering i prefrontal cortex for et gen som koder for BDNF ved schizofreni, noe som også er indikert i dyreforskningen på psykososialt stress, men heller ikke dette er et konsistent funn (Cheah et al., 2016; Keller et al., 2014; Weickert et al., 2003). En genkandidatstudie identifiserte endret metylering av MB-COMT i prefrontal cortex ved schizofreni, et gen som er knyttet til dopaminfunksjon (Abdolmaleky et al., 2006). Metylering av dopamingener ser ikke ut til å ha vært fokusert på i stressforskningen, selv om dopaminsystemet aktiveres og endres av alvorlig psykososialt stress (Holly & Miczek, 2016). Ingen post mortem genkandidatstudier ser ut til å ha fokusert på epigenetiske endringer i HPA-aksen, herunder NR3C1 GR-genet, ved alvorlige psykiske lidelser.

##### *Epigenomvide assosiasjonsstudier*

I den første EWAS for schizofreni og bipolar lidelse rapporterte Mill og medarbeidere (2008) om endret CG-metylering av over 50 gener i prefrontal cortex, herunder gener implisert i GABA- og glutamatfunksjon, noe som også er funnet etter psykososialt stress, samt gener knyttet til dopaminsystemet, immunsystemet, celleprolifisering og differensiering, og utvikling av hjernen. I en annen EWAS fant Pidsley og medarbeidere (2014) endret metylering av fire områder på DNA i prefrontal cortex hos avdøde diagnostisert med schizofreni, herunder av HTR5A-genet, som koder for serotoninreseptoren 5A og for Neuritin 1-genet, som er knyttet til synaptisk plastisitet og utvikling

»

av nervesystemet. Det var ingen overlapp mellom funnene i denne studien og funnene til Mill og medarbeidere (2008). Numata og medarbeidere (2014), som også studerte schizofreni, rapporterte om endret metylering av 107 CG-posisjoner i prøver hentet fra prefrontal cortex, herunder på et gen som koder for en glutamat-reseptor, men der kun ett av områdene var indikert i tidligere studier. Dette var for et gen for mitokondriefunksjon som også ble rapportert av Mill og medarbeidere (2008). Wockner og medarbeidere (2014) identifiserte endret CG-metylering av hele 2929 gener i fremre hjernebark ved schizofreni. Kun ett av disse genene var indikert også i tidligere studier, FAM5C-genet knyttet til celleprolifisering og migrasjon (Numata et al., 2014). Blant de mange signifikante funnene fremhevet Wockner og medarbeidere (2014) gener knyttet til gliacellefunksjon og 1A-reseptoren for serotonin. Også Jaffe og medarbeidere (2016) rapporterte om et stort antall områder på DNA ( $n = 2104$ ) med endret CG-metylering ved schizofreni, med prøver tatt fra dorsolateral prefrontal cortex. Jaffe og medarbeidere (2016) var sparsomme med informasjon om hvilke gener det handlet om, men fremhevet gener knyttet til tidlig utvikling av fosteret, utvikling og spesialisering av celler og differensiering i nervesystemet. I en studie publisert i 2016 analyserte Viana og medarbeidere (2016) prøver hentet fra prefrontal cortex, hippocampus og striatum ved schizofreni. De fant 12 statistisk signifikante CG-posisjoner med endret metylering i de tre hjerneområdene. Blant disse var endret metylering av gener knyttet til samspillet mellom nerveceller og til synaptisk plastisitet i prefrontal cortex, proteinmetabolisme i hippocampus og formen og mobiliteten til nerveceller i striatum. Funne i EWAS-forskningen til nå er dermed noe sprikende for schizofreni, mens lite har vært undersøkt når det gjelder bipolar lidelse.

Den første post mortem-EWAS for alvorlig depresjon ble publisert i 2012 (Sabunciyan et al., 2012). Ingen posisjoner på DNA, hentet fra prefrontal cortex, nådde her et epigenomvidt signifikansnivå. Forfatterne foreslo at videre forskning burde se på andre hjerneområder enn prefrontal cortex, som anterior cingulate, hippocampus og amygdala, samt være mer spesifikke på hvilke typer nerveceller som studeres. Haghghi og kolleger (2014) studerte metyleringsmønstre i orbitofrontal cortex (en del av

prefrontal cortex) hos pasienter med alvorlig depresjon som hadde begått selvmord. Deres hovedkonklusjon var at CG-metylering i dette hjerneområdet først og fremst varierte med deltakernes alder. I tillegg fant de åtte ganger så mange metylerte CG-posisjoner i suicid-/depresjonsgruppen som i en kontrollgruppe, blant annet for gener knyttet til cellulær utvikling, overlevelse og død. Disse positive assosiasjonene ble ikke replisert i den siste (per februar 2017) EWAS for alvorlig depresjon, som igjen fokuserte på prefrontal cortex. Denne studien identifiserte ingen områder på DNA med signifikant endret CG-metylering (Murphy et al., 2017).

## DISKUSJON

Forskning særlig på gnagere har indikert at psykososialt stress tidlig i livet kan endre CG-metylering av gener i HPA-aksen, som NR3C1 for GR, og av en rekke gener i hypothalamus, hippocampus og prefrontal cortex. Post mortem studier indikerer at også hos mennesker kan psykososialt stress føre til endret metylering av sentrale gener i HPA-aksen og gi omfattende metyleringsendringer på genomet i hippocampus. Endret CG-metylering av gener for nevrobiologiske komponenter som er omtalt i stressforskningen, har også blitt rapportert i enkelte studier av alvorlige psykiske lidelser, særlig schizofreni. Dette inkluderer gener for synaptisk plastisitet, nevrobiologisk utvikling, glutamat- og GABA-funksjon, serotoninfunksjon, BDNF, reelin og immunsystemet. Men de identifiserte genene er ofte ikke de samme som i stressforskningen, og funnene har sjelden blitt replikert i påfølgende studier.

Forskningen på epigenetikk ved alvorlige psykiske lidelser synes i liten grad å ha vært utført innenfor et psykososialt stressperspektiv. Ingen hypotesedrevne studier (genkandidatstudier) for alvorlige psykiske lidelser har fokusert på epigenetisk modifisering av de genene som er mest sentrale i hjernens stressresponsystemer. I påfølgende hypotesefrie studier der hele genomet har vært skannet i EWAS, har analysene ikke vært basert på vevsprøver fra hjerneområder som er eksplisitt involvert i prosesseringen av stress. Dette er et essensielt problem fordi epigenetiske markører generelt så vel som ved psykiske lidelser ser ut til å variere betydelig ikke bare mellom hjernen og perifere mål slik som blodet og huden, men også mellom ulike områder i hjernen (Davies et al., 2012;

Kozlenkov et al., 2016). Ved schizofreni og bipolar lidelse er for eksempel epigenetiske markører rapportert å være endret på svært ulike måter i prefrontal cortex og anterior cingulate (Xiao et al., 2014). I forskningen på alvorlige psykiske lidelser som ble identifisert i litteratursøket, oppgav forfatterne stort sett kun at vevsprøver var hentet fra prefrontal cortex. Det er høyst uklart om denne forskningen gir informasjon om epigenetiske endringer i de mest stressrelevante hjerneområdene, for eksempel de spesifikke cellegruppene som regulerer HPA-stressaksen i hypothalamus, hippocampus, infralimbiske deler av den fremre hjernebarken og amygdala (Herman et al., 2016). Den gjennomgåtte forskningen er snarere utført innenfor et biogenetisk perspektiv enn et stressperspektiv, der vekten har vært på å undersøke om det er strukturelle variasjoner på DNA (heller enn stress) som er årsaken til metyleringsendringer ved alvorlige psykiske lidelser (se f.eks. Jaffe et al., 2016; Viana et al., 2016). Hvis en antar at strukturell variasjon på DNA er det som styrer epigenetiske endringer ved psykiske lidelser, kan det vurderes som mindre vesentlig nøyaktig hvor vevsprøver hentes fra. Men for at forskningen skal bli relevant i et stressperspektiv, bør den baseres på vevsprøver fra hjerneområder som er involvert i prosesseringen av stress. Selv dette kan vise seg å være en for grovkornet innfallsvinkel, og epigenom bør kanskje hentes fra spesifikke typer celler (f.eks. pyramideceller, en gitt type internevroner) i underområder i hjernen som er høyst presist avgrenset med tanke på funksjon. Teknologiske nyvinninger indikerer at et slikt presisjonsnivå i forskningen nå kan være mulig på post mortem-hjerner (Heijmans & Mill, 2012; Jaffe, 2016).

De fleste studiene av epigenetiske endringer etter psykososialt stress og ved alvorlige psykiske lidelser har fokusert på CG-metylering. En utfordring er at selv om CG-metylering anses som den mest stabile epigenetiske markøren, er den likevel forholdsvis dynamisk og endrer seg markant fra oppveksten til voksent liv og alderdommen (Haghighi et al., 2014). Dermed kan det være vanskelig å identifisere tidlige metyleringsendringer etter psykososialt stress flere tiår senere i post mortem-studier (Heijmans & Mill, 2012). Andre kompliserende forhold er at epigenetiske markører påvirkes av faktorer som medisiner og røyking (som ses oftere ved alvorlige psykiske lidelser) og av tidsintervallet fra død inntreffer til nedfrysning av hjernen og prøver blir analysert (Monoranu et al., 2011). I tillegg fordrer en helhetlig forståelse av epigenetiske endringer ved både stress og alvorlige psykiske lidelser at det også forskes på andre mekanismer enn CG-metylering. Flere andre mekanismer bidrar til å regulere genuttrykket, som en rekke former for DNA-metylering utover CG-metylering, histonmodifiseringer, visse typer RNA og en lang rekke andre kjemiske markører og mekanismer som påvirker kromatinets tilstand. Forståelsen av alle disse komponentene og av samspillet mellom dem utgjør et viktig fokus i kommende forskning (Goldberg, Allis, & Bernstein, 2007; Mitchell et al., 2014; Roadmap Epigenomics et al., 2015).

### KONKLUSJON

Epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser er et nytt forskningsområde som foreløpig ikke har vært orientert mot et psykososialt stressperspektiv. Det gjenstår å undersøke om epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser sammenfaller med de som ses etter psykososialt stress tidlig i livet.



Ingen studier synes å foreligge om epigenetiske endringer i hjernen hos mennesker etter prenatalt psykososialt stress via mor

## REFERANSER

- Abdolmaleky, H. M., Cheng, K. H., Russo, A., Smith, C. L., Faraone, S. V., Wilcox, M., . . . Tsuang, M. T. (2005). Hypermethylation of the reelin (RELN) promoter in the brain of schizophrenic patients: a preliminary report. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, *134B*(1), 60–66. doi:10.1002/ajmg.b.30140
- Abdolmaleky, H. M., Nohesara, S., Ghadirivasfi, M., Lambert, A. W., Ahmadkhanhi, H., Ozturk, S., . . . Thiagalangam, S. (2014). DNA hypermethylation of serotonin transporter gene promoter in drug naive patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, *152*(2–3), 373–380. doi:10.1016/j.schres.2013.12.007
- Abdolmaleky, H. M., Yaqubi, S., Papageorgis, P., Lambert, A. W., Ozturk, S., Sivaraman, V., & Thiagalangam, S. (2011). Epigenetic dysregulation of HTR2A in the brain of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*, *129*(2–3), 183–190. doi:10.1016/j.schres.2011.04.007
- Antequera, F., & Bird, A. (1993). Number of CpG islands and genes in human and mouse. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *90*(24), 11995–11999.
- Bakulski, K. M., Halladay, A., Hu, V. W., Mill, J., & Fallin, M. D. (2016). Epigenetic Research in Neuropsychiatric Disorders: the «Tissue Issue». *Curr Behav Neurosci Rep*, *3*(3), 264–274. doi:10.1007/s40473-016-0083-4
- Bock, J., Rether, K., Groger, N., Xie, L., & Braun, K. (2014). Perinatal programming of emotional brain circuits: an integrative view from systems to molecules. *Front Neurosci*, *8*, 11. doi:10.3389/fnins.2014.00011
- Cariaga-Martinez, A., & Alelu-Paz, R. (2016). False data, positive results in neurobiology: moving beyond the epigenetics of blood and saliva samples in mental disorders. *J Negat Results Biomed*, *15*(1), 21. doi:10.1186/s12952-016-0064-x
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., . . . Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, *301*(5631), 386–389. doi:10.1126/science.1083968
- Cheah, S. Y., McLeay, R., Wockner, L. F., Lawford, B. R., Young, R. M., Morris, C. P., & Voisey, J. (2016). Expression and methylation of BDNF in the human brain in schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*, *1*–9. doi:10.1080/15622975.2016.1245443
- Chiba, S., Numakawa, T., Ninomiya, M., Richards, M. C., Wakabayashi, C., & Kunugi, H. (2012). Chronic restraint stress causes anxiety- and depression-like behaviors, downregulates glucocorticoid receptor expression, and attenuates glutamate release induced by brain-derived neurotrophic factor in the prefrontal cortex. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry*, *39*(1), 112–119. doi:10.1016/j.pnpbp.2012.05.018
- Davies, M. N., Volta, M., Pidsley, R., Lunnon, K., Dixit, A., Lovestone, S., . . . Mill, J. (2012). Functional annotation of the human brain methylome identifies tissue-specific epigenetic variation across brain and blood. *Genome Biol*, *13*(6), R43. doi:10.1186/gb-2012-13-6-r43
- Deak, T., Quinn, M., Cidlowski, J. A., Victoria, N. C., Murphy, A. Z., & Sheridan, J. F. (2015). Neuroimmune mechanisms of stress: sex differences, developmental plasticity, and implications for pharmacotherapy of stress-related disease. *Stress*, *18*(4), 367–380. doi:10.3109/10253890.2015.1053451
- Deans, C., & Maggert, K. A. (2015). What do you mean, «epigenetic»? *Genetics*, *199*(4), 887–896. doi:10.1534/genetics.114.173492
- Encode Project Consortium. (2007). Identification and analysis of functional elements in 1% of the human genome by the ENCODE pilot project. *Nature*, *447*(7146), 799–816. doi:10.1038/nature05874
- Goldberg, A. D., Allis, C. D., & Bernstein, E. (2007). Epigenetics: a landscape takes shape. *Cell*, *128*(4), 635–638. doi:10.1016/j.cell.2007.02.006
- Griffiths, B. B., & Hunter, R. G. (2014). Neuroepigenetics of stress. *Neuroscience*, *275*, 420–435. doi:10.1016/j.neuroscience.2014.06.041
- Haghighi, F., Xin, Y., Chanrion, B., O'Donnell, A. H., Ge, Y., Dwork, A. J., . . . Mann, J. J. (2014). Increased DNA methylation in the suicide brain. *Dialogues Clin Neurosci*, *16*(3), 430–438.
- Hannon, E., Dempster, E., Viana, J., Burance, J., Smith, A. R., Macdonald, R., . . . Mill, J. (2016). An integrated genetic-epigenetic analysis of schizophrenia: evidence for co-localization of genetic associations and differential DNA methylation. *Genome Biol*, *17*(1), 176. doi:10.1186/s13059-016-1041-x
- Heijmans, B. T., & Mill, J. (2012). Commentary: The seven plagues of epigenetic epidemiology. *Int J Epidemiol*, *41*(1), 74–78. doi:10.1093/ije/dyr225
- Herman, J. P., McKlveen, J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., . . . Myers, B. (2016). Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. *Compr Physiol*, *6*(2), 603–621. doi:10.1002/cphy.c150015
- Holly, E. N., & Miczek, K. A. (2016). Ventral tegmental area dopamine revisited: effects of acute and repeated stress. *Psychopharmacology (Berl)*, *233*(2), 163–186. doi:10.1007/s00213-015-4151-3
- Jaffe, A. E. (2016). Postmortem human brain genomics in neuropsychiatric disorders--how far can we go? *Curr Opin Neurobiol*, *36*, 107–111. doi:10.1016/j.conb.2015.11.002
- Jaffe, A. E., Gao, Y., Deep-Soboslay, A., Tao, R., Hyde, T. M., Weinberger, D. R., & Kleinman, J. E. (2016). Mapping DNA methylation across development, genotype and schizophrenia in the human frontal cortex. *Nat Neurosci*, *19*(1), 40–47. doi:10.1038/nn.4181
- Jaffe, A. E., & Kleinman, J. E. (2016). Genetic and epigenetic analysis of schizophrenia in blood—a no-brainer? *Genome Med*, *8*(1), 96. doi:10.1186/s13073-016-0354-4
- Jawahar, M. C., Murgatroyd, C., Harrison, E. L., & Baune, B. T. (2015). Epigenetic alterations following early postnatal stress: a review on novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders. *Clin Epigenetics*, *7*, 122. doi:10.1186/s13148-015-0156-3
- Jones, P. A. (2012). Functions of DNA methylation: islands, start sites, gene bodies and beyond. *Nat Rev Genet*, *13*(7), 484–492. doi:10.1038/nrg3230
- Keller, S., Errico, F., Zarrilli, F., Florio, E., Punzo, D., Mansueto, S., . . . Chiariotti, L. (2014). DNA methylation state of BDNF gene is not altered in prefrontal cortex and striatum of schizophrenia subjects. *Psychiatry Res*, *220*(3), 1147–1150. doi:10.1016/j.psychres.2014.08.022
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flugge, G., Korte, S. M., . . . Fuchs, E. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neurosci Biobehav Rev*, *35*(5), 1291–1301. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.02.003



- Kozlenkov, A., Wang, M., Roussos, P., Rudchenko, S., Barbu, M., Bibikova, M., . . . Dracheva, S. (2016). Substantial DNA methylation differences between two major neuronal subtypes in human brain. *Nucleic Acids Res*, *44*(6), 2593–2612. doi:10.1093/nar/gkv1304
- Kundakovic, M., & Champagne, F. A. (2015). Early-life experience, epigenetics, and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, *40*(1), 141–153. doi:10.1038/npp.2014.140
- Kundakovic, M., & Jaric, I. (2017). The Epigenetic Link between Prenatal Adverse Environments and Neurodevelopmental Disorders. *Genes (Basel)*, *8*(3). doi:10.3390/genes8030104
- Labonte, B., Suderman, M., Maudsion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar, I., . . . Turecki, G. (2012). Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry*, *69*(7), 722–731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287
- Le Francois, B., Soo, J., Millar, A. M., Daigle, M., Le Guisquet, A. M., Leman, S., . . . Albert, P. R. (2015). Chronic mild stress and antidepressant treatment alter 5-HT1A receptor expression by modifying DNA methylation of a conserved Sp4 site. *Neurobiol Dis*, *82*, 332–341. doi:10.1016/j.nbd.2015.07.002
- Lomazzo, E., Konig, F., Abassi, L., Jelinek, R., & Lutz, B. (2017). Chronic stress leads to epigenetic dysregulation in the neuropeptide-Y and cannabinoid CB1 receptor genes in the mouse cingulate cortex. *Neuropharmacology*, *113*(Pt A), 301–313. doi:10.1016/j.neuropharm.2016.10.008
- Luger, K., Mader, A. W., Richmond, R. K., Sargent, D. F., & Richmond, T. J. (1997). Crystal structure of the nucleosome core particle at 2.8 Å resolution. *Nature*, *389*(6648), 251–260. doi:10.1038/38444
- Matrisciano, F., Tueting, P., Dalal, I., Kadriu, B., Grayson, D. R., Davis, J. M., . . . Guidotti, A. (2013). Epigenetic modifications of GABAergic interneurons are associated with the schizophrenia-like phenotype induced by prenatal stress in mice. *Neuropharmacology*, *68*, 184–194. doi:10.1016/j.neuropharm.2012.04.013
- McEwen, B. S., Bowles, N. P., Gray, J. D., Hill, M. N., Hunter, R. G., Karatsoreos, I. N., & Nasca, C. (2015). Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*, *18*(10), 1353–1363. doi:10.1038/nn.4086
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., . . . Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, *12*(3), 342–348. doi:10.1038/nn.2270
- McGowan, P. O., & Szyf, M. (2010). The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes. *Neurobiol Dis*, *39*(1), 66–72. doi:10.1016/j.nbd.2009.12.026
- Meaney, M. J., & Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci*, *7*(2), 103–123.
- Meissner, A. (2010). Epigenetic modifications in pluripotent and differentiated cells. *Nat Biotechnol*, *28*(10), 1079–1088. doi:10.1038/nbt.1684
- Mill, J., Tang, T., Kaminsky, Z., Khare, T., Yazdanpanah, S., Bouchard, L., . . . Petronis, A. (2008). Epigenomic profiling reveals DNA-methylation changes associated with major psychosis. *Am J Hum Genet*, *82*(3), 696–711. doi:10.1016/j.ajhg.2008.01.008
- Mitchell, A., Roussos, P., Peter, C., Tsankova, N., & Akbarian, S. (2014). The future of neuroepigenetics in the human brain. *Prog Mol Biol Transl Sci*, *128*, 199–228. doi:10.1016/B978-0-12-800977-2.00008-5
- Monoranu, C. M., Grunblatt, E., Bartl, J., Meyer, A., Apfelbacher, M., Keller, D., . . . Riederer, P. (2011). Methyl- and acetyltransferases are stable epigenetic markers postmortem. *Cell Tissue Bank*, *12*(4), 289–297. doi:10.1007/s10561-010-9199-z
- Mueller, B. R., & Bale, T. L. (2008). Sex-specific programming of offspring emotionality after stress early in pregnancy. *J Neurosci*, *28*(36), 9055–9065. doi:10.1523/JNEUROSCI.1424-08.2008
- Murphy, T. M., Crawford, B., Dempster, E. L., Hannon, E., Burrage, J., Turecki, G., . . . Mill, J. (2017). Methylomic profiling of cortex samples from completed suicide cases implicates a role for PSORS1C3 in major depression and suicide. *Transl Psychiatry*, *7*(1), e989. doi:10.1038/tp.2016.249
- Mychasiuk, R., Ilnytsky, S., Kovalchuk, O., Kolb, B., & Gibb, R. (2011). Intensity matters: brain, behaviour and the epigenome of prenatally stressed rats. *Neuroscience*, *180*, 105–110. doi:10.1016/j.neuroscience.2011.02.026
- Nestler, E. J., Pena, C. J., Kundakovic, M., Mitchell, A., & Akbarian, S. (2015). Epigenetic Basis of Mental Illness. *Neuroscientist*. doi:10.1177/1073858415608147
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Numata, S., Ye, T., Herman, M., & Lipska, B. K. (2014). DNA methylation changes in the postmortem dorsolateral prefrontal cortex of patients with schizophrenia. *Front Genet*, *5*, 280. doi:10.3389/fgene.2014.00280
- Palacios-Garcia, I., Lara-Vasquez, A., Montiel, J. F., Diaz-Veliz, G. F., Sepulveda, H., Utreras, E., . . . Aboitiz, F. (2015). Prenatal stress down-regulates Reelin expression by methylation of its promoter and induces adult behavioral impairments in rats. *PLoS One*, *10*(2), e0117680. doi:10.1371/journal.pone.0117680
- Patel, P. D., Katz, M., Karssen, A. M., & Lyons, D. M. (2008). Stress-induced changes in corticosteroid receptor expression in primate hippocampus and prefrontal cortex. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(3), 360–367. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.12.003
- Pidsley, R., Viana, J., Hannon, E., Spiers, H., Troakes, C., Al-Saraj, S., . . . Mill, J. (2014). Methylomic profiling of human brain tissue supports a neurodevelopmental origin for schizophrenia. *Genome Biol*, *15*(10), 483. doi:10.1186/s13059-014-0483-2
- Provencal, N., Suderman, M. J., Guillemin, C., Massart, R., Ruggiero, A., Wang, D., . . . Szyf, M. (2012). The signature of maternal rearing in the methylome in rhesus macaque prefrontal cortex and T cells. *J Neurosci*, *32*(44), 15626–15642. doi:10.1523/JNEUROSCI.1470-12.2012
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neurosci Biobehav Rev*, *73*, 191–218. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.013

- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. D. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, *4*(1), 65–79.
- Roadmap Epigenomics, C., Kundaje, A., Meuleman, W., Ernst, J., Bilienky, M., Yen, A., . . . Kellis, M. (2015). Integrative analysis of 111 reference human epigenomes. *Nature*, *518*(7539), 317–330. doi:10.1038/nature14248
- Sabunciyani, S., Aryee, M. J., Irizarry, R. A., Rongione, M., Webster, M. J., Kaufman, W. E., . . . Gen, R. E. D. C. (2012). Genome-wide DNA methylation scan in major depressive disorder. *PLoS One*, *7*(4), e34451. doi:10.1371/journal.pone.0034451
- Saxonov, S., Berg, P., & Brutlag, D. L. (2006). A genome-wide analysis of CpG dinucleotides in the human genome distinguishes two distinct classes of promoters. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *103*(5), 1412–1417. doi:10.1073/pnas.0510310103
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Tang, B., Dean, B., & Thomas, E. A. (2011). Disease- and age-related changes in histone acetylation at gene promoters in psychiatric disorders. *Transl Psychiatry*, *1*, e64. doi:10.1038/tp.2011.61
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*, *57*(3), 241–266. doi:10.1111/jcpp.12507
- Tochigi, M., Iwamoto, K., Bundo, M., Komori, A., Sasaki, T., Kato, N., & Kato, T. (2008). Methylation status of the reelin promoter region in the brain of schizophrenic patients. *Biol Psychiatry*, *63*(5), 530–533. doi:10.1016/j.biopsych.2007.07.003
- Tung, J., & Gilad, Y. (2013). Social environmental effects on gene regulation. *Cell Mol Life Sci*, *70*(22), 4323–4339. doi:10.1007/s00018-013-1357-6
- Uchida, T., Furukawa, T., Iwata, S., Yanagawa, Y., & Fukuda, A. (2014). Selective loss of parvalbumin-positive GABAergic interneurons in the cerebral cortex of maternally stressed Gad1-heterozygous mouse offspring. *Transl Psychiatry*, *4*, e371. doi:10.1038/tp.2014.13
- Veeraiyah, P., Noronha, J. M., Maitra, S., Bagga, P., Khandelwal, N., Chakravarty, S., . . . Patel, A. B. (2014). Dysfunctional glutamatergic and gamma-aminobutyric acidergic activities in prefrontal cortex of mice in social defeat model of depression. *Biol Psychiatry*, *76*(3), 231–238. doi:10.1016/j.biopsych.2013.09.024
- Venter, J. C., Adams, M. D., Myers, E. W., Li, P. W., Mural, R. J., Sutton, G. G., . . . Zhu, X. (2001). The sequence of the human genome. *Science*, *291*(5507), 1304–1351. doi:10.1126/science.1058040
- Viana, J., Hannon, E., Dempster, E., Pidsley, R., Macdonald, R., Knox, O., . . . Mill, J. (2016). Schizophrenia-associated methylomic variation: molecular signatures of disease and polygenic risk burden across multiple brain regions. *Hum Mol Genet*. doi:10.1093/hmg/ddw373
- Waddington, C. H. (1942). The epigenotype. *Endeavour*, *1*, 18–20.
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev*, *104*(4), 667–685.
- Walton, E., Hass, J., Liu, J., Roffman, J. L., Bernardoni, F., Roessner, V., . . . Ehrlich, S. (2016). Correspondence of DNA Methylation Between Blood and Brain Tissue and Its Application to Schizophrenia Research. *Schizophr Bull*, *42*(2), 406–414. doi:10.1093/schbul/sbv074
- Weaver, I. C. (2009). Shaping adult phenotypes through early life environments. *Birth Defects Res C Embryo Today*, *87*(4), 314–326. doi:10.1002/bdrc.20164
- Weaver, I. C. (2014). Integrating early life experience, gene expression, brain development, and emergent phenotypes: unraveling the thread of nature via nurture. *Adv Genet*, *86*, 277–307. doi:10.1016/B978-0-12-800222-3.00011-5
- Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., . . . Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*, *7*(8), 847–854. doi:10.1038/nn1276
- Weickert, C. S., Hyde, T. M., Lipska, B. K., Herman, M. M., Weinberger, D. R., & Kleinman, J. E. (2003). Reduced brain-derived neurotrophic factor in prefrontal cortex of patients with schizophrenia. *Mol Psychiatry*, *8*(6), 592–610. doi:10.1038/sj.mp.4001308
- Wockner, L. F., Noble, E. P., Lawford, B. R., Young, R. M., Morris, C. P., Whitehall, V. L., & Voisey, J. (2014). Genome-wide DNA methylation analysis of human brain tissue from schizophrenia patients. *Transl Psychiatry*, *4*, e339. doi:10.1038/tp.2013.111
- Xiao, Y., Camarillo, C., Ping, Y., Arana, T. B., Zhao, H., Thompson, P. M., . . . Xu, C. (2014). The DNA methylome and transcriptome of different brain regions in schizophrenia and bipolar disorder. *PLoS One*, *9*(4), e95875. doi:10.1371/journal.pone.0095875
- Zhang, T. Y., Labonte, B., Wen, X. L., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2013). Epigenetic mechanisms for the early environmental regulation of hippocampal glucocorticoid receptor gene expression in rodents and humans. *Neuropsychopharmacology*, *38*(1), 111–123. doi:10.1038/npp.2012.149

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 951-957 FAGFELLEVDERT

**ANE UGLAND ALBÆK** Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, RVTS Sør, **ANNE MARITA MILDE**, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – RKBV Vest, UNI Research Helse, Bergen, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen  
**KONTAKT** ane@albaek.no, telefon +47 90 51 98 41

# NEUROBIOLOGISK FORSTÅELSE AV TRAUMEMINNER

Moderne nevrovitenskap har gitt verdifull innsikt i nevrobiologiske prosesser som er involvert i etablering av traumatiske minner. Bedre kunnskap om disse prosessene kan øke forståelsen for hva som virker og ikke virker i terapi.

Omsorgssvikt og alvorlige krenkelser som vold og overgrep tidlig i livet utgjør en av vår tids største folkehelseutfordringer (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Senere års forskning har vist at når barn over tid eksponeres for alvorlige stressende opplevelser uten adekvat og trygg voksenstøtte, kan det få store konsekvenser for deres senere emosjonelle, sosiale og kognitive fungering (Anda et al., 2006; Van Niel, Pachter, Wade, Felitti & Stein, 2014). Slike sammensatte tidlige belastninger er ofte omtalt som potensielle utviklingstraumer (Van der Kolk, 2014).

Barn og voksne kan oppleve at sanseintrykk som forbindes med tidligere overgrep eller truende situasjoner, også senere i livet utløser sterke affektive reaksjoner (Courtois & Ford, 2009). Karakteristisk er et trusselorientert oppmerksomhetsfokus der kraftige fryktreaksjoner kan utløses av tilsynelatende nøytrale stimuli. Om personen selv ikke forstår eller kan formidle sammenhengen, kan en slik reaksjon i seg selv oppleves som skremmende. Økt innsikt i hvordan hjernen lagrer og aktiverer fryktminner, kan hjelpe både pasienter og behandlere til lettere å forstå reaksjonsmønstre, for dermed å fasilitere opplevelse av mestring og kontroll.

I tillegg til påtrengende tanker og minnebilder inngår fragmenterte minner i kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD; APA, 2013). »

### ABSTRACT

#### *Neuroscience and traumatic memories*

Children and youth's exposure to potentially traumatizing experiences represents one of the major public health challenges of our time, causing social, cognitive, and emotional impairments. Research in neurosciences has generated valuable knowledge regarding the effects of emotional stress on the brain. The impact of early life events changes important brain functioning and structures and the underlying mechanisms involves complex cellular and molecular processes. In this article, we explore parts of the neurobiology of emotional memory and fear conditioning and translate key findings into therapeutic understanding of developmental trauma. Interventions aimed at relearning, consolidation and reconsolidation of memory can be of valuable use for patients suffering from composed trauma experiences.

*Key words: developmental trauma, neuroscience, memory, learning, interventions*

Også utviklingstraumer kjennetegnes av triggerutløste stressreaksjoner og fragmentert hukommelse. Denne type symptomer kan forstås ut ifra prinsipper om assosiativ læring eller fryktbetinging (LeDoux & Pine, 2016), og spesielt tre hjerneregioner er av spesifikk interesse for å forstå fryktbetinging: amygdala, hippocampus og prefrontal korteks (Kochli, Thompson, Fricke, Postle & Quinn, 2015; Maren, Phan & Liberzon, 2013).

Hjernen er dynamisk og påvirkelig, og vi ser at dens funksjoner, topografi og organisering endres i takt med både alder og erfaringer (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009). I løpet av barnets to første leveår skjer det en formidabel utvikling i de synaptiske forbindelsene. Ved toårsalderen har hjernen mer enn dobbelt så mange synaptiske forbindelser som en voksen hjerne, deretter minker de sakte som følge av beskjæring av synapser, noe som skjer gjennom programmert celledød eller apoptose. Nevrologiske mekanismer avgjør hvilke synapser som overlever eller ikke, hvor forbindelsen mellom nevroner styrkes gjennom simultan aktivering (noe som er kjent som Hebb's lov (1949): «Neurons that fire together, wire together»). Dette resulterer i *erfaringsbasert* assosiativ læring. Både basal- og humanforskning på synaptisk plastisitet har gitt empirisk støtte til Hebb's lov (Mayford, Siegelbaum & Kandel, 2012).

Denne type kommunikasjon mellom nevroner er essensiell for bedring av skader i nervesystemet, men kan også bidra til atferdsmessig dysfunksjon og psykopatologi. Eksponering for kronisk negativt stress kan for eksempel ødelegge eksplisitt minnekapasitet, og karakteristisk for stressrelaterte psykiske lidelser er redusert evne til å bruke faktakunnskap og erfaringer. Dette understøttes av studier der abnormaliteter i hippocampus og dorsolateral prefrontal korteks er funnet hos mennesker med stressrelaterte psykiske lidelser, begge områdene som er nødvendige for eksplisitt minnefunksjon (se Pittenger og Duman, (2008) for en oversikt).

Effekten av overgrep, omsorgssvikt og/eller neglisjering på en hjerne i utvikling, og da spesielt i spedbarns- og småbarnsfasen, har de siste årene fått stor forskningsoppmerksomhet, og dette har bidratt til at biologiske forklaringsmodeller for barns emosjonelle og atferdsmessige utfordringer har fått større plass (De Bellis & Zisk, 2014). Vi har i dag vitenskapelig evidens

for at tidlige negative livshendelser endrer hjernens fungering, noe som kan ha livsløpssmessige negative konsekvenser (Berens, Jensen & Nelson, 2017).

Det er særlig de underliggende mekanismene for emosjonell hukommelse og fryktbetinging som relateres til utvikling og opprettholdelse av traumeminner. I terapissammenheng kan det være nyttig for behandler å ha kunnskap om hvordan hjernen bevarer eller skiller emosjonelle og kognitive minnekomponenter fra hverandre.

### EMOSJONELL HUKOMMELSE

Vi har etter hvert fått en gryende innsikt i de underliggende nevrobiologiske mekanismene for emosjonell hukommelse (LeDoux, 2012). Ved innkoding, gjenhenting og konsolidering av skremmende opplevelser er det evidens for at hjernen har separate, parallelle systemer for å tolke triggere (systemer som inkluderer amygdala) og kontekst (som inkluderer hippocampus og medial prefrontal korteks (mPFC).

Kontekst-tolkningssystemet er essensielt for den varige reaksjonen på fryktutløsende stimuli (Kochli et al., 2015; Desmedt, Marighetto, Richter-Levin & Calendreau, 2015). I møte med en skremmende stimulus vil en ubevisst og ukontrollert fryktrespons utløses, mens en påfølgende rasjonell vurdering av kontekst kan gjøre at vi vurderer det hele som ufarlig, noe som vil kunne undertrykke fryktresponsen. For eksempel opplever vi det som vesentlig farligere å møte en slange i skogen enn å se en slange i et bur (Maren et al., 2013). Men minner er ikke fastlåste. Tvert imot ser vi at minner som reaktiveres, kan endres i form av alt fra små modifiseringer til fullstendig overskriving av det opprinnelige minnet. Vi skal komme tilbake til hvordan traumeminnenenes lagringskomponenter responderer på reaktivering, da dette er viktig for å forstå hvordan minner kan omskrives. Men først må vi se litt nærmere på fryktbetinging.

### FRYKT BETINGING

Hjernens viktigste funksjon er å sørge for vår overlevelse og tilpasning til miljømessige utfordringer og muligheter. Når vi møter en potensiell trussel, aktiveres nervesystemets stressresponsystem. Dette innebærer en alarmtilstand som fremmer en rekke autonome og endokrine endringer i den hensikt å sikre selvoppretthol-



delse. Disse endringene påvirker blant annet nevralt strukturer som kontrollerer emosjoner og kognisjon. Ved moderat, lavfrekvent stressbelastning som individet klarer å håndtere, vil oppmerksomheten rettes selektivt mot relevante indre eller ytre stimuli, og prosesser knyttet til læring og hukommelse intensiveres (LeDoux, 2014). Gjennom fryktbetinging kan dermed enkeltstående ekstremopplevelser etablere varige traumatiske minner. Men vel så viktig for å forstå utviklingstraumer er det at også gjentatte opplevelser av moderat utrygghet, frykt og skam kan forårsake traumatiske minner.

Fryktbetinging er en viktig del av stressresponsystemet, der en i utgangspunktet nøytral stimulus får emosjonell verdi ved at den pares med en aversiv ubetinget stimulus (Desmedt et al., 2015). Et eksempel kan være at tidligere erfaringer med vold utført av en alkoholpåvirket person, gjør at stressresponser utløses av lukten av alkohol fra menneskers pust. Slike instinktive forsvarsresponser – som at man stivner til (frysatsferd), får økt hjerterate eller skvetter – er alle autonome responser som ikke krever læring (Maren, Yap & Goosen, 2001). Fryktbetinging innebærer at disse allerede eksisterende fryktresponsene, som alle oppleves som ubehagelige, først kobles til en aversiv stimulus og etter hvert til nøytrale stimuli gjennom høyere ordens betinging (Yehuda & LeDoux, 2007). Dette er en enkel form for læring, men med eksepsjonell robusthet og rask tilegnelse. I denne raske, men robuste læringen spiller hjernestrukturer som amygdala og hippocampus en viktig rolle. En forståelse av den rollen disse strukturerne spiller i minnelagring av skremmende opplevelser og fremtidige farer, gir oss en inngang til å forstå både traumer generelt og utviklingstraumer spesielt.

### FRYKT, MINNER OG HJERNESTRUKTURER

Amygdala er avgjørende for innlæring og minnelagring av skremmende opplevelser. Kochli og kolleger (2015) viste at rotter som eksperimentelt ble påført lesjoner i amygdala mistet evnen til fryktbetinging til miljømessige stimuli og kontekster. Andre studier har vist at elektrofysiologiske endringer ved fryktbetinging inntreffer i amygdala *før* de treffer andre hjerneregioner (Maren et al., 2001).

Hippocampus er sentral for å tolke kontekstuell informasjon med sikte på å unngå poten-

sielle farer i fremtiden (Neves, Cooke & Bliss, 2008). Kontekstuell informasjon i denne sammenhengen inkluderer indre psykisk tilstand (som følelser, sult, trøtthet, varme m.m.), ytre omgivelse og sosial og relasjonell situasjon (Davidson et al., 2010). Persepsjon av tid og rekkefølge inngår også i den kontekstuelle informasjonen, og gjør det mulig å «ramme inn» minner om hendelser og skape forestillinger om fremtiden (Maren et al., 2013). Skade i hippocampus reduserer vår evne til kontekstuell fryktbetinging, men dette gjelder først og fremst nylagring av minner og ikke langtidslagring av dem (Bayley, Gold, Hopkins & Squire, 2005). Årsaken til at skade i hippocampus hemmer vår evne til å lagre nye kontekstuelle fryktminner, er at hippocampus får redusert evne til å forme og lagre kontekstuell informasjon eller representasjon (Xu et al., 2016). Det er altså ikke evnen til å lagre *assosiasjon* mellom kontekst og aversiv stimulus som blir hemmet.

Både hippocampus og amygdala innehar nøkkelroller både ved etablering av traumeminner og ved eventuell ekstinksjon av disse minnene, men strukturerne har ulike funksjoner. Amygdala er avgjørende for koding, lagring, og gjenhenting av direkte assosiasjoner mellom kontekst eller triggere og aversive stimuli (Mahan & Ressler, 2011). Denne fryktbetingingen er non-deklarativ, altså implisitt, og aktivisering av minnet gir en rask fysiologisk stressrespons. Hippocampus lagrer deklorative (eksplisitte) fakta om hendelser og er sentral når vi skal tolke og differensiere kontekstuell informasjon. Amygdalaresponsen kan moduleres av hippocampus og mPFC ved hjelp av kontekstuell tolkning og resonnement. Men er hippocampusfunksjonen redusert, kan implisitte fryktminner lagres uten deklarativ informasjon om hendelsen. Om dette skjer, betyr det at vi ikke kan redegjøre for hva som utløste stressresponsen. I tillegg kan svekket hippocampusfunksjon føre til feiltolkning av kontekst og redusert evne til å modulere stressresponsen i etterkant. Og motsatt, dersom amygdala har redusert funksjon, vil det bety at vi ikke kan lagre nye fryktminner slik at fryktresponsen uteblir (Bechara et al., 1995), noe som kan ha betydning for vår evne til overlevelse.

For utviklingstraumer og for så vidt andre stressrelaterte lidelser er det viktig å være oppmerksom på at akutt moderat stress og alvorlig kronisk stress har svært ulik effekt på



Det er særlig de underliggende mekanismene for emosjonell hukommelse og fryktbetinging som relateres til utvikling og opprettholdelse av traumeminner





Traume-  
minner kan  
aktivere  
stress-  
respons-  
systemet  
selv om  
man ikke er  
oppmerk-  
som på den  
utløsende  
stimulusen  
eller opple-  
ver frykt

læring. I hippocampus vil akutt moderat stress øke synapsefunksjon mellom nevroner, kjent som langtidspotensiering (LTP), alvorlig kronisk stress vil derimot svekke LTP og øke den kompensatoriske prosessen langtidsinhibisjon (LTD), med påfølgende atrofi, forkortning av dendritter og redusert nevrogenese (se faktaboks). I amygdala blir dendrittene remodellert og mer komplekse som følge av sammensatte mekanismer der økt LTP er én faktor (Pittenger & Duman, 2008). Bildediagnostikk bekrefter strukturelle avvik i de deler av amygdala og hippocampus som er stressensitive hos voksne med utviklingstraumer sammenlignet med en ikke-klinisk populasjon (Tottenham & Sheridan, 2010; Corbo et al., 2014). Av andre funn er redusert volum i mPFC og nedsatt aktivitet på grunn av atrofi og færre støtteceller (Pittenger & Duman, 2008). I tillegg er det evidens for at kronisk stress hemmer synaptisk plastisitet i forbindelsen fra amygdala til mPFC (Maroun & Richter-Levin, 2003), mens det i forbindelsen fra mPFC til amygdala oppstår en motsatt vektning med økt LTP og redusert LTD (Akirov & Maroun, 2006). Dette gjør mPFC mindre egnet til å regulere ned en amygdalaaktivert stressrespons. Redusert hippocampulæring får samme konsekvens ved at kontekstuell informasjon som er nødvendig for å differensiere mellom farlige og harmløse situasjoner, vil mangle. Amygdala hos mennesker utsatt for kronisk stress er både hypersensitiv og hyperaktiv og medfører derfor at stressresponsystemet aktiveres lettere, oftere og med større intensitet.

#### RELEVANS FOR FORSTÅELSE AV UTVIKLINGSTRAUMER

LeDoux og Pine (2016) argumenterer for at vi må etablere et «to-system»-perspektiv for å forstå hvordan mennesker reagerer på fare. De skiller da mellom (1) atferdsrespons og fysiologiske endringer i kroppen og (2) bevisste følelsetilstander opplevd som frykt eller angst. Amygdalaaktivert stressrespons utgjør system 1, mens deklarativer minner er en forutsetning for system 2. For forståelsen av utviklingstraumer er dette relevant fordi fryktbetinging av barndomsopplevelser ofte i liten eller ingen grad støttes av deklarativer minner. I tillegg finnes eksekutive kontrollmekanismer som hindrer tilgang av uønskede deklarativer minner til bevisstheten. Anderson og Green (2001) demonstrerte at når mennesker møter stimuli

som er knyttet til et uønsket minne, og de forsøker å unngå tanker om dette minnet, så blir det vanskeligere for dem å gjenkalle det avviste minnet senere. Grad av glemsel øker også parallelt med antall ganger minnet blir unngått. Personer med utviklingstraumer har derfor ofte traumatiske minner de ikke har språklig tilgang til. De kan oppleve reaktivering av fryktminner som uforståelige kroppslige og emosjonelle reaksjoner. Kanskje enda viktigere er det at traumeminner kan aktivere stressrespons-systemet selv om man ikke er oppmerksom på den utløsende stimulusen eller opplever frykt (LeDoux & Pine, 2016). Stressaktivering uten at pasienten selv er seg det bevisst, kan forklare tilstedeværelse av psykosomatiske plager. Denne kunnskapen kan også avhjelpe utviklingstraumefeltets forklaringsutfordring overfor politi, rettsvesen og den allmenne befolkning når rapporter fra traumatiserte barn har vært preget av inkoherens, fragmentering og manglende deklarativer minner.

Sterke traumatiske minner som er lagret uten deklarativer minnespor, kan ligge som latente minner som plutselig kan reaktiveres av sanseintrykk og forårsake stressaktivering i situasjonen, et fenomen som kalles *relæring* av fryktminner. Slik kan overveldende og overaskende reaksjoner forekomme i situasjoner med tilstrekkelig kontekstuell informasjon til å aktivere traumeminner. I tillegg kan lagrede fryktminner blokkere for at andre assosiasjoner kan knyttes til en betinget stimulus. For eksempel dersom fottrinn i trappen (betinget stimulus) er koblet til fryktrespons, vil dette minnet kunne blokkere for at andre erfaringer kan lagres som assosiasjoner til samme lyd. Fryktbetinging kan være så robust at nye erfaringer ikke makter å etablere en reduksjon eller endring av fryktminnet. Når en slik blokkeringseffekt opptrer i en terapeutisk sammenheng, kan det hindre at nye og trygge assosiasjoner etableres.

Hva skjer når barn og voksne med utviklingstraumer ser ut til å feiltolke sine omgivelser? Forskning viser at amygdala i stor grad er involvert i oppmerksomhet og persepsjon, og påvirker hvordan vi tolker og lagrer sensorisk informasjon. Grad av nevrologisk aktivering vil her påvirke oppmerksomhetsretning eller fokus, og typisk rettes mot stimuli av lært emosjonell betydning (Phelps & LeDoux, 2005). Dette gir oss en forståelse av hvordan uhensiktsmessige fryktbetingingsresponsen utløser vansker med å

fokuserer på nøytral informasjon og skaper konsentrasjons- og oppmerksomhetssvikt. Barnets tilpasningsvansker kan da forstås ut ifra traumeskapte orienteringsvansker. Tar man hensyn til at slike økologiske forhold kan ha påvirket barnets utvikling, kan det bidra til rett diagnose og tilpasset behandling.

### NOEN KLINISKE IMPLIKASJONER

For den som er i kontakt med utviklings-traumatiserte, er det nyttig å vite mer om hvordan traumbaserte fryktresponser eventuelt kan avlæres. En persons hukommelsesprofil kan også gi nyttig informasjon, og psykoedukasjon om hukommelsesvansker knyttet til utviklingstraumer kan gi mindre skamfølelse hos pasienten.

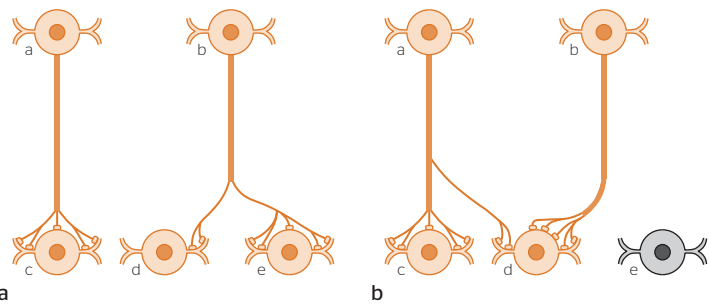
Fryktminner gjør oss i stand til å forvente og reagere på farer rundt oss. Men når våre innlærte signaler på aversive hendelser ikke lenger predikerer disse hendelsene, vil frykten for disse signalene kunne avta. For eksempel vil voldsutsatte barn som plasseres i trygge fosterhjem over tid, kunne overkomme fryktbetingede responser. Ekstinksjon har således en viktig klinisk relevans, fordi nye minner lært under en ekstinksjonsprosess konkurrerer med minner formet gjennom tidligere fryktbetinging, noe som også kan bidra til å svekke fryktresponser over tid (Monfils, Cowansage, Klann & LeDoux, 2009). Men fryktminnet blir ikke slettet, og de nye hemmende minnene kan derfor ha en mer eller mindre kortvarig og kontekstavhengig effekt (Quirk, 2002). Utfordringen i terapi er derfor å oppnå en varig avlæring. Fryktbetinging til sansestimuli er avhengig av amygdala og ikke hippocampus, men hippocampus ser likevel ut til å være sentral i forbindelse med fryktekstinksjon. Det vil si at selv om en fryktrespons er avlært i en kontekst, vil den raskt kunne relanseres dersom betinget stimulus trigges i en annen kontekst (LaBar & Phelps, 2005). Ekstinksjon er således ikke permanent. Utviklingstraumatiserte barn, unge og voksne preges ofte av utrygghet, der fryktaktivering er vanskelig å avlære. I hjelpetiltak er det derfor nødvendig med langsiktig tenkning og mye tålmodighet.

Kognitiv terapi kan bidra til å utslukke fryktminnet, men da kun det kognitive innholdet. Selve minnet som utløser fryktresponsen forblir uendret om man ikke også fokuserer på gjenopplevelse av det affektive minnet. »

## Faktaboks

Betydningen av synaptisk plastisitet for assosiativ læring og hukommelse:

Langtidspotensiering (LTP) er mekanismen hvor forbindelsene mellom hjernecellene styrkes (potensieres) over tid (opptil flere måneder) under innlæring, slik at handling og respons blir hensiktsmessig ut i fra situasjon (se Bliss & Lømo, 1973). Langtidssinhibisjon (*longterm depression* (LTD)) er en komplementær prosess. Etablert synapsefunksjon reduseres eller svekkes som følge av en initiell kraftig synaptisk stimulering (*depletion* eller *uttømming*) eller fra en mer vedvarende svak synaptisk stimulering. Resultatet er en kortikal reorganisering. LTD finnes i ulike typer nevroner som utløser ulike neurotransmittere, men det er L-glutamat som oftest er involvert. L-glutamat agerer på flere reseptorer som NMDARs (N-metyl-D-aspartate reseptorer), AMPARs ( $\alpha$ -amino-3-hydroxy-5-methylisoxazole-4-propionic acid reseptorer), KARs (kainate reseptorer), og mGluRs (metabotropic glutamate reseptorer). LTD motvirker en potensiell takeffekt som følge av LTP og har dermed en konstruktiv funksjon. Dersom synaptisk styrke bare øker og øker vil dette hemme innkodning av ny informasjon. LTP/LTD er ikke strukturspesifikk, men er observert i korteks, lillehjernen og amygdala; det er imidlertid evidens for høyest konsentrasjon i hippocampus (se Lüscher & Malenka, 2012).



Tenkt eksempel på synaptisk plastisitet og gjenoppretting (*recovery*) av nerveforbindelser. a) viser koblingen mellom fem nevroner. b) viser hvordan koblingene er endret etter at celle e er blitt skadet eller ødelagt. Koblingene til den ødelagte cellen er nå trukket tilbake. Celle d har i stedet fått etablert flere synapser fra celle b. I tillegg har celle d fått synapser fra celle a, som den tidligere ikke hadde kontakt med (moderert fra Dietrichs, 2007).

Et affektivt minne som blir gjenkalt blir ustabil og påvirkelig en periode før det lagres igjen, en prosess kjent som rekonsolidering. Dyrestudier har demonstrert hvordan man kan utslukke affektive fryktminner mer permanent. Monfils og kolleger (2009) gjenkalte fryktminne hos rotter like før en ekstinksjonssesjon slik at det initialt utløsende betingede stimulus ble reevaluert av rottene, og da som mindre truende stimulus. Kindt, Soeter og Vervliet (2009) ga forsøkspersoner propanolol (ikke-selektiv beta-reseptorantagonist som hemmer utskillelse av noradrenalin, adrenalin og dopamin) før de gjenkalte et fryktminne. Dette medførte at de gjenkalte fryktminnet hos forsøkspersonene ble utsløkket ved måling 24 timer senere. Propanolol ser ut til å være mindre effektivt når det gjelder å hindre rekonsolidering av veletablerte, sterke fryktminner, enn det preparatet er i en akutfase. Likevel ser en mer vedvarende bruk av propanolol ut til å kunne redusere hyperaktivering hos traumatiserte pasienter (se Giustino, Fitzgerald & Maren, 2016).

Pasienter med tilgang til deklorative minner innehar nevrologiske forutsetninger for å gjeninnhente episodiske og semantiske minner, og dermed et utgangspunkt for å kunne skape et verbalt innhold i terapi. Pasienter der minneaktivering i større grad synes begrenset til non-deklorative minner, har ikke samme mulighet til dette. Gjenhenting av minnesavtrykk kan for dem være i form av affektive og kroppslige reaksjoner aktivert av ulike stimuli. For både pasient og terapeut kan det være avklarende på et felles grunnlag å ta stilling til i hvilken grad intervensjonen skal prioritere samtalebaserte (top-down) eller affekt-/kroppsorienterte (bottom-up) tilnærminger.

Behandlingsformer med god effekt på enkeltraumer induisert etter hjernens mest sensitive utviklingsperiode i barneårene kan ikke alltid dokumentere tilsvarende effekt på utviklingstraumer (Cohen et al., 2012). Dessuten er det ikke alltid et spørsmål om enten eller. Evidens fra klinisk forskning viser at en del pasienter med kjent enkeltraumebelastning også

har komorbide utviklingstraumatiserende erfaringer (Khoury et al., 2010; Schmid, Petermann & Joerg, 2013).

Psykoedukasjon om hvordan traumeminner kan lagres i ulik form og få forskjellige uttrykk, kan hjelpe pasienter med å beskrive og forstå hvordan tidligere erfaringer påvirker deres erindringsverden, symptombilder og reaksjoner. Også deling av kunnskap om sammenheng mellom traumeopplevelse og funksjonelle vansker, blant annet med hukommelse og læring, antas å ha klinisk verdi (Phoenix, 2007). Mange mennesker med utviklingstraumer kjenner skam over å ikke kunne redegjøre for hva de har opplevd, eller sine egne reaksjoner. En forståelse av at også de «husker» livshendelser, men på et annet vis, vil da kunne bidra til mindre skamfølelse.

#### HÅP OM BEDRE HJELP

Moderne nevrovitenskap bidrar med verdifull innsikt i hjernens plastisitet i samspill med omgivelsene. Særlig er nevrobiologisk forskning på emosjonell hukommelse av interesse for utviklingstraumefeltet. Ved å skille mellom affektiv fysiologisk fryktrespons og selvopplevd frykt kan vi forhåpentligvis øke vår forståelse for tidlige traumeminner slik at vi kan tilby bedre hjelp til barn, unge og voksne med utviklingstraumer. ✘

#### REFERANSER

- Akirav, I. & Maroun, M. (2007). The Role of the Medial Prefrontal Cortex-Amygdala Circuit in Stress Effects on the Extinction of Fear. *Neural Plasticity*, 30873, doi:10.1155/2007/30873
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J., Walker, J.D., Whitfield, C.P., Bruce P.D., Giles, Wayne H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174–186.
- Anderson, M.C. & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*. Vol 410, 366–369.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Publishing.
- Bayley, P.J., Gold, J.J., Hopkins, R.O., & Squire, L.R. (2005). The Neuroanatomy of Remote Memory. *Neuron*, 46(5), 799–810.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., Adolphs, R., Rockland, C., & Damasio, A.R. (1995). Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science*, 25, 269 (5227), 1115–1118.
- Berens, A., Jensen, S. & Nelson, C. (2017). Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*. 15.135
- Bliss, T.V.P., & Lomo, T. (1973). Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *The Journal of Physiology*, 232(2), 331–356.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528–541.



- Cooke, S.F., & Bliss, T.V.P. (2006). Plasticity in the human central nervous system. *Brain*, *129*(7), 1659–1673.
- Corbo, V., Salat, D.H., Amick, M.M., Leritz, E.C., Milberg, W.P., & McGlinchey R.E. (2014). Reduced cortical thickness in veterans exposed to early life trauma. *Psychiatry Res.* *30*, 223(2), 53–60.
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults). Scientific Foundations and Therapeutic Models*: Guilford Press.
- Davidson, T.L., Kanoski, S.E., Chan, K., Clegg, D.J., Benoit, S.C., & Jarrard, L.E. (2010). Hippocampal lesions impair retention of discriminative responding based on energy state cues. *Behavioral Neuroscience*, *124*(1), 97–105.
- De Bellis, M. & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. *23*. 185–222. 10.1016/j.chc.2014.01.002.
- Desmedt, A., Marigetto, A., Richter-Levin, G., & Calandreau, L. (2015). Adaptive emotional memory: the key hippocampal-amygdala interaction. *Stress*, *18*, 297–308.
- Dietrichs, E. (2007). Hjernes plastisitet – perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskr Nor Legeforening No.* *9*, 3. 127:1228–31
- Giustino T.F., Fitzgerald, P.J. & Maren S. (2016). Revisiting propranolol and PTSD: Memory erasure or extinction enhancement? *Neurobiol Learn Mem.* *130*:26–33. doi: 10.1016/j.nlm.2016.01.009. Epub 2016 Jan 22.
- Hebb, D.O. (1949). *Organization of behavior*. New York: Wiley,
- Khoury, L., Yilang, L.T., Bradley, B., Cubells, J.F., & Ressler, K.J. (2010) Substance abuse, childhood traumatic experiences, and posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *27*(12), 1077–1088
- Kindt, M. Soeter, M. & Vervliet, B. (2009). Beyond extinction: erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature Neuroscience* *12*, 256 – 258doi:10.1038/nn.2271
- Kochli, D.E., Thompson, E.C., Fricke, E.A., Postle, A.F., & Quinn, J.J. (2015). The amygdala is critical for trace, delay, and contextual fear conditioning. *Learning & Memory*, *22*, 1549–15485.
- Krug, E.G.; Mercy, J.A.; Dahlberg, L.L. & Zwi, A.B. (2002). The World Report on Violence and Health. *Lancet*, *360*(9339), 1083–1088, 5.
- LaBar, K.S., & Phelps, E.A. (2005). Reinstatement of Conditioned Fear in Humans Is Context Dependent and Impaired in Amnesia. *Behavioral Neuroscience*, *119*(3), 677–686.
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the Emotional Brain. *Neuron*, *73*(4), 653–676.
- LeDoux, J. (2014). Low roads and higher order thoughts in emotion. *Cortex*, *59*(0), 214–215.
- LeDoux, J. E. & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *Am. J Psychiatry* *173*:11, 1083–1093.
- Lisman, J., Yasuda, R., & Raghavachari, S. (2012). Mechanisms of CaMKII action in long-term potentiation. *Nat Rev Neurosci*, *13*(3), 169–182.
- Lüscher, C., & Malenka, R. C. 2012. NMDA receptor-dependent long-term potentiation and long-term depression (LTP/LTD). *Cold Spring Harb Perspect Biol* *10*.1101/cshperspect.a005710
- Mahan, Amy L., & Ressler, Kerry J. (2012). Fear conditioning, synaptic plasticity and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder. *Trends in Neurosciences*, *35*(1), 24–35.
- Maren, S., Phan, K.L., & Liberzon, I. (2013). The contextual brain: implications for fear conditioning, extinction and psychopathology. *Nat Rev Neurosci*, *14*(6), 417–428.
- Maren, S., Yap Sa Fau, Goosens, K.A., & Goosens, K.A. (2001). The amygdala is essential for the development of neuronal plasticity in the medial geniculate nucleus during auditory fear conditioning in rats. *The Journal of Neuroscience*, *21*(1529–2401).
- Maroun M. & Richter-Levin, G. (2003). Exposure to acute stress blocks the induction of long-term potentiation of the amygdala-prefrontal cortex pathway in vivo. *J Neurosci.* *1*;23(11):4406–9.
- Mayford, M., Siegelbaum, S.A., & Kandel, E.R. (2012). Synapses and Memory Storage. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, *4*(6), a005751. <http://doi.org/10.1101/cshperspect.a005751>
- Monfils, M.H., Cowansage, K.K., Klann, E., & LeDoux, J.E. (2009). Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science*. *15*;324(5929):951–5. doi: 10.1126/science.1167975.
- Neves, G., Cooke, S.F., & Bliss, T.V.P. (2008). Synaptic plasticity, memory and the hippocampus: a neural network approach to causality. *Nat Rev Neurosci*, *9*(1), 65–75.
- Phelps, E.A., & LeDoux, J.E. (2005). Contributions of the Amygdala to Emotion Processing: From Animal Models to Human Behavior. *Neuron*, *48*(2), 175–187.
- Phoenix, B.J. (2007). Psychoeducation for survivors of Trauma, *Perspectives in Psychiatric Care*, *43*(3), 123–131.
- Pittenger, C. & Duman, R.S. (2008). Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, *33*(1), 88–109.
- Quirk, G. J. (2002). Memory for Extinction of Conditioned Fear Is Long-lasting and Persists Following Spontaneous Recovery. *Learning & Memory*, *9*(6), 402–407.
- Schmid, M., Petermann, F. & Fegert, J.M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* *2013*:33 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-3>
- Shonkoff, J.P., Boyce, W., & McEwen, B.S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, *301*(21), 2252–2259.
- Tottenham, N. & Sheridan, M.A. (2010). A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: a consideration of developmental timing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *3*.
- Van Niel, C., Pachter, L.M., Wade, R. Jr., Felitti, V.J. & Stein, M.T. (2014). Adverse events in children: Predictors of adult physical and mental conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *35*(8), 549–551.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*: The Penguin Group.
- Xu, C., Krabbe, S., Gründemann, J., Botta, P., Fadok, J.P., Osakada, F... & Lüthi, A. (2016): Distinct Hippocampal Pathways Mediate Dissociable Roles of Context in Memory Retrieval. *Cell*. *167* (4). 961–972.
- Yehuda, R. & LeDoux, J. (2007): Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. *56* (1), 19–32.

”

NMT kan brukes  
til å undersøke  
endringer som  
ikke nødvendigvis  
har kommet  
frem gjennom  
en tradisjonell  
diagnostisk  
tilnærming

**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 958-969 FAGFELLEVDERT

**HEINE STEINKOPF**, RVTS-sør, **MARI KJØLSETH BRÆIN**, RVTS-øst og **DAG Ø. NORDANGER**,

Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Ressurssenter om vald, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) - Region vest

**KONTAKT** heine.steinkopf@bufetat.no

# KARTLEGGING AV BARN MED «THE NEUROSEQUENTIAL MODEL OF THERAPEUTICS»

Kartlegging av hjernefunksjoner og utviklingshistorikk kan være mer hensiktsmessig for behandlingsplanlegging enn tradisjonelle psykiatriske diagnoser.

Barn og ungdom med utviklingstraumer representerer en spesiell utfordring for behandlingssystemene. Symptombildene de viser, er ofte svært komplekse og til dels motstridende, og er vanskelige å klassifisere ved hjelp av de tradisjonelle psykiatriske diagnosene. Ofte er disse barna og ungdommene lite tilgjengelige for tradisjonell samtalebehandling. Dette bidrar til at mange av dem ikke får hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor behov for alternative tilnæringer til kartlegging og utforming av behandlingstiltak. «Neurosequential Model of Therapeutics» (NMT), utviklet av psykiateren og forskeren Bruce Perry, er et slikt alternativ. NMT inneholder en kartleggingsmetode basert på barnets observerbare funksjonsvansker, og på belastninger og ressurser i dets utviklingshistorie. Modellen gir en individuell og dimensjonal beskrivelse av barnet. Behandlingstiltak kan integreres i barnets daglige rutiner, og administreres av voksne hjelpere som ikke nødvendigvis har spesifikk behandlingskompetanse (Bath, 2015). RVTS Sør, RVTS Øst og RVTS Vest samarbeider nå om en implementering og utprøving av modellen. Til nå har rundt tretti behandlere blitt sertifisert i NMT og anvender modellen i sin kliniske praksis.

I denne artikkelen presenterer vi det teoretiske grunnlaget for NMT og hovedtrekkene ved metoden, og viser hvordan metoden ble anvendt overfor den utviklingstraumatiserte jenta «Guro».

**TEORETISK GRUNNLAG**

Utvikling i de første leveårene kan forstås som et reguleringsprosjekt (Braarud & Nordanger, 2011; Schore, 2012; Tronick, 2007). Et spedbarn mangler kapasitet til å regulere sine kroppslige og fysiologiske funksjoner

**ABSTRACT**

*Assessment of children with «The Neurosequential Model of Therapeutics».*

To a large extent, interventions in the field of child and adolescent mental health are guided by assessment inventories and treatment manuals based on diagnostic categories. A traditional diagnostic perspective may miss developmentally traumatised children's heterogeneous presentation of symptoms, and may consequently make it difficult to develop an evidence base for interventions targeting their real needs. The Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) is an alternative assessment approach, informed by advances in neurodevelopmental research. In this paper, we present NMT and show how the method was applied with a developmentally traumatised girl. We discuss to what extent changes in the girl's functioning from before to after NMT might be attributable to the method. Against this background, we discuss if NMT can contribute to interventions and treatment strategies more tailored to developmentally traumatised children and adolescents' needs.

*Key words: Neurosequential Model of Therapeutics, developmental trauma, trauma-informed practice*

”

Psykoedukasjon til miljø-terapeuter og skole ble viktig for å øke forståelsen for at hun i mange tilfeller fungerte utviklingsmessig langt under sin kronologiske alder

(som motorikk, søvn, sult/metthet) og sine affekter (som frykt og frustrasjon), og kan heller ikke beskytte seg mot stimuli som er for intense (som taktile sansninger, lys og lyder). Å lære seg stress- og affektregulering er barnets kanskje viktigste utviklingsoppgave (Schore, 2012; Siegel, 2012). Barnet skal over tid lære å tåle følelser som sinne og misunnelse, og klare å fortolke signaler fra kroppen. Etter hvert skal barnet lære seg å forstå at for eksempel magesmerter kan bety engstelse, og at muskulære stramminger i skuldrene kan bety stress. Denne informasjonen må struktureres og integreres for at barnet skal være mest mulig selvregulert (Siegel, 2012). I denne prosessen er barnet helt avhengig av relasjon til sensitive voksne.

Drivkraften bak denne utviklingen, fra mangel på mulighet til selvregulering til en integrert selvregulering, er erfaringer eller «stimulering» sammen med trygge voksne. Det er dette som refereres til som hjernens eller nervesystemets «bruksavhengighet» eller erfaringsavhengige nevroplastisitet (Kleim & Jones, 2008; Ludy-Dobson & Perry, 2010). Hjerneområder og nevralt forbindelser som blir brukt, utvikles og styrkes mye mer enn områder som ikke brukes. Hjernen utvikles sekvensielt: Dypereliggende og mer «primitive» områder utvikles først, og danner grunnlaget som de høyereliggende områdene bygger videre på (Bear, Connors & Paradiso, 2014; Hart, 2009). Det betyr at underutvikling i dypere deler av hjernen, som i områder for tilstandsregulering, vil påvirke funksjonen i høyere hjernefunksjoner, som i områder for abstrakt tenkning. Videre mener man at høyereliggende og mer «sofistikerte» deler av hjernen, som kortikale områder, er mer plastiske og påvirkelige for stimulering enn dypereliggende områder, som hjernestammen (Bear, Connors & Paradiso, 2014).

Begrepet utviklingstraumatisering betegner vedvarende eksponering for truende og sterkt stressende erfaringer i tidlig barnealder, kombinert med manglende eller mangelfull reguleringsstøtte (Nordanger & Braarud, 2014; van der Kolk, 2015). Slike erfaringer gir ikke nødvendigvis spesifikke utslag eller symptomer, men kan bidra til at hjernen utvikles og organiseres annerledes. Det er vist at barn med slike erfaringer ofte har generelle vansker med å regulere tanker, følelser, kropp, atferd og sosiale relasjoner (Nordanger & Braarud, 2017; Ford & Cloitre, 2009). Konkrete uttrykk kan være atferdsvansker, dyssosial eller aggressiv atferd, depresjon, angst, smerter i hode, mage og muskulatur, selvskading eller dissosiasjon. Dette gir et komplekst klinisk bilde der barnet kan ha vansker innenfor mange diagnostiske kategorier. Diagnosebaserte kartlegginger av barnet bidrar derfor ikke alltid med en klar retning for behandling (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Courtois, 2004; Lyttle & Brodie, 2007).

I et utviklings- og nevrobiologisk perspektiv er man opptatt av å forstå og fortolke barns symptomer eller uttrykk i lys av hvilke deler av hjernen man antar er normalt utviklet eller har blitt over- eller understimulert. Kjennskap til *tidspunkt* for barnets erfaringer blir like viktig som kjennskap til typer erfaringer. Barnets utviklingshistorie vil kunne gi indikasjoner om hvilke hjerneområder som er påvirket eller underutviklet, og som dermed trenger mer eller en annen form for stimulering. Sagt på en enkel måte, så kan en 14-åring ha en 3-åringens evne til selvregulering, de sosiale ferdighetene til en 5-åring og de kognitive ferdighetene til en 10-åring. Dette gir store kliniske utfordringer.

#### THE NEUROSEQUENTIAL MODEL OF THERAPEUTICS

NMT er ikke en terapeutisk metode eller teknikk, men en teoretisk og praktisk kartlegging ut ifra en nevrobiologisk forståelse av barn og barns



Prefrontal korteks	Abstraksjon, refleksjon	Symbolforståelse	Nonverbal kommunikasjon	Tankestyrt impuls kontroll	Verbal forståelse	Verdi- og moralforståelse
Korteks	Talespråk, artikulasjon	Ekspressiv/ impressiv kommunikasjon	Motorisk/ sensorisk integrasjon	Tidsopplevelse	Selvbilde	Konkret kognisjon
Limbisk	Tilknytning	Inntoning	Belønning	Affektregulering	Psykoseksuell fungering	Arbeids hukommelse
Mellomhjernen	Endokrine funksjoner	Dissosiasjon	Aktivering	Primær sensorisk integrasjon		
	Finmotorikk	Matinntak, appetitt	Søvnfunksjon	Grovmotorikk		
Hjernestamme	Suge- og svelgefunksjon	Oppmerksomhetsfokus				
	Temperaturregulering	Øyebevegelse, samsyn				
	Hjerte/karfunksjon	Autonom regulering				

Figur 1. Oversikt over funksjonene i hjernekartet

(© Bruce D. Perry, MD, PhD and Child Trauma Academy. Oversatt og gjengitt med tillatelse). Figuren viser hjernekartet, der funksjonene temperaturregulering, affektregulering og abstrakt tenkning er markert med rødt.

utvikling (Perry, 2014). Modellen hviler i hovedsak på kunnskap generert i løpet av de siste 20 årene gjennom nevrovitenskap, traumatologi, tilknytningsforskning og generell utviklingspsykologisk forskning (Ford, 2009; Siegel, 2012; Teicher et al., 2016).

Modellen innebærer en grundig kartlegging av barnets utviklingshistorie, inkludert utviklingsmessige belastninger (som traumer og omsorgssvikt) og gode eller dårlige relasjonserfaringer. Kartleggingen av utviklingshistorien gir et utgangspunkt for å danne et bilde av det enkelte barnets utviklingsnivå på ulike funksjonsområder, som sansning og motorikk, reguleringsevne, relasjonsevne og mer avansert kognitiv fungering. Kartleggingen inkluderer et funksjonelt kart (se figur 1 og 3) over barnets hjerne, basert på en her-og-nå-vurdering av en del sentrale hjernefunksjoner. Kartet er en visuell representasjon av *lokalisering* av funksjoner (eksempelvis temperaturregulering i hjernestammen, affektregulering i det

limbiske system og abstrakt tenkning i prefrontal korteks) og *status* (utviklet, mildt forstyrret, alvorlig forstyrret og underutviklet).

Denne informasjonen vil kunne bidra til mer målrettede og «timede» tiltak. Disse kan være terapeutiske, pedagogiske eller mer dagligdagse aktiviteter, som kan utføres av omsorgsgivere og andre som har daglig kontakt med barnet. Aktivitetene fokuserer på sansemotoriske, relasjonelle, regulerende eller kognitive funksjoner, alt etter hvilke forutsetninger og behov barnet har, basert på den innledende kartleggingen. Et gjennomgående prinsipp er at tiltakene bør være repeterende, rytmiske og engasjerende for barnet. Dersom en ønsker å bidra til endring av en funksjon, bør tiltaket rettes mot nettopp denne funksjonen (Perry & Hambrick, 2008).

Kartleggingsprosessen er basert på anamneseopptak, observasjon og eventuelle tester som er tilgjengelige. Hjernekartet som genereres er heuristisk, i den forstand at det ikke sikter mot

»

”

Det er også funnet betydelig nedgang i bruk av tvang på institusjoner som benytter NMT

å gi en nøyaktig eller «objektiv» representasjon av barnets vansker eller involverte nevrobiologiske mekanismer. Den er ment å gi en pragmatisk oversikt over barnets fungering, som igjen kan fremme en felles forståelse og gi retning når det gjelder utviklingsfremmende støtte- og behandlingstiltak.

NMT kan brukes til å undersøke endringer som ikke nødvendigvis har kommet frem gjennom en tradisjonell diagnostisk tilnærming. Det kan være med på spisse den terapeutiske tilnærmingen og sette realistiske mål i arbeidet med barn som har omfattende funksjonsvansker. NMT-kartleggingen er ikke ment å skulle stå alene. Den kan fungere som et supplement til annen kartlegging man vanligvis vil bruke.

Informasjonen fra NMT-kartleggingen sammenfattes i grafiske illustrasjoner, jevnfør figurene i denne artikkelen, som bidrar til å forenkle og synliggjøre hva barnet trenger. Disse illustrasjonene kan være effektive instrumenter for å følge utviklingen og evaluere effekten av ulike tiltak, siden kartleggingen kan gjentas, og visualiserer tydelig eventuelle endringer i barnets fungering. Med utgangspunkt i et kasus ønsker vi å eksemplifisere hvordan modellen kan anvendes i praksis.

### FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Kasusgjennomgangen guides av følgende problemstilling: Hvilken nytteverdi kan NMT ha for kartlegging og behandling av utviklingstraumatiserte barn? Til sist vil vi reflektere rundt hva som kan ha vært virksomme faktorer ved bruk av NMT for Guro, og diskutere i hvilken grad NMT kan bidra til intervensjoner og behandlingstilnæringer som er bedre tilpasset utviklingstraumatiserte barn og unges behov.

### METODE OG ETIKK

Kasusbeskrivelsen er basert på kartlegging med NMT på to tidspunkt, i tillegg til journalnotater som dokumenterer prosess og fremgangsmåte. En av forfatterne av denne artikkelen var ansvarlig for både NMT-kartleggingen og behandlingsplanleggingen.

Kasuset er grundig anonymisert slik at det ikke skal kunne gjenkjennes, og det er innhentert samtykke. Det er kun problemstillinger av relevans for NMT-kartleggingen som er vårt fokus. Andre forhold ved denne komplekse saken blir ikke tematisert her.

### «GURO»

Guro er 12 år og plassert i et eniltak på en barneverninstitusjon. Hun har levd med høy utviklingsmessig risiko hele livet, med en mor som var rusmisbruker og en far som har diagnosen paranoid schizofreni.

Da Guro var fire år, ble hun plassert i beredskapshjem og deretter overført til et fosterhjem. I det første fosterhjemmet hadde Guro daglige raseriutbrudd i forbindelse med rutiner som påkledning og legging. Hun griste med avføring på badet, samlet på mat, overspiste og kunne banke hodet i veggen etter at hun hadde lagt seg om kvelden. Da hun var 11 år, hadde hun bodd i fem forskjellige fosterhjem. Det ble opprettet et eniltak med målsetting om å etablere en stabil omsorgsbasis. Et eniltak er en institusjon med bare én beboer.

Skolefaglig presterte hun langt under det forventede for aldersgruppen. Hun ble fort stresset, høyrøstet, mobbet medelever, og viste seksualisert språk og atferd. Hun vekslet mellom å være underaktivert (passiv og apatisk) og overaktivert (uroelig og utagerende).

Guro hadde mange behandlingsrunder ved BUP og fikk stadig nye diagnoser. Hun ble diagnostisert med ADHD da hun var fire år gammel, og med atferdsforstyrrelser i syvårsalderen. Ved fylte 12 år oppfylte hun kriteriene for diagnosene ADHD, dyspraxi, atferdsforstyrrelse, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og overdreven søskensjalousi. Også tilstander innenfor autismespekteret, bipolar lidelse og schizofreni ble vurdert. Symptombildet var komplekst, og pekte i mange ulike retninger. Samtaleterapi hadde liten eller ingen effekt. Det var relativt lite kontakt mellom behandler på BUP og Guros omsorgsbasis, og dermed lite samlet fokus på hva som burde gjøres. Avdelingen var preget av usikkerhet når det gjaldt hvordan de best skulle hjelpe henne, og om de i det hele tatt kunne klare å ta ansvar for henne.

### NMT-KARTLEGGING AV GURO

Det alvorlige symptomtrykket tilsa en ny behandlingstilnærming. Det var åpenbart behov for en felles forståelse av Guro og et tettere samarbeid mellom ulike tjenester som helse, skole og barnevern. I samarbeidsmøter ble begrepet utviklingstraumer benyttet til å beskrive henne, og det ble besluttet å prøve en såkalt traumebevisst tilnærming. En terapeut

med kompetanse på NMT fikk ansvar for veiledning av og samarbeid med avdelingen.

**Utviklingsmessig risiko**

Figur 2 viser hvordan NMT-kartleggingen fremstiller et barns utviklingsmessige risiko. Som det fremgår, har Guro levd med betydelig utviklingsmessig risiko gjennom hele livet. Det har også vært få beskyttende faktorer til stede i hennes omgivelser. På tidspunktet da denne første kartleggingen ble gjort, hadde hun fremdeles mange belastninger i sitt miljø. Kartleggingen tydeliggjorde det avgjørende i å få denne utviklingsmessige risikoen redusert. Det er først når barnet er ute av det røde området, at betingelsene er til stede for en positiv utvikling.

**Guros «hjernekart»**

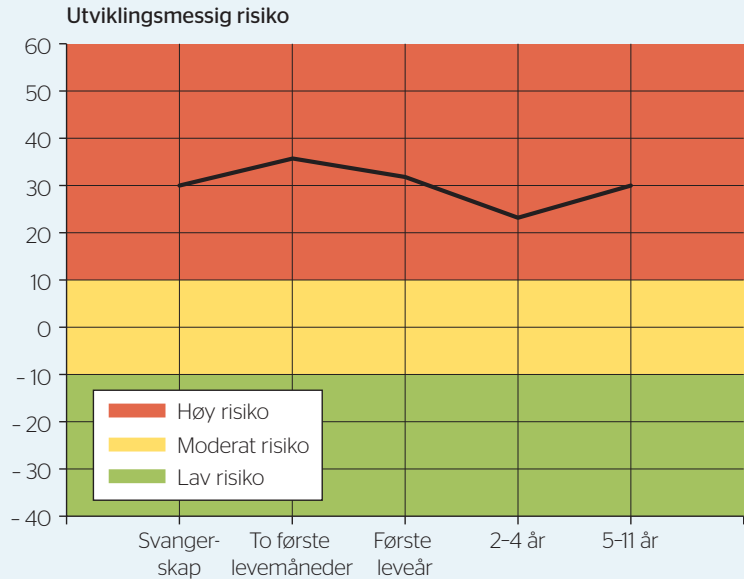
I NMT brukes all akkumulert informasjon om funksjonsvansker til å vurdere utviklingsnivået til det hjerneområdet man mener de enkelte funksjonene korresponderer med. Informasjonen organiseres i et «hjernekart», som vist i figur 3.

Skårer innenfor et visst spekter gis ulike fargekoder (se skåringsnøkkelen): Rosa og rødt indikerer underutviklet og alvorlig underutviklede funksjoner, gul indikerer moderat underutviklede funksjoner, mens grønn indikerer normalt utviklede funksjoner. Hver klient sammenliknes med alderstypiske jevnaldrende.

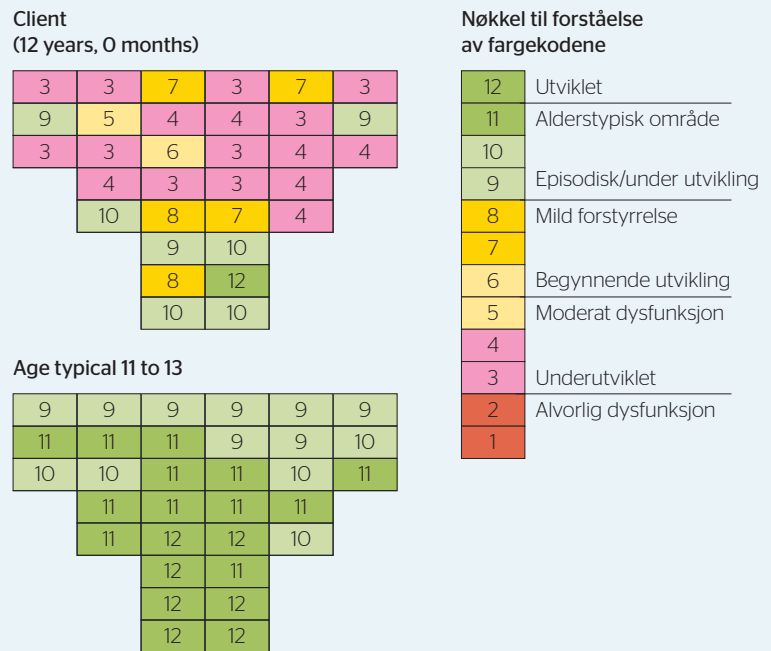
Guros hjernekart viser at hun hadde gjennomgripende funksjonelle vansker, vist ved mengden rosa bokser fra midten til øverst på kartet, altså fra mellomhjernen og opp til korteks. Hun hadde omfattende vansker med grovmotorikk og koordinasjon, dissosiasjon, vansker med å regulere stress, og vansker med primær sanseintegrasjon. Høyere på kartet ser vi hennes omfattende vansker med affektregulering, relasjoner, tilknytning og korttidshukommelse. I det øverste området ser vi særlige vansker med abstrakt tenkning, både med hensyn til tallsymboler, språk og selvreflekterende funksjoner.

**Hoveddomener av fungering**

Kartleggingen genererer også en mer generell oversikt over barnets fungering på fire hoveddomener av fungering: sanseintegrasjon (hjerne-stamme), regulering (mellomhjerne), relasjoner (limbiske system) og kognisjon (korteks). Figur 4 viser hvordan resultatene fremstilles. Barnet blir

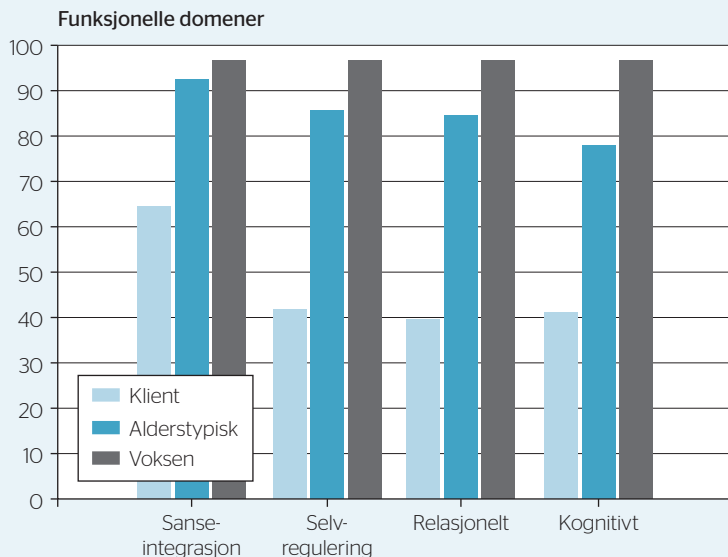


**Figur 2.** (© Bruce D. Perry, MD, PhD and Child Trauma Academy. Oversatt og gjengitt med tillatelse.) Figuren viser skårer for utviklingsmessig risiko (negative hendelser, omsorgssvikt o.l.) for ulike utviklingsperioder: svangerskap, to første levemåneder, første leveår, 2-4 år, og 5-11 år.



**Figur 3.** Første kartlegging (© Bruce D. Perry, MD, PhD and Child Trauma Academy. Oversatt og gjengitt med tillatelse.)

»



**Figur 4.** (© Bruce D. Perry, MD, PhD, and Child Trauma Academy. Oversatt og gjengitt med tillatelse.) Tallverdiene på de enkelte domene regnes ut fra skårene som gis på funksjonene i hjernekartet (figur 3). «Sanseintegrasjon» er hovedsakelig basert på skårene gitt for hjernestammefunksjoner, «selvregulering» er basert på skårer for mellomhjernefunksjoner, «relasjon» er basert på skårer på funksjoner i det limbiske området, og «kognitiv» er basert på funksjonsskårer i korteks.

også her sammenlignet med aldersnormen (blå søyle) og forventet voksenfungering (sort søyle).

Resultatene viser at Guro strevde på alle disse domene, og særlig når det gjaldt selvregulering og relasjonell og kognitiv fungering. I et NMT-perspektiv vil stimulering av disse funksjonene være viktig for hennes utvikling. Typisk for barn med en slik profil er at erfaringer av uforutsigbarhet, kaos, fare og neglekt har gitt et hypersensitivt stressresponsystem. Bildet gir mening ut fra det fraværet av reguleringsstøtte og den manglende tryggheten man vet Guro opplevde tidlig i livet, som man må anta medførte forstyrrelser i evnen til selvregulering og tilknytning.

#### Kortikal moduleringsratio

Kartleggingen gir også en angivelse av barnets evne til å regulere seg ved hjelp av kortikale funksjoner (top down-regulering), en såkalt kortikal moduleringsratio (Cortical Modulation Ratio, CMR). Skåren er konstruert som et forholdstall mellom skåre på eksekutive funksjoner og dypere hjernefunksjoner som har med aktivering, stressrespons og affektiv fungering å gjøre (Perry, 2014). Ifølge Perry vil et normalt fungerende tolv år gammelt barn ha en forventet CMR på 7,0. Jo høyere CMR, jo bedre er klientens evne til selvkontroll gjennom kognitiv selvinstruksjon. Guro kom ut med en CMR på 0,84, som er svært lavt. Ved en skåre på under 1,0 går det raskt mellom impuls og handling, og det er vanskelig å ta imot komplekse beskjeder fra voksne. En lav CMR-skåre indikerer også i hvilken grad barnet vil ha nytte av kognitive og verbale tilnærminger, da disse forutsetter et visst nivå av oppmerksomhet og selvkontroll. Guros lave CMR indikerte at hun på dette tidspunktet ville trenge kontinuerlig hjelp til selvregulering og i liten grad vil kunne nyttiggjøre seg verbalt orienterte tilnærminger.

#### ANBEFALING OG BEHANDLINGSPLANLEGGING

NMT-kartleggingen gir en del generelle anbefalinger på bakgrunn av barnets skårer og profil, men etterlater et stort rom for kreativitet rundt hvordan man best kan hjelpe det aktuelle barnet. For barn med en profil som Guros anbefales det i første omgang å fokusere på stressreduksjon og økt trygghet. Toleransevinduet (se Nordanger & Braarud, 2014) kan være et nyttig hjelpemiddel for å holde fokus på bar-



nets stressnivå. Rasjonalet er at barnets evne til selvregulering må bygges nedenfra og opp, på samme måte som hjernen utvikler seg fra de mest primitive til de mest komplekse funksjonene. Det anbefales at man på en systematisk måte prøver ut ulike somatosensoriske aktiviteter for å stimulere de nedre delene av hjernen på måter som ikke aktiverer stress. Alle barnets utviklingsarenaer (som hjem, skole og fritid) må da inkluderes i behandlingsplanen.

Å stimulere dypere hjernestrukturer gjennom fysisk aktivitet og sansearbeid antas å styrke nevralt nettverk som regulerer stressresponser. Slik stimulering innebærer gjerne somatosensoriske aktiviteter basert på rytme og repetisjon, men som bygges inn i daglige aktiviteter som barnet liker, og i situasjoner der det føler seg trygg. Eksempler kan være musikk, rytmelek, svømming, klatring, massasje, yoga, huske, ligge i hengekøye, stå på balansebrett, løpe hinderløype, hoppe på trampoline eller gjøre andre hoppe- eller hinkeaktiviteter. På skolen kan barnet ta jevnlig pauser fra undervisningen, som da fylles med sansemotorisk stimulering, som å reise/strekke seg, leke klappeleker, eller liknende. Omsorgsgivere bør på en systematisk måte gjennomføre slike aktiviteter gjennom dagen.

Somatosensoriske aktiviteter som kunne passe for Guro, ble diskutert, slik som svømming, klatring og ridning. Hun hoppet på trampoline som en form for avspenning når hun ble urolig. Miljøpersonalet forsøkte å skape trygge situasjoner der hun fikk massasje. Hun fikk tilbud om å spille trommer og høre på musikk. Vektleggingen av slike aktiviteter ble begrunnet i de lave skårene i de midtre delene av hjernekartet, der vi finner funksjoner som stressrespons, affektkontroll og relasjonsevne. Målet er at disse «bottom up»-opplevelsene vil gjøre barnet i bedre stand til å dra nytte av relasjonelle og kognitive erfaringer. Siden Guro ble utrygg av nære relasjoner, ønsket man først å styrke det basale regulerings-systemet, for siden å kunne arbeide mer med å etablere økt nærhet i relasjoner.

På grunn av Guros relasjons- og tilknytningsproblematikk var det viktig å tilpasse nærhet og avstand til hennes tåleevne. Hun ble lett stresset når omsorgsgiverne prøvde å gi omsorg, og kunne svare med avvisning. Direkte øyekontakt kunne virke truende. Det var tydelig at hun tålte bedre enkel turtaking enn aktivitet som krevde mer kompleks samhandling. Hun kunne tåle å

sitte ved siden av en annen i bil eller være på fisketur, men strevde med samarbeid rundt aktiviteter som matlaging eller spill. Psykoedukasjon til miljøterapeuter og skole ble viktig for å øke forståelsen for at hun i mange tilfeller fungerte utviklingsmessig langt under sin kronologiske alder og trengte tilrettelegging for å unngå å bli overveldet og dysregulert.

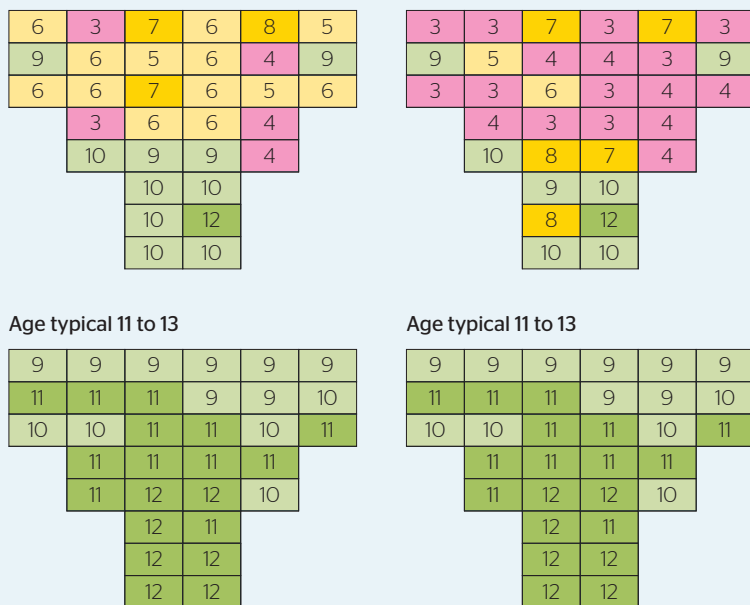
Et viktig tema i veiledningen var hjelpenes egne reaksjoner og hvordan de kunne bevare ro og tilstedeværelse. Forståelsen var at gjentatte erfaringer med samregulering, altså å finne roen sammen med andre, over tid ville bygge hennes kapasitet for selvregulering. Behandlingsteamet var enige om å hjelpe Guro til å være innenfor toleransevinduet mesteparten av tiden, og å hjelpe henne tilbake til toleransevinduet når hun var hyper- eller hypoaktivert.

Triggere ble identifisert og redusert, slik at miljøet ble tryggere. Personalet var særlig oppmerksom på relasjonelle triggere, og søkte å minimere nonverbal atferd som kunne eskalere Guros negative affekt. Det kunne være å vifte med pekefinger, løfte hånden og å nærme seg henne bakfra. Guro utviklet etter hvert mer tillit til en av de ansatte, og kunne blant annet ta imot håndmassasje og bli med på forskjellige aktiviteter sammen med denne personen når hun var i humør til det. Det første året foregikk mye av behandlingen gjennom omsorgsgiverne, men etter hvert som hun fikk mer tillit til dem og virket mindre stresset, ble hun også åpen for å møte psykologen fra BUP. Samtalene foregikk på avdelingen og hadde som hovedmål å hjelpe henne til å forstå mer av egne reaksjoner og overlevelsesmekanismer. Hensikten var å hjelpe Guro til å skape større grad av sammenheng og mening i sine opplevelser, og at det igjen ville kunne redusere hennes opplevelse av overveldelse og forvirring. På denne måten var arbeidet både «bottom up» gjennom kropp, sanser og relasjonsbygging, og «top down» gjennom forståelse og innsikt når hun var tilgjengelig og innenfor sitt toleransevindu.

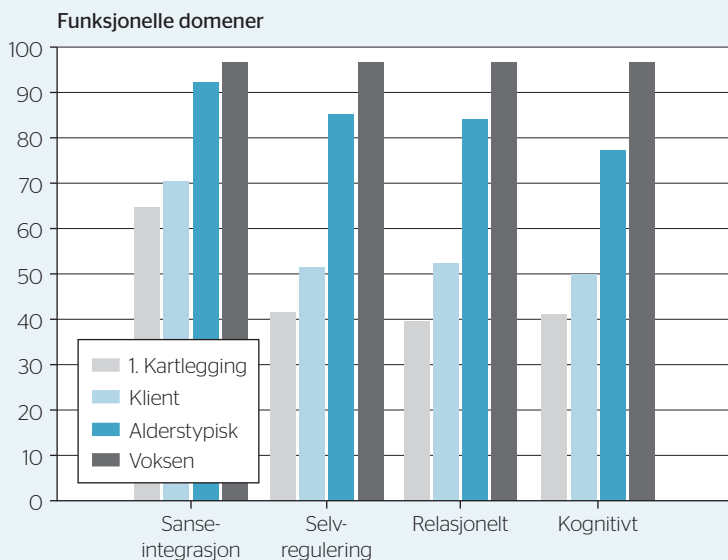
#### REEVALUERING AV GUROS RISIKO, SYMPTOMER OG FUNKSJONSNIVÅ

Etter 16 måneder med den nye tilnærmingen ble det gjort en ny NMT-kartlegging. Den nye vurderingen av utviklingsmessig risiko viste at Guro nå var godt innenfor gult område (moderat risiko). Hun erfarte fremdeles belastninger i sitt psykososiale miljø, men så likevel nå ut til

»



**Figur 5.** Kartlegging etter 16 måneder. (© Bruce D. Perry, MD, PhD, and Child Trauma Academy. Gjengitt med tillatelse.) Det nye hjernekartet er øverst til venstre i figuren, mens det gamle er øverst til høyre.



**Figur 6.** (© Bruce D. Perry, MD, PhD and Child Trauma Academy. Oversatt og gjengitt med tillatelse.)

å ha bedre forutsetninger enn tidligere for å få til positive funksjonsendringer. Konklusjonen var at Guro virket mindre stresset. Hun hadde etablert god kontakt med flere miljøterapeuter. Tvangstiltak hadde ikke vært nødvendig, og hun gikk på skolen nærmest daglig.

Det nye hjernekartet av Guro (figur 5) viste også betydelig fremgang, der mange av feltene som før var rosa, nå hadde blitt gule. Hennes evne til affektregulering (midt i hjernekartet) hadde beveget seg fra rosa til lysegult, altså fra «underutviklet» til «moderat dysfunksjon». Det samme gjaldt feltet for stressaktivering i samme område. Når det gjaldt mer avanserte funksjoner, som evnen til refleksjon og stressregulering gjennom kognitiv selvinstruksjon (begge på den øverste linjen), så man en tilsvarende endring. Flere andre felter, som korresponderer med ulike hjernefunksjoner, viste også positiv endring.

Denne moderate endringen i evnen til refleksjon bidro til at Guros CMR nå var på 1,29. Det er fremdeles langt under det man kan forvente for hennes aldersgruppe, men hun hadde i flere sammenhenger vist at hun klarte å hente seg inn igjen når hun ble stresset og utrygg. Hun viste evne til begynnende selvkontroll. En økning i CMR indikerte også at hun nå var mer tilgjengelig for samtalerapi. Hun hadde hatt flere samtaler med behandlende psykolog som gav psykoedukasjon, der hennes vansker ble forklart som nødvendige overlevelsesstrategier. Fra å være en som så på seg selv som farlig, kunne hun nå gjenkjenne og bekrefte positive reformuleringer som at «jeg er en som har trengt å beskytte meg og må reagere raskt for å passe på at noe farlig ikke skal skje». Miljøterapeutene gav uttrykk for optimisme og mestring i den daglige omsorgen for henne. De hadde klart å beskytte henne fra ytterligere traumatisering i form av risikoatferd (rus, selvskading, psykose), og de hadde klart å etablere en stabil omsorgsbasis der hun falt mer til ro.

Oversikten over funksjonsdomener (figur 6) viste også en gjennomgående positiv utvikling, der den grå søylen viser den første kartleggingen, og den lyseblå den andre. For alle domene ser vi en moderat forbedring.

## DISKUSJON

I sin kontakt med behandlingsapparatet hadde Guro fått stadig nye psykiatriske diagnoser uten at de gav fruktbar retning for behandling

og tiltak. Etter omlegging til en NMT-basert tilnærming så man en positiv utvikling, som blant annet bestod i økt evne til affektregulering, bedret sosial funksjon og mer utviklet evne til selvrefleksjon.

I hvilken grad endringene i Guros fungering kan tilskrives NMT, kan vi ikke si noe sikkert om, men vi kan reflektere rundt det vi observerte av tiltak og påfølgende endringer. Det virker på den ene siden åpenbart at det nye perspektivet på hennes vansker gav en ny retning for behandlings- og omsorgstiltakene. Behandlerne fikk et nytt «språk» for å beskrive henne, noe som kan ha vært sentralt for at hjelperne møtte Guro med mer tålmodighet og forståelse. Språket har opprinnelse i nevrobiologisk og utviklingspsykologisk teori, der Guros vansker ble omtalt med begreper knyttet til hvilken del av hjernen hennes som var aktivert eller «logget på» når hun utagerte, regredierte eller disosierte. Begreper som «fight, flight og freeze», «følelsesregulering», «triggere» og «toleransevinduet» ble en del av vokabularet til behandlerne og miljøarbeiderne, og erstattet begreper som «manipulering», «atferdsvansker», «ondskapsfull» og «utagering». Hjelperne rundt Guro ble mer oppmerksomme på hvordan de selv bidro til å trigge reaksjoner hos henne. De ble observante på tidlige tegn på at hun ble aktivert, og på hvordan de kunne hjelpe henne til å regulere seg gjennom sansemotoriske aktiviteter. Den nevrobiologiske terminologien bidro til å etablere en ny behandlingdiskurs, som kan ha vært med og skape en meningsfull endringskontekst for hjelperne og Guro.

På den annen side er det liten tvil at om at en slik endring i behandlingdiskurs kunne funnet sted uten bruk av NMT. Det er mange andre eksempler på gode og nyttige omsorgs- og behandlingsmodeller som også skaper hensiktsmessige endringsdiskurser.

#### Mulige fortrinn som utredningsmetode

Gjennom sin utviklingssensitivitet tilbyr NMT en tilnærming som, sammenlignet med diagnosebaserte verktøy, kan gjøre de komplekse vanskene man ofte ser hos utviklingstraumatiserte barn og unge, mer forståelige. Slike kartleggings-tilnærminger er i stadig større grad etterspurt, eksempelvis har National Institute of Mental Health (NIMH) i USA organisert et forskningsnettverk (RDoC) for å identifisere andre kriterier for klassifikasjon av psykiske vansker enn

de tradisjonelle psykiatriske diagnosene, et system som i større grad fokuserer på funksjonsvansker i et utviklingsperspektiv (Insel et al., 2010).

NMT åpner for en dimensjonal og individuell beskrivelse av vansker, og kan vise at forskjellige funksjoner endrer seg selv om barnet fremdeles oppfyller kriterier for ulike diagnoser. Funksjonsvanskene vurderes i lys av barnets utviklingshistorie. Dette gir hjelp til å forstå hvordan plagene har utviklet seg.

#### Implikasjoner for behandling

Det trengs mer forskning for å kunne vurdere i hvilken grad de spesifikke tiltakene som ble iverksatt, i seg selv kan ha bidratt til Guros utvikling. Det var også til dels utfordrende å systematisere aktivitetene i avdelingen i tråd med anbefalingen fra kartleggingen. Trolig var det uvant for miljøterapeutene å ta i bruk slike aktiviteter (svømming, klatring, trampoline og massasje) på en systematisk måte, og det kunne være vanskelig å få jenta med på aktiviteter på grunn av svingninger i humør og fungering. Per i dag er denne typen tiltak mest teoretisk fundert, ut fra det den generelle forskningen om nevroplasticitet indikerer om effekter av slike repeterende og sanseintegrerende aktiviteter (Kleim & Jones, 2008). Det er imidlertid gjennomført flere pilotstudier som viser reduksjon av plager og bedret funksjon hos traumeutsatte barn etter anvendelse av NMT (Bryson et al., 2010; Clark & Palinkas, 2013; Zarnegar et al., 2016). Det er også funnet betydelig nedgang i bruk av tvang på institusjoner som benytter NMT (Perry et al., 2016). Bruk av somatosensoriske tiltak kan også støtte seg på kunnskapen om at fysiske og sansestimulerende aktiviteter generelt sett er utviklende for hjernen (Guzetta et al., 2009). Det å fokusere på aktiviteter som skaper glede, interesse og nye erfaringer hos barnet, kan gi et nytt handlingsrom i en kultur der det å få hull på den vonde «byllen» lenge har vært den dominerende diskursen (Kestly, 2014). Kognitive og meningsfokuserede aktiviteter er også vektlagt i modellen, men det handler om å kunne *time* hva barnet trenger mest, ut ifra barnets funksjon og tilstand her og nå.

Anbefalingen fra NMT-kartleggingen var å først fokusere på å styrke Guros kapasitet til selvregulering gjennom å skape tryggere omgivelser og benytte repeterende sensomotoriske aktiviteter som hun likte. Det ble antatt at slike regulerende tiltak ville gjøre henne mer motta- >>

”

NMT kan ha bidratt til en riktig *timing* av tiltak

kelig for relasjonelle og kognitive erfaringer. Reevalueringen viste styrket selvkontroll. En økt CMR-skåre indikerte at tradisjonell samtaleterapi (psykoedukasjon) nå ville kunne ha større effekt. På denne måten kan NMT ha bidratt til en riktig *timing* av tiltak.

#### Mulige pedagogiske og psykoedukative fortrinn

Den pedagogiske effekten av NMT-modellen for hjelperne var åpenbar i Guros tilfelle. Bruken av grafiske fremstillinger med fargekoder, og der fargekodene endret seg fra ett kartleggingstidspunkt til et annet, gav en visuell fremstilling av bedring. Dette syntes i sterk grad å bidra til motivasjon og videre innsats hos involverte hjelpere. Metoden gjorde delmål på veien mot bedring tydelig for alle involverte.

På generelt nivå kan det således tenkes at NMT kan bidra til å motvirke handlingslammelse som kan oppstå i behandlings- og omsorgssystemene i møte med barn og ungdom med store utfordringer, der en risikerer å drukne i diagnoser og betegnelser som ikke gir tilstrekkelig retning for tiltak. Modellen tar utgangspunkt i funksjoner hos barnet som er observerbare og konkrete, og gir anbefalinger til tiltak på ulike nivåer. Den gir også et rammeverk for å visualisere fremgang og evaluere effekt av tiltakene.

#### BEGRENSNINGER VED NMT-KARTLEGGINGEN

Tross sine mulige fortrinn bør ikke NMT brukes som eneste kartleggingsverktøy. Guro var allerede godt utredet gjennom mange år i BUP-systemet. Diagnosene hun hadde, var også med på å tydeliggjøre alvorlighetsgraden av vanskene og å gi henne rettigheter, som tilpasset undervisning. NMT bidro til å strukturere informasjonen som allerede var tilgjengelig, slik at behandling og omsorg i større grad kunne times og fokuseres.

I bruken av modellen er det vesentlig å forstå at de grafene og figurene som genereres, ikke er «sannheten», men en pragmatisk fremstilling som er tilstrekkelig nøyaktig til å danne utgangspunkt for teoretisk meningsfulle tiltak. Resultatene som fremkommer, avhenger av informasjonen som kodes inn, og i mange tilfeller vil en ha sparsom informasjon om forhold som omhandler svangerskap og tidlige leveår. I slike tilfeller vil en måtte utføre kvalifisert gjetning på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og barnets nåværende funksjon.

Modellen er også relativt komplisert, og den web-baserte opplæringen er kostbar og krevende. Det er nødvendig å tilegne seg et visst nivå av kunnskap om nevrobiologi og hjerneanatomi og -fysiologi. Det kan også hende at en terapeut med generell traumekunnskap og kunnskap om utviklingspsykologi ville satt i gang mange av de samme tiltakene uten å bruke NMT-kartleggingen.

#### AVSLUTNING

NMT er en lovende ny tilnærming til kartlegging og behandlingsplanlegging av barn med utviklingstraumer. Kasuspresentasjonen i denne artikkelen viser hvordan modellen kan brukes, og gir indikasjoner om mulige fortrinn i forhold til en tradisjonell diagnostisk modell.

Det er behov for mer erfaring med modellen, inkludert mer forskningsrettede evalueringer, før man kan trekke konklusjoner rundt dens metodespesifikke nytteverdi. Vårt inntrykk så langt er imidlertid at modellen kan være et lovende og potensielt nyttig tilskudd i arbeidet med barn og unge som har komplekse og forvirrende tilstander. ✕



## REFERANSER

- Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G., & Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of Trauma-Wise Care. Healing in the other 23 hours. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4) 5–11.
- Bear M.F., Connors, B.W., & Paradiso, M.A. (2015). *Neuroscience. Exploring the Brain. 4<sup>th</sup> edition*. New York: Wolters Kluwer.
- Braarud, H.C., & Nordanger D.Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(10), 968–972.
- Bryson, S., Akin, B., Moore, T., & O'Brien, M. (2010). *Youthville Trauma Recovery Center Evaluation, Year One Report to Office of Child Welfare and Children's Mental Health*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.
- Clark, D., & Palinkas, J. (2013). *Comparing parent perceptions of two programs for young children exposed to domestic violence: Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) and psycho-educational play therapy*. Calgary: Mount Royal University, Centre for Child Well Being.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 412–425.
- Ford, J.D. (2009). Neurobiological and developmental reserach: Clinical implications. I C.A. Courtois & J.D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York: The Guilford Press.
- Ford, J.D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. I C. A. Courtois & J.D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York: The Guilford Press.
- Guzzetta, A., Baldini, S., Bancale, A., Baroncelli, L., Ciutti, F., Ghirri, P., ... Maffei, L. (2009). Massage Accelerates Brain Development and the Maturation of Visual Function. *Journal of Neuroscience*, 29(18), 6042– 6051.
- Hart, S. (2009). *Hjerne, Samhørighed, Personlighed: Introduktion til Neuroaffektiv Udvikling*. København: Hans Reitzel.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry* 167(7), 748–751.
- Kestly, T. (2014). *The Interpersonal Neurobiology of Play. Brain Building Interventions for Emotional Well-Being*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kleim, J.A., & Jones, T.A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: implication for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51(1), 225–239.
- Ludy-Dobson, C.R., & Perry, B.D. (2010). The Role of Healthy Relational Interactions in Buffering the Impact of Childhood Trauma. I E. Gil, (red.), *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play* (s. 26–43). New York: The Guilford Press.
- Lyttle, S., & Brodie, S. (2007). Child abuse and its relationship to conduct disorder. *Priory Medical Journals Online*. Hentet fra <http://www.priory.com/psych/abuse.htm>
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M., & Johansen, V. (2011). Developmental Trauma Disorder; løsningen på barne-traumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 48(11), 1086–1090.
- Nordanger, D.Ø., & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530–536.
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Perry, B.D. (1999). Memories of Fear: How the Brain Stores and Retrieves Physiological States, Feelings, Behaviours and Thoughts from Traumatic Events. I J. Goodwin & R. Attias (red.), *Splintered Reflections: Images of the Body in Trauma* (s.9–38). New York: Basic Books.
- Perry, B.D. (2002). Childhood Experiences and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind*, 3 (1), 79–100.
- Perry, B.D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. Webb (red.), *Working with traumatized children in child welfare* (s. 27–52). New York: The Guilford Press.
- Perry, B.D., & Hambrick, E.P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics, *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 38–43.
- Perry, B.D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14 (4), 240–255.
- Perry B.D. (2014). The Neurosequential Model of Therapeutics. Application of a Developmentally Sensitive and Neurobiology-Informed Approach to Clinical Problem Solving in Maltreated Children. I K. Brandt, B.D. Perry, S. Seligman & E. Tronick (red.), *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice* (s. 21–54). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Perry, B.D., Wang, E., Maikoetter, M., O'Malley, D., Strother, M., Griffin, E., ... Mackenzie, J. (2016). *Positive impact of the Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) on restraints and critical incidents in residential care settings: a multi-site, multi-year report*. Houston: Child Trauma Academy.
- Schore, A.N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, D.J. (2012). *The Developing Mind, Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Teicher, M.H., Samson, J.A., Anderson, C.M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652–666.
- Tronick, E.Z. (2007). *The Neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
- Zarnegar, Z., Hambrick, E., Perry, B.D., Azen, S., & Peterson, A. (2016). Clinical improvements in adopted children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders through neurodevelopmentally-informed clinical interventions: a pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 551–567.





# Alinemodellen

Sped- og småbarn som har levd med vold og omsorgssvikt, trenger både utredning og utviklingsstøttende omsorg.

**A** legge til rette for en trygg barndom er en av de viktigste investeringene en nasjon kan gjøre, ifølge nobelprisvinner i økonomi James J. Heckman (2000). Å forebygge, stoppe og behandle effektene av omsorgssvikt og vold sparer barn for lidelse og sikrer at de kan vokse opp til sunne og friske individer. Alinemodellen vektlegger utredning og hjelp i tidlig levealder, slik at barnet får en utviklingsmessig «stødig» plattform å bygge det videre livet på.

Modellen er en relasjonsbasert tilnærming til små barn som har opplevd vold og omsorgssvikt, og av den grunn har behov for ekstra sensitiv og utviklingsstøttende omsorg. Vi ønsker i denne artikkelen å formidle hvordan sped- og småbarn som utsettes for belastninger i familien, i kombinasjon med manglende reguleringsstøtte, viser hvordan de har det – og hvordan det vi kaller *behandlingsomsorg*, kan være til hjelp.

## DE MINSTE ER MEST UTSATT

Omsorgssvikt og mishandling er både mer omfattende og mer alvorlig i tidlig barndom enn senere (Wu et al., 2004). Dersom barnet har særskilte behov, øker sjansen for skade-

lig omsorgsutøvelse ytterligere. Utvidede omsorgsbehov kan henge sammen med genetisk sårbarhet, dårlige fosterlivsbetingelser, prematuritet eller mangelfull utviklingsstøtte etter fødsel. Det kan være barn som er rus- eller stressekspontert i fosterlivet, og som dermed strever mer med regulering enn andre nyfødte. Foreldrene til disse barna har i mange tilfeller egne utfordringer som gjør dem sårbare som omsorgspersoner. Det kan lett oppstå negative samspillssirkler som øker sannsynligheten for både vold og annen omsorgssvikt (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Vi må forstå og støtte foreldre som har det vanskelig, samtidig som vi har barnets behov i fokus.

## TEKST

Kristin G. Furuholmen og Mette Sund Sjøvold, psykologspesialister ved Aline poliklinikk

## ILLUSTRASJON

Marie Payan



## Behandlingsomsorg

- Gis gjennom den daglige omsorgen.
- Tar utgangspunkt i barnets faktiske utviklingsalder på ulike utviklingsområder.
- Innebærer gjennomtenkt og tilpasset reguleringsstøtte.
- Hjelper barnet til å holde seg innenfor sitt toleransevindu og forsiktig utvide vinduet i en takt som barnet tåler.



Et lite barn er totalt avhengig av en utviklingsstøttende relasjon for å få beskyttelse, stimulering og reguleringshjelp. Mangel på dette vil føre til skjevutvikling og kan gi symptomer forenelig med utviklingstraume, slik van der Kolk et al. (2009) og Nordanger, Albæk & Johansen (2011) beskriver det. For et lite barn kan *både* sterke sansemessige opplevelser og mangel på reguleringshjelp og følelsesmessig inntoning være skremmende (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Barnet opplever det svært utrygt å bli holdt og håndtert på en brysk eller lite støttende måte, høre sinte stemmer, skrik, ukontrollert gråt eller knusing av gjenstander. Det er også skremmende for et lite barn at foreldre faller ut av kontakt, og at barnet blir møtt med taushet, eller et tomt og trist ansikt (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Alinemodellen bygger på kunnskap om hva som er skadelig, og hva som støtter barns tidlige utvikling, og legger til rette for at omsorgspersonene bedre kan ivareta barnet.

#### «For liten til å få det med seg»

For å kunne utrede og gi behandlingsomsorg til de minste barna som trenger det, må de identifiseres. Små barn som lever under traumatiserende livsbetingelser, er ikke lette å oppdage. De kan ikke selv målbare hvordan de har det, og det kan være fristende å tenke at de i liten grad er berørt av det som skjer i familien. Det er enklere å se og ta innover seg at eldre barn preges av omsorgssvikt.

La oss ta et eksempel:

Barnevernsvakten kommer hjem til familien Berg sammen med politiet. Et søskenpar på åtte og ti år står forskremte i et hjørne av stua der glass er knust og bord veltet. Far, som har gått berserk i hjemmet, blir arrestert. Lillesøster Malin på tre måneder ligger i mors armer, tilsynelatende sovende. Mor hikster, gråter og klemmer henne inn til seg. De to eldste barna akutt plasseres i beredskapshjem, mens vesle Malin blir værende hos mor, med begrunnelse i at hun sover og ikke har fått med seg det som har skjedd.

Ikke sjelden akutt plasseres større barn i slike situasjoner, mens de minste forblir under foreldrenes omsorg. Dette til tross for at det er de yngste barna som er tettest på foreldrene og



## Selv etter at både voldsutøvelse og mangelomsorg er dokumentert, er det lett å bagatellisere barnas vansker, eller legge det på en feil ved barnet

mest prisgitt deres tilstand og handlinger. De er også dårligere rustet enn eldre barn til å forstå og derigjennom bearbeide og integrere det som skjer (Sjøvold & Furuholmen, 2015; Øverlien, 2012).

I den kliniske vignetten over tar de som kommer det *for gitt* at barnet sover godt. Det er imidlertid mest sannsynlig at spedbarnet er overveldet av sterke sansemessige inntrykk og ikke har annet sted å flykte enn inn i seg selv. Malin lukker øynene og prøver å stenge de sterke inntrykkene ute. Å kjempe eller komme seg bort er ikke mulig for de minste barna.

Sped- og småbarn som lever med traumatiserende familiebetingelser, kan vise at de strever på måter vi gjenkjenner, for eksempel ved gråt, uro eller sosial tilbaketrekning, men kan like gjerne framstå upåfallende, ved å være våkne, stille, tilsynelatende fornøyde og lite krevende. Enkelte feiltolkes til å ha utviklingsavvik som ikke settes i sammenheng med omsorgssituasjonen. De minste har også mer globale måter å vise fram vansker på. De kan gråte når de er sultne, trøtte eller redde. Dette gjør det vanskelig for oss som skal utrede og hjelpe. I tillegg er vi engstelige for å ta feil og gjøre foreldre urett. Medfølelse med en voldsutsatt mor kan også virke inn: «Vi kan da ikke ta alle barna fra henne.» Den modning som skjer hos alle barn, innbefattet de som er utsatt for omsorgssvikt, kan også bidra til en optimisme det ikke alltid er dekning for: «Hun har jo utviklet seg siden sist, hun kommer med noen lyder og har begynt å strekke seg etter leker.» For å skille sped- og småbarn som er omsorgssviktet fra andre, samt finne ut hva disse små har behov for, kan bistand fra



fagpersoner med spesialkompetanse på tidlig omsorgssvikt være nyttig og noen ganger helt nødvendig.

### ALINEMODELLEN

Alinemodellen kjennetegnes ved at tverrfaglig utredning og behandlingsomsorg går hånd i hånd. Sped- og småbarn utredes av et team bestående av barnevernspedagog og psykolog. De som er sammen med barnet på døgnbasis, er også med i teamet, enten det er beredskapsforeldre eller miljøpersonell. Helsesøster og lege bistår tett, slik at det er et sømløst forhold mellom helse- og barnevernfaglig hjelp. Systematiske undersøkelser av barn og samspill gjøres jevnlig. Det gir kunnskap om barnets utviklingsnivå, fungering og sosiale kapasitet her og nå, og er med i justering av den behandlingsomsorgen som gis.

### Utredning

Kunnskap om normalutvikling og tidlig skjevutvikling er nødvendig for å avdekke omfang av skjevutvikling og for å vite hvilket utviklingsnivå behandlingsomsorgen skal ta utgangspunkt i. Det gjennomføres direkte utredning av barnet og relasjonen, ikke bare observasjon. Det innebærer bruk av standardiserte metoder som kan si noe om hvordan barnet fungerer, sammenlignet med det som er vanlig for alderen. Vi studerer det lille barnets reflekser, autonome responser, muskulatur, kontaktkapasitet, forventninger, følelsesuttrykk og utforsking av omverdenen. Utredning av de minste innebærer også undersøkelser av relasjonen til omsorgspersonene. Det er i denne relasjonen utvikling skjer. Mengdetrening med målgruppen er viktig. Vi lærer gjennom å erfare gang på gang hvordan de minste barna gir uttrykk for stress, og hvordan de håndterer traumatiserende hendelser, samt hvordan samspillet påvirkes av dette.

### Behandlingsomsorg

Behandlingsomsorg handler om systematisk og gjennomtenkt daglig omsorg med sikte på å behandle effektene av negative livserfaringer i det tidlige livet (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Det baserer seg på utviklingspsykologisk og nevrobiologisk kunnskap i kombinasjon med klinisk erfaring og er i tråd med tankegangen i «traumebevisst omsorg» (Bath, 2008; Jørgensen & Stenkopf, 2013) samt Perry og Ham-

bricks «nevrosekvensielle modell» (2008). Når overlevelsereaksjoner er aktivert, er ikke barnet mulig å nå emosjonelt eller rasjonelt. Det må først roes og reguleres. I tidlig levealder er regulering *alltid* et utviklingsmessig tema, men når det lille barnet har opplevd sviktende omsorg, er det behov for ekstra tilpasset reguleringsstøtte. Dette er ofte utfordrende. Vi veileder omsorgspersonene i å få et bevisst forhold til «de tre R-ene»: å hjelpe barnet med å *regulere seg*, å *relatere seg* til barnet og samtidig *reflektere* over barnets behov og indre liv (RVTS, 2015). Bevissthet rundt denne tankegangen innarbeides i den daglige omsorgen for de behandlingstrengende sped- og småbarna.

Små barn trenger å bli møtt med omsorg som er *intuitiv* og samtidig *gjennomtenkt*. Omsorgspraksisen tilpasses barnets reelle utviklingsnivå og behov for trygghet. Samtidig vektlegges den genuine relasjonen mellom omsorgsgiver og barn. Omsorgspersonene støttes i sin mentalisering av barnet. Det handler om å tolke og forstå barnets ytre adferd og signaler som uttrykk for indre tilstander og behov, og handle i tråd med dette (Söderström, 2011). Ofte må barnet skjermes for sanseintrykk i en periode for å roe ned stress-responssystemet. Noen ganger må en ty til det vi kaller *kontraintuitiv omsorg*, det vil si at vi gjør noe annet enn det som umiddelbart kjennes naturlig. For eksempel må vi i noen tilfeller avstå fra blikkontakt og berøring for å kunne få næring i et barn som har opplevd tvangsmating. Dette for å unngå vegring eller dissosiasjon. Omsorgen må så ledes på rett vei i takt med hva barnet tåler. Dette krever tett veiledning og støtte til de daglige omsorgsgiverne (Sjøvold & Furuholmen, 2015).

Hensikten med behandlingsomsorgen er å hjelpe barnet til å holde seg innenfor *toleransevinduet* sitt, det vil si området for optimal aktivitet (Nordanger & Braarud, 2014), og gi hjelp til forsiktig å utvide dette vinduet i en takt som er tålbar. Det er via gjennomtenkt reguleringsstøtte og reparerende omsorgshandlinger over tid at barnets utvikling ledes på rett vei.

Vi vil i det følgende presentere to anonyme, kliniske eksempler på utviklingstraume i tidlig levealder, for å få fram hvordan barn kan framstå når vi møter dem, og hvordan vi kan tilrettelegge behandlingsomsorgen. Eksemplene representerer typiske barneskjebner. »

## Aline

- Omfatter tilbudet til de minste barna i Aline<sup>1</sup> og Frydenberg barnevernsenter, underlagt Barne- og familieetaten i Oslo kommune.
- Virksomheten består av en familieavdeling for barn 0-2 år og deres foreldre, et beredskapshjemtilbud for barn opp til 4 år, en poliklinikk med psykologer som jobber i tverrfaglige team med familier og alenebarn, samt en helsestasjon.
- Senteret har utviklet en tverrfaglig modell for utredning og behandlingsomsorg rettet mot sped- og småbarn som har opplevd vold og omsorgssvikt.

.....

1. Med Aline menes det som tidligere het Aline spedbarnsenter.

### *Julie, fire måneder, utsatt for vold*

Julie akutt plasseres i beredskapshjem på grunn av mistanke om at hun er utsatt for vold. En snartenkt helsearbeider har sendt barnet til undersøkelse fordi hun har funnet blåmerker. Hun har akkurat lest en artikkel om at blåmerker på spedbarn med stor sannsynlighet skyldes vold (Pierce, Kaczor, Aldridge, O'Flynn, & Lorenz, 2010). Sykehusundersøkelsen avslører ingen risteskader i hodet, men omfattende skader på kroppen som sannsynligvis er påført over tid. Ved ankomst i beredskapshjemmet framstår Julie upåfallende. Hun ligger rolig, har tilsynelatende god hodekontroll, og hun ser nøye på de som bøyer seg over henne. De første døgnene oppfattes hun som sosial og veltilpasset. Det eneste som ikke helt «stemmer», er at hun ikke gråter, ei heller når hun løftes eller bæres, noe som ut fra skadeomfanget burde være smertefullt. Ulik alder på skadene tilsier også at hun har hatt smerter over tid i sine fire første levemåneder.

Behandlingsomsorgen tilrettelegges med utgangspunkt i at jenta *har* vondt, men at dette sannsynligvis er ugyldiggjort gjennom manglende reguleringsstøtte. Hun behandles ekstra nennsomt og forsiktig, og alle posisjonsskift, bleie- og klesbytter foretas langsomt og forberedt. Etter noen dager med ekstra varsomhet trer et annet bilde av Julie fram. Mikroanalyse av film viser at jenta er stiv i kroppen. Hun følger menneskene rundt seg vaksomt og ser også på hendene deres. Hun uttrykker stadig mer forskrekkelse ved stell og bading. Hun må «holde seg fast» i beredskapsmors blikk for å kunne ligge på stellebordet, og hun skriker til dersom beredskapsmor ser vekk eller er litt for rask. Etter hvert som Julie får stadig flere erfaringer med at signalene hennes blir møtt og tatt hensyn til, gir hun stadig tydeligere uttrykk for ubehag. Hun skvetter til ved lyder. Etter hvert som hun blir kjent med «lydbildet» i beredskapshjemmet, ser en at det er særlig de *menneskeskapte* lydene, som host, nys, eller at noen roper, hun reagerer på. Hun reagerer ikke på vaskemaskinen, eller bilen som starter. Det kan se ut som kroppen hennes har erfart at noen lyder er mer alarmerende enn andre.

Behandlingsomsorgen tar utgangspunkt i at Julie har måttet undertrykke gråt for å få være i fred, *eller* at hun har sluttet å signalisere som følge av at ingen har hjulpet henne, *eller* at det å gråte har økt den fysiske smerten. Kanskje er det en kombinasjon av alt dette. Uavhengig av årsak har hun ikke vist fram smerte og ubehag. Et mål i behandlingsomsorgen er at Julie skal utvikle kapasitet til å *kjenne etter, gi uttrykk for* og *få forventninger om* at behovene hennes blir møtt. Hun skal få erfaring med nennsom håndtering og gode og vennlige ansikter. At hun etter hvert viser utrygghet og gråter, oppfattes som en positiv utvikling. Julie begynner å få en gryende forståelse av seg selv i møte med sensitive voksne, flere måneder forsinket. Hun ser etter hvert på beredskapsforeldrene med lysende øyne, smiler, gurgler og utforsker leker.

### *Ali, ett år, utsatt for vanskjøtsel*

Ali plasseres i beredskapshjem fordi mor er alvorlig psykisk syk. Han blir hentet ut fra en leilighet preget av kaos. Når barnevernsvakten ankommer, sitter mor og stirrer tomt rett fram, mens sønnen rigger frenetisk opp og ned i en vippestol. Gutten er mager, blek og puster anstrengt mens han stirrer framfor seg.

Den første tiden i beredskapshjemmet er Ali helt taus. Han er stiv i kroppen, glassaktig i blikket, og han er preget av dehydrering. Han fortsetter å rugge på seg med selvstimulerende bevegelser og relaterer seg ikke til noen. I starten mistenkes gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, men det viser

seg ikke å stemme. Gutten våkner langsomt til under god behandlingsomsorg. Undersøkelser de neste månedene, blant annet med BSID-III<sup>2</sup>, ASQ:SE<sup>3</sup> og systematisk videoanalyse av samspill, viser at guttens utvikling langsomt går i riktig retning, både når det gjelder kontakt og kommunikasjon.

Den manglende omsorgen som gutten har opplevd, er like skremmende og skadelig som vold og overgrep. Mor har vært mentalt «borte» mange ganger hver dag og har heller ikke alltid gitt nødvendig omsorg som mat og stell. Selv i gode perioder har det nok vært mange mentale mikroseparasjoner.

Beredskapsmorens kapasitet til foreldrementalisering settes på prøve. Hun må lete etter guttens få og svake signaler og besvare dem i tråd med hans behov. Hun holder ham fast og forsiktig, og berører og beveger ham langsomt og forberedt. Hun svarer på de svake lydene og etter hvert kan han i korte øyeblikk møte blikket hennes. Familien må i en lang periode unngå å treffe andre. Han tas ikke med i butikker eller i selskap. Nye mennesker må forholde seg avventende, ikke ta initiativ til kontakt eller røre ham. Dagen har en fast rytme, og Ali får lov til å ligge inntil beredskapsmor, som synger rolig og vugger ham. Bevegelsene hans går fra å være stakkato og selvstimulerende til å bli mykere. Blikket vender seg gradvis utover mot mennesker og omgivelser. Langsomt kan han begynne å kjenne på sult og tørst og tilkjenne behov gjennom sutring og gråt. Han begynner forsiktig å pludre og kan leke litt med beredskapsmor gjennom enkel turtaking med variasjoner.

Behandlingsomsorgen tar utgangspunkt i at guttens utvikling i begynnelsen av plasseringen er på nyfødtstadiet, og at han mangler erfaring med den tidlige kroppslige reguleringen. For å komme videre er det der hjelpen må begynne. Å behandle et barn som nyfødt når alder og størrelse tilsvarer ett år, er utfordrende og krever at omsorgspersonene får støtte og hjelp. Utredningsarbeidet og behandlingsomsorgen overlappes både til de som skal finne egnet fosterhjem, og de som skal veilede fosterforeldrene.

.....

2. BSID III er en utviklingsundersøkelse for barn under 3,5 år.
3. ASQ:SE er et kartleggings skjema for sosio-emosjonell fungering de første fem leveår.



## Veiledning til omsorgsgivere bør være en rett barnet har, både i det tidlige livet og senere i utviklingsmessig vanskelige perioder

### Lett å mistolke

Som det framkommer av historien til Julie og Ali, kan vold og omsorgssvikt i tidlig levealder lett mistolkes. Julie kan oppfattes som «upåfallende», og Ali som «funksjonshemmet». Selv etter at både voldsutøvelse og vanskjøtsel er dokumentert, er det ikke uvanlig at barnas vansker bagatelliseres. Kanskje er det for vondt for oss å ta inn hva små barn kan utsettes for. Det er lett å undervurdere den sviktende omsorgens effekt og omfanget og tidsperspektivet på den tilrettelagte omsorgen disse barna faktisk trenger.

### RETT TIL VEILEDNING OG OPPFØLGING

Det er behov for systematisk oppfølging av barn som er omsorgssviktet og traumatisert i den preverbale utviklingsperioden. De husker lite eller ingenting, men kroppen reagerer. Omsorgspersonene må gang på gang hjelpe dem til å forstå at det farlige er over, det er hjernen som alarmeres, og kroppen som reagerer for sikkerhets skyld. Barnets reaksjoner og behov for stadig gjentatte positive omsorgserfaringer kan sette tålmodigheten på prøve. Å klare å se bakenfor den ytre atferden til det redde, lille barnet krever at noen ser den velmenende, men ofte så slitne omsorgspersonen (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Dersom barn skal fortsette å bo hos biologiske foreldre som har utøvd vold, må en sikre seg at volden har opphørt. Disse foreldrene vil trenge ekstra støtte og hjelp over tid. Både foreldre og barn trenger reguleringsstøtte, relasjons- og refleksjonshjelp. De som blir fosterforeldre til traumatiserte småbarn, trenger mye av den samme oppfølgingen. Det er i tillegg viktig at myndighetene skaper gode nok betingelser for oppveksten til fosterbarn. Det innbefatter å



skape gode og tydelige rammer rundt samvær der det er mulig, men også at barnet får *slippe* å møte foreldre som utløser fryktreaksjoner og hemmer utviklingen deres. Både biologiske foreldre og fosterforeldre har nytte av at veiledning kommer i gang så tidlig som mulig, da barnets forventninger til hva en relasjon har å tilby, dannes raskt og bidrar til gode eller dårlige samspillsmønstre (Dozier & Rutter, 2008).

Det overaktiverte stress-responssystemet til de traumatiserte sped- og småbarna må over tid «overrisles» med god reguleringshjelp og

utviklingsstøttende samspill. Alle barn trenger trygghet og god omsorg – disse barna trenger det i enda større grad. Behandlingsomsorg er nødvendig for at traumatiserte småbarn skal vokse opp og bli «gagns mennesker», med god helse og kapasitet til å bidra i samfunnet. Det er mye som kan gjøres på dette området for å utvide *barnets rett til utredning* når man mistenker vold og omsorgssvikt. I tillegg bør man lovfeste *barnets rett til veiledning / oppfølging og behandling*. Dette er ikke godt nok ivare tatt i gjeldende lovverk. ✕

## REFERANSER

- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth* 17, 17–21.
- Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant Development. Administration manual (3. utg.). PsychCorp, Harcourt Assessment.
- Bayley, N. (2009). Bayley scales of infant development. Norsk manualsupplement (3. utg.). Pearson.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer: Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. I J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* 2. (s. 698–717). New York, NY: Guilford Press.
- Heckman, J. (2000). Policies to foster human capital. *Research in Economics*, 54(1), 3–56. Doi:10.1006/reec.1999.0225.
- Jørgensen, T.W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg. *Forsterhjemskon-takt*, 1, 10–17.
- Nordanger, D.Ø., Albæk M., & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: en løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 1086–1090.
- Nordanger, D. & Braarud, H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 531–536.
- RVTS (2015): Kurs, Traumesensitivt barnevern 02.09.15. Undervisning inspirert av Bruce Perry 2004, ikke nærmere angitt.
- Sjøvold M.S. & Furuholmen K.G., (2015). *De minste barnas stemme. Utredning og hjelp til sped- og småbarn i risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Squires, J., Bricker, D.D., & Twombly, E. (2003). *The ASQ-SE user's guide: For the ages & stages questionnaires, social-emotional* (4. utg.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Pub. Co
- Söderström, K. (2011). Tidlig intervensjon overfor små barn i psykososial risiko. I S. Strand (red.), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*, s. 158–175. Oslo: Kommuneforlaget.
- Perry, B.D., & Hambrick, E.P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17, 38–43.
- Pierce, M.C., Kaczor, K., Aldridge, S., O'Flynn, J., & Lorenz, D. J., (2010). Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*, 125, 67–74. doi:10.1542/peds.2008–3632.
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, ... Teicher, M. (2009) (upublisert manuskript). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Tilgjengelig fra: [http://www.cathymalchiodi.com/dtd\\_nctsn.pdf](http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf) (Zugriff: 20.5. 2011).
- Wu, S.S., Ma, C., Carter, R.L., Ariet, M., Feaver, E.A., Resnick, M.B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1253–1264. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.005.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.



Fra arkivet: 1992

## Depresjon hos barn

En eller annen form for klassifisering er nødvendig i alt vitenskapelig arbeid. En behandling uten visse diagnostiske vurderinger vil lett bli uten mål og mening. Dette til tross anser vi det som viktig å påpeke de mange mulige uheldige utslag som diagnostisering av enkeltindivider kan medføre. Vi må imidlertid unngå så langt det er mulig å stigmatisere barn ved å gi dem diagnoser og at når det først blir gjort bør det være av faglig og vitenskapelig nødvendighet og dertil med en konfidensialitet og aktelse som sikrer barnet og det foreldre mot uheldige iatrogene konsekvenser som kan oppstå i kontakten med behandlingsapparatet el- forskningsarbeide.

Ved å oppsummere forskningene som har funnet stedet i løpet av de siste 10 år er konklusjonen at man bør i større grad innpasse et utviklingsperspektiv i diagnosekriteriene for depresjoner. I DSM-III R har man ikke tatt hensyn til kognitive og atferdsmessige endringer som kan se hos deprimerte barn og unge ved ulik alder.

Dersom DSM-systemet skal benyttes i fremtiden bør man iverksette et arbeide for å integrere den senere års viten om barnedepresjonets atferdstypiske fremtredelsesformer i form av enten en egen diagnosegruppe, eller innpasse utvidede kriterier (...).

En strukturell taksonomi som den DSM-III-R (...) representerer, med stor vekt på ytre trekk og symptomer som er identiske for både voksne og barn innenfor kategorien «Mood Disorders», vil i høy grad innebære en underdiagnostisering og ikke minst en defokusering av depressive lidelser hos barn.

Dette er muligens i større grad et psykometrisk fremfor et klinisk, behandlingsmessig problem. Imidlertid har vi sett at man i barnepsykiatrisk epidemiologi i liten grad har oppfanget depressive lidelser hos barn i det norske samfunn. Er det et problem vi burde gjøre noe med?

*Fra Helge Nordahls «Depresjon hos barn», publisert januar 1992*



FOTO: PRIVAT

## - Varm teknologi er fremtidens psykologi

Psykolog Svein Øverland ble tildelt Åse Gruda Skards minnepris for 2017 under Psykologikongressen i september.

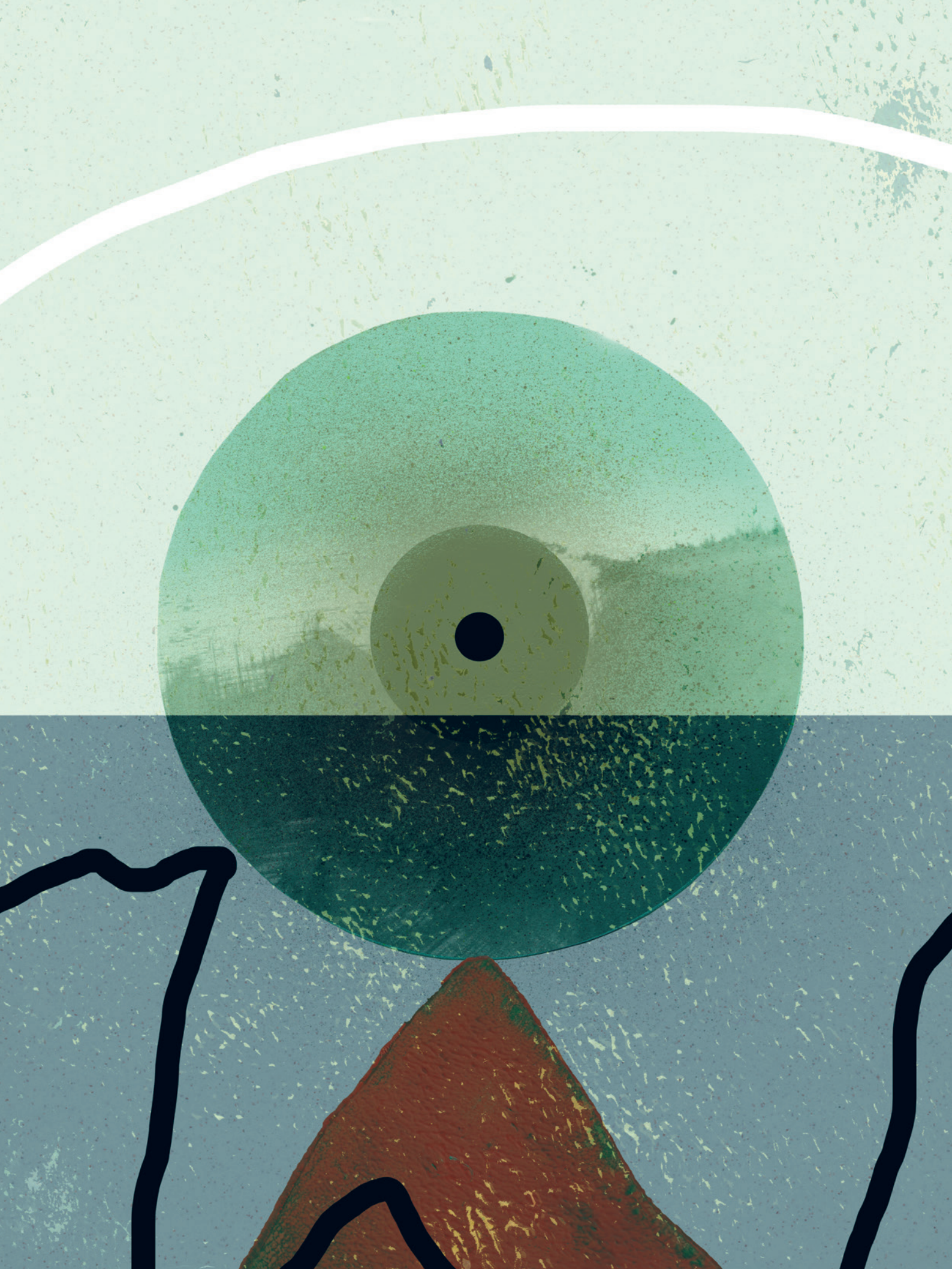
Prisen er en anerkjennelse til en eller flere psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest, og skal spesielt inspirere til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket.

Øverland er klinisk spesialist i barn og unge og i familierapi, og jobber som seksjonssjef ved avdeling Brøset, St. Olavs hospital. Han mener årene som psykolog ved Helsestasjon for ungdom i Skien er en av de viktigste jobbene han har hatt, og i en årrekke har han oppsøkt og skapt nye arenaer for å gi barn og unge bedre hjelp. Psykologen «nærmest springer ungdommene i møte - via nettet, spørrespalter, dataspill, blogger - og snart på sms, hvis fagetikken gir ham lov», skriver juryen i sin begrunnelse. Øverland holdt en flammende takketale, der han kalte psykologer «bortskjemte drittunger», som ikke er særlig innstilt på å møte ungdommer på deres egne arenaer, men i stedet får pasienter «levert på døra». Han pekte på at den som har makt i relasjonen har plikt til å tilpasse seg. - Varm teknologi er fremtidens psykologi, erklærte han.

«Øverland er en langdistanseløper med sprintgir, som tenker både fort og langsomt for å få til endring. Vi tror drivkraften bak engasjementet er dyptfølt humanisme, et ønske om å hjelpe på en best mulig måte», skriver juryen.

*Psykologtidsskriftet*







# Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer

Mangfoldet i traumeerfaringene til barn i BUP gjør at klinikerer trenger fleksible metoder som kan tilpasses den unges opplevelser. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er én slik metode.

**N**orske omfangsstudier dokumenterer at mange barn og unge utsettes for traumer (se Mossige & Stefansen, 2007; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015; Steine et al., 2012; Thoresen & Hjemdal, 2014). Noen utsettes for det som kalles komplekse traumer. Det kan være traumer som er forårsaket av ekstreme, vedvarende eller gjentakende hendelser som oppleves som svært truende og vanskelige å unnsnippe, som emosjonell vold, alvorlig omsorgssvikt, seksuelt og fysisk misbruk, å være vitne til vold i hjemmet eller å vokse opp under krig. Ved komplekse traumer blir ofte utviklingsmessige ressurser brukt til å håndtere et ustabil og skremmende oppvekstmiljø, på bekostning av normale utviklingsoppgaver. Komplekse traumer er derfor gjerne assosiert med vansker med tilknytning, affektregulering, biologisk regulering, dissosiasjon, regulering av atferd, kognisjon og selvbylde (Cook et al., 2005; Goldbeck & Jensen, 2017).

En norsk studie indikerer at nesten halvparten av henviste barn og unge (heretter kalt

barn) i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) hadde opplevd en potensielt traumatiserende hendelse. I snitt rapporterte barna å ha opplevd flere enn tre typer traumer. Dette inkluderte både enkelthendelser, som bilulykker og plutselig tap av nære omsorgspersoner, og interpersonlige traumer, som vold og overgrep (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012). Siden det er så mange barn med ulike traumeerfaringer som henvises til BUP, bør behandlere beherske fleksible metoder som kan benyttes for hele spekteret av traumetyper man møter i den kliniske hverdagen.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er én slik metode.<sup>1</sup> Metoden er evidens- og manualbasert, og behandlingseffekten er vel-dokumentert for barn med ulike typer traumer

1. For en beskrivelse av modellen, se Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017. Se også Jensen, Granly, Hoaas & Stormyren, 2012.

## TEKST

Else Merete Fagermoen, Tale Østensjø, Cecilie Ursin Skagemo, Gertrud Marie Moen<sup>1</sup> og Gry Kristina Husebø, psykologspesialister ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

<sup>1</sup> ansatt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nic Waals Institutt.

## KONTAKT

e.m.fagermoen@nkvts.no

## ILLUSTRASJON

Marie Payan



**Tabell 1:** Oversikt over utvalget

Utvalgsvariabler	n (%) / M, SD
<b>Kjønn (N = 575)</b>	
Jente	434 (75,5)
Gutt	141 (24,5)
<b>Alder (N = 543)</b>	
Range	6-20
Mean (SD)	14,8 (2,9)
<b>Omsorgssituasjon (N = 576)</b>	
Foreldre	424 (74,3)
Fosterhjem	94 (16,5)
Institusjon	21 (3,7)
Alene	22 (3,9)
Annet	10 (1,8)
<b><sup>a</sup> Hovedtraume (N = 576)</b>	
<sup>b</sup> Seksuelle overgrep	224 (38,9)
<sup>c</sup> Familievold	173 (30,0)
Mobbing	69 (12,0)
Alvorlig sykdom/død (traumatisk sorg)	36 (6,3)
Utsatt/vitne til vold utenfor familien	41 (7,1)
Ulykke/sykehustraume	29 (5,0)
Krig/terror/bortføring	23 (4,0)
Annet	29 (5,0)

<sup>a</sup> Noen av barna har opplevd flere hovedtraumer, derfor vil ikke total prosentandel beskrevet under hovedtraume adderes til 100 %.

<sup>b</sup> Seksuelle overgrep inkluderer følgende: Voksen eller en som er mye eldre, tatt på deg eller gjort ting med kroppen din som du ikke ville: N=85, noen tatt på eller tatt bilde av dine private kroppsdeler uten at du ville det: N=48, tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdeler uten at du ville det: N=56, voldtekt: N=127.

<sup>c</sup> Familievold inkluderer følgende: Sett noen i familien slåss eller angripe hverandre: N=81, blitt slått, sparket eller lugget av noen hjemme: N=138.

og komorbide tilstandsbilder (Arellano et al., 2014; Cary & McMillen, 2012; NICE, 2005) og på tvers av land og kulturer (Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus & Rosner, 2016; Jensen et al., 2013; Murray et al., 2013; O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty & Black, 2013).

Vi skal her vise hvordan TF-CBT kan brukes i møte med barn som strever med reaksjoner på komplekse traumer. Artikkelen bygger på data og den kunnskapen vi har tilegnet oss som klinikere og konsulenter i prosjektet «Veier til bedre psykisk helse: En studie av endringsprosesser og implementering av en behandlingsmetode for traumatiserte barn og unge» ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). To saker fra prosjektet brukes for å illustrere våre erfaringer. Begge sakene er anonymisert og godkjent for bruk i artikkelen.

#### IMPLEMENTERING AV TF-CBT I NORGE

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet og startet i 2011 som en del av tiltaksplanen etter 22. juli. Bakgrunnen for ønsket om at flere ansatte ved BUP skulle tilegne seg kunnskap om TF-CBT, var resultatene fra en norsk effektivitetsstudie (Jensen et al., 2013). Studien ble gjennomført ved åtte BUP-er, og fant at barn som mottok TF-CBT, rapporterte om signifikant større nedgang i posttraumatiske stressplager, depresjon og generelle psykiske helseplager enn de som mottok vanlig terapi.

Over halvparten av BUP-ene i Norge er involvert, og mer enn 300 terapeuter har mottatt opplæring i TF-CBT. Under opplæringen tar terapeutene opp terapiforløp på lydband. Disse lyttes til og danner grunnlag for den ukentlige veiledningen vi som konsulenter gir i metoden. Til nå er det lyttet til opptak og kodet nesten 600 traumesaker. Tabell 1 gir en oversikt over utvalget av barn som har mottatt TF-CBT i prosjektet så langt. Av tabellen fremkommer det at de fleste barna har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold, og at omtrent 20 prosent bor i fosterhjem eller på institusjon. Figur 1 viser deres symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) før, under og etter behandling målt med Child PTSD Symptom Scale (CPSS) og Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). Til tross for at de fleste av barna har opplevd alvorlige overgrep, viser tallene at deres posttraumatiske stressreaksjoner reduseres i betydelig grad i løpet av behandlingen.



### TF-CBT VED KOMPLEKSE TRAUMER

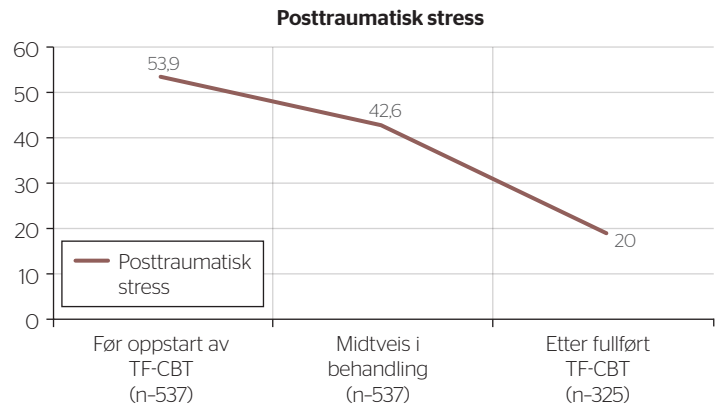
Mange anbefaler faseorienterte tilnærminger for barn som er utsatt for komplekse traumer (Ford, Cortois, Steele, van der Hart & Mijenhuis, 2005). TF-CBT er bygget opp av ni komponenter som kan deles inn i tre faser. Først en fase med *stabilisering og ferdighetstrening*, bestående av de fire komponentene psykoedukasjon, avspenning/stressmestring, affektregulering og kognitiv mestring. Deretter følger en *bearbeidingsfase* med de to komponentene traumenarrativ og kognitiv prosessering. Til slutt gjennomføres en avsluttende *konsolideringsfase* med de tre komponentene in vivo eksponering (ved behov), deling av traumenarrativ og styrking av fremtidig sikkerhet og utvikling. Foreldrearbeidet foregår parallelt gjennom hele behandlingsforløpet (se figur 2), og ofte vil også samarbeid med skole og nettverk skje parallelt.

Individuell tilpasning står sentralt i TF-CBT, og tiden man bruker på de enkelte komponentene, avhenger av barnets fungering. Har barnet store reguleringsvansker og utfordringer med å etablere tillit, noe barn som har opplevd komplekse traumer ofte har, vil de ofte trenge mer tid på stabiliseringskomponentene enn barn med enkelttraumer. Noen ganger kan denne første fasen utgjøre opp mot halvparten av behandlingsforløpet. I tillegg til en annen vektning av komponentene vil også behandlingens lengde kunne være lengre for komplekse traumer enn for enkelttraumer, med inntil 25 timer mot 8–16 timer ellers.

Utvikling og opprettholdelse av en god allianse er alltid viktig i TF-CBT (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2013), men kan bli særlig utfordret i arbeid med barn som er utsatt for komplekse traumer. De har ofte erfaringer med voksne som svikter dem, og trenger stor grad av trygghet og forutsigbarhet gjennom terapien. De vil også som regel ha stort behov for en gradvis tilnærming til traumelaterte temaer fra behandlingsstart (se Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012 for en nærmere beskrivelse av TF-CBT og komplekse traumer).

### SIKKERHETSVURDERING

I en tidlig fase av behandlingen er det nødvendig å vurdere hvorvidt barnet har det trygt og ikke blir utsatt for nye overgrep. Sikkerhet er alltid en del av TF-CBT, men er særlig aktu-



**FIGUR 1.** Symptomer på posttraumatisk stress

Klinisk grenseverdi = 33,2. Vi bruker standardiserte cut-off skårer som ble aggregert. SD før oppstart av TF-CBT = 17,7, SD midtveis i behandlingen = 20,6, SD etter fullført TF-CBT = 17,5.

Ulik *n* ved ulike tidspunkt skyldes at data sendes inn fortløpende. Endelige resultater vil ikke være fullstendige før ved prosjektets slutt.



**FIGUR 2.** Komponentene i TF-CBT

elt ved komplekse traumer fordi mange av barna lever i truende livssituasjoner. Fare for pågående vold, seksuelle overgrep, pågående omsorgssvikt eller utilstrekkelig tilsyn kartlegges. Det må også vurderes om barnet utgjør en fare for seg selv eller andre, gjennom for eksempel selvmordsatferd, alvorlig selvskading, rusmisbruk, vold eller overgrep. Er det grunn til bekymring for barnets sikkerhet, må dette alltid håndteres først. Det kan være behov for konkrete tiltak, som endring av samvær og tilsyn. Noen ganger vil TF-CBT utsettes til sikkerheten er bedre ivaretatt, men som regel er det tilstrekkelig å lage en sikkerhetsplan sammen med barnet og omsorgspersonene. I mange tilfeller må sikkerhetsarbeidet følges opp gjennom hele behandlingsforløpet i samarbeid med omsorgspersoner, og eventuelt skole, barnevern og politi.

Nicolai på 16 år kommer til BUP etter flere selvmordsforsøk. Han har sluttet på skolen og isolert seg sosialt. Nicolai har vært i kontakt med både barnevernet og BUP før på grunn av høyt skolefravær og sinneproblematikk. Han har imidlertid aldri fortalt noen om hva han har vært utsatt for hjemme. Han sier: «Det er vanskelig å snakke om når ingen spør.»

Under kartleggingen fremkommer det at Nicolai har vært utsatt for fysisk og psykisk vold fra far gjennom hele barndommen og vært vitne til vold mot mor. Han forteller og at han har vært mye for seg selv, og fått lite oppmerksomhet fra foreldrene. Kartleggingen viser omfattende PTSS og depresjonssymptomer og suicidal tanker.

Ved oppstart lager terapeuten og Nicolai en sikkerhetsplan for selvmordsatferden hans. Mor blir informert om de suicidal tankene, og hun inkluderes i sikkerhetsplanen. Hvis ikke impulsene kan håndteres av Nicolai og mor i fellesskap, er avtalen at de skal kontakte legevakten. Terapeuten gjør jevnlig selvmordvurderinger, og følger opp sikkerhetsplanen gjennom hele behandlingen. Far har besøksforbud, og Nicolai har ikke kontakt med ham, men om far plutselig dukker opp enten hjemme eller på skolen, er planen at Nicolai skal ringe politiet.

Uansett om sikkerhetsarbeidet består i suicidalvurderinger eller å beskytte barnet, må planene være konkrete. Dette kan gjøres ved å tydelig-

gjøre hvor og hvordan barnet skal komme seg i sikkerhet, og hvilke personer barnet kontakter i konkrete situasjoner.

### STABILISERING OG FERDIGHETSTRENING

Barn med komplekse traumer har gjerne utfordringer med selvregulering. I denne første fasen er målet at barnet skal få hjelp til å utvikle effektive ferdigheter for å regulere stressresponser, følelser, tanker og atferd. Det betyr at terapeuten øver på ferdighetene sammen med barnet i timene, i tillegg til at barnet må øve i hverdagen, helst sammen med støttende omsorgspersoner.

### Psykoedukasjon

Traumeutsatte barn strever ofte med å forstå egne reaksjoner i etterkant av traumehendelser. For å anerkjenne barnets opplevelser, normalisere traumereaksjonene og formidle håp om bedring, er psykoedukasjon første behandlingskomponent i TF-CBT, men komponenten løper gjerne gjennom hele behandlingen. Terapeuten gir både generell og individuelt tilpasset informasjon om traumer og vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser. Innholdet i og mengden av informasjon må være alderstilpasset, relatert til barnets traumeerfaringer og knyttet opp til barnets rapporterte symptomer. Gjennom psykoedukasjon starter også den gradvise eksponeringen for traumeminnene (Cohen et al., 2017).

Barn som har vært utsatt for traumer, kan være plaget av sterke kroppslige og følelsesmessige reaksjoner på traumepåminnere og har ofte unngåelsesatferd knyttet til disse. I behandlingsforløpet er det derfor viktig å identifisere og finne gode måter å håndtere traumepåminnere på. Eksempler på vanlige traumepåminnere ved komplekse traumer kan være høye stemmer, berøring, blick, hjertebank og følelse av avvising.

Vilde på ni år kommer til BUP etter omsorgsovertagelse av barnevernstjenesten. Hun har tidligere vært i et femårig forløp for utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og ADHD. Henvisningen beskriver ukritisk og seksualisert atferd i møte med fremmede, store vansker med personlig hygiene og alvorlig utagering i sosiale situasjoner. Det blir uttrykt bekymring om dissosiasjon fordi hun ofte er fjern og uttrykker seg med dyrelyder.

På skolen blir Vilde skjermet fra klassen med én-til-én-undervisning. Hun sover med fosterforeldrene og våkner ofte av mareritt. Hun blir for første gang kartlagt for traumeerfaringer, og det kommer frem at hun fra tidlig barndom har vært utsatt for omfattende seksuelle overgrep fra far, vold fra far og mor og omsorgssvikt.

Når Vilde og fostermor kommer til første time, forteller terapeuten at de skal snakke om vanlige reaksjoner etter skremmende hendelser, hvordan hodet og kroppen reagerer på frykt, og hva som kan hjelpe Vilde når hun blir redd. Vilde blir veldig urolig, begynner å mjaue/hyle og vrir seg rundt på gulvet. For å regulere ned Vildes følelser og gjøre henne mer mottakelig for informasjonen, forteller og tegner terapeuten en historie om endring fra utrygghet til trygghet:

«Her er et tre som står i flammer, og her står et menneske, lenket fast til treet. Kanskje er det et barn. Barnet kommer seg ikke bort og er redd og gråter, for det er skummelt. Så kommer en voksen og står sammen med barnet. De står der sammen og ser på flammene, og etter hvert blir flammene mindre og mindre, helt til treet blir til aske. Nå er ikke barnet redd lenger. Tårene til barnet faller ned på asken, og vet du hva som skjer? Det vokser frem en liten blomst. Der står de to; barnet og den voksne og ser på den vakre blomsten som vokser frem etter flammene.»

Vilde følger med på historien, kommer med spørsmål og kommentarer og vil tegne blomsten selv.

Det å ta til seg konkret traumeinformasjon var vanskelig for Vilde, men en metaforisk historie både engasjerte og roet ned hennes

aktivering. Vi ser at barn med komplekse traumer ofte er for dysregulerte til at de klarer å ta til seg mye ny informasjon så tidlig i terapiforløpet, særlig spesifikk informasjon knyttet til traumene de har opplevd. Da er det ofte nødvendig å lære konkrete strategier for selvregulering før de tar imot mer psykoedukasjon.

### Foreldreferdigheter

Mange foreldre opplever det utfordrende å forholde seg til traumene som barnet har opplevd. I TF-CBT følger foreldrearbeidet alle komponentene i parallelle timer. Målet er at foreldrene skal forstå og respondere adekvat på barnets traumereaksjoner, å styrke foreldrenes evne til å være trygge og beskyttende samt å fremme god kommunikasjon mellom barnet og foreldrene (Cohen et al., 2017).

I mange saker med komplekse traumer er det imidlertid foreldrene selv som utsetter barnet for traumer. For å ivareta barnets trygghet vil foreldrene i slike tilfeller normalt ikke delta i behandlingen. Er barna flyttet i fosterhjem eller til institusjon, er det naturlig at fosterforeldrene, eller de som jobber med barnet, involveres i behandlingen, eventuelt i tillegg til foreldrene.

Barn med komplekse traumer har levd med langvarig stress, men ofte uten hjelp fra en forelder til å regulere seg i situasjonen. Omsorgspersonene trenger å lære hvordan de kan hjelpe barnet sitt å regulere stress og overveldende følelser og har da god nytte av å lære de samme ferdighetene som barnet lærer. I tillegg arbeides det med å styrke positivt samspill og omsorgspersonenes validering av barnets følelser. Utover et traumefokus vil tema i foreldresamtalene variere ut ifra hvem som deltar. Biologiske foreldre har gjerne behov for å bearbeide egne følelser, som skyld og skam, slik at de bedre kan forholde seg til barnas reaksjoner og traumehistorie (Holt, 2016). Mange foreldre har også egne traumeerfaringer, og vil ha behov for egen behandling. Fosterforeldre har ofte nytte av hjelp til å forstå utfordrende atferd i lys av traumene barnet har opplevd. Slik kunnskap kan også øke det emosjonelle engasjementet hos fosterforeldrene (Dorsey, Canover & Cox, 2014). Siden barna strever med tillit til voksne, må terapeuten være åpen og tydelig med barnet om hvilke temaer som blir delt med de voksne.



**Metoden er evidens- og manualbasert, og behandlingseffekten er veldokumentert for barn med ulike typer traumer og komorbide tilstandsbilder**



For å ivareta Nicolais trygghet er det ikke hensiktsmessig å inkludere far i behandlingen, for han vil ikke erkjenne volden og opptrer fortsatt truende mot Nicolai. Nicolai er usikker på om mor bør delta. De har hyppige konflikter, og han vurderer å flytte hjemmefra. Samtidig ønsker han at moren skal forstå og støtte ham, men er redd for å bli skuffet. Mor er også ambivalent. Hun vil gjerne støtte, men vet ikke om hun vil få det til. Hun har skyld- og skamfølelser fordi hun ikke klarte å beskytte Nicolai i oppveksten, men viser også sinne og redsel i møte med hans sterke følelser. Behandleren forteller mor at det er viktig at hun forstår Nicolais reaksjonsmønster for å støtte ham, og begge velger å gi terapien en sjanse.

Når foreldre involveres i terapi, er mange barns hovedbekymring om foreldrene vil oppleve det som belastende. Tar terapeuten eksplisitt ansvar for å håndtere foreldrenes vonde følelser, lykkes de fleste terapeuter med å engasjere både barn og foreldre i behandlingen.

#### Avspenning og stressmestring

Barn med komplekse traumer har ofte et uregulert nevrobiologisk «alarmsystem» (Teicher & Samson, 2016) og trenger å lære seg å regulere stress. Avspenningsteknikker kan både redusere den generelle fysiologiske aktiveringen og gi innganger til å håndtere spesifikke stressreaksjoner som oppstår i møte med hverdagens traumepåminnere (Cohen et al., 2017). Barnet bør innledningsvis øve i trygge og rolige omgivelser, gjerne med en forelder til stede. Etter hvert utvides bruken til situasjoner relatert til barnets traumevansker, for eksempel innsovning.

Nicolai er plaget av kroppslige smerter, uro, vaksomhet og innsovningsvansker. Terapeuten viser ham hvordan progressiv muskelavspenning og kontrollert pust kan regulere «alarmsystemet». Nicolai kjenner seg umiddelbart roligere av muskelavspenningen og øver daglig på dette. Slik får han en inngang til å regulere sitt stressnivå.

Det er viktig å velge avspenningsmetoder som er tilpasset barnets symptombilde. Vi har best erfaring med at barna lærer én til to teknikker grundig, fremfor en overfladisk innføring



## Terapeuten øver på ferdighetene sammen med barnet i timene, i tillegg til at barnet må øve i hverdagen, helst sammen med støttende omsorgspersoner

i mange ulike teknikker. Det er også viktig å prøve øvelsene i terapirommet, og så øve på dem i hverdagen.

#### Affektregulering

Barn som er utsatt for traumer, opplever ofte intense negative følelser og/eller følelsesmessig nummenhet og fravær av følelser. Mange barn med komplekse traumer vokser opp i hjem med lite utviklingsstøtte til følelsesregulering, og barnas egne ressurser har blitt brukt til å håndtere et skremmende miljø. En del barn kan også ha erfaringer med at egne følelsesuttrykk har blitt straffet eller latterliggjort (Cook et al., 2005, Cohen et al., 2012). I denne komponenten lærer barnet å identifisere, uttrykke og regulere grunnleggende følelser. Gjennom å lære å håndtere sterke følelser blir de også bedre i stand til å håndtere følelser knyttet til traumepåminnere, og klarer i større grad å eksponere seg for og håndtere dem og ikke alltid unngå påminnerne (Cohen et al., 2017).

Barnet og terapeuten begynner gjerne med å identifisere og gjenkjenne grunnleggende og traumerelaterte følelser. Selv om skam og skyld er fremtredende følelser hos de fleste barn som har vært utsatt for traumer, er det sjelden de nevner disse følelsene uten at terapeuten spør etter dem.

Fostermor forteller at Vilde bruker dyrelyder for å uttrykke ulike følelser. Følelsesarbeidet starter med at Vilde og terapeuten setter ord på grunnfølelsene. Det viser seg at Vilde har begreper for å være lei seg, redd, sint og glad – og for kjærlighet. Hun setter farger på følel-



sene, tegner hvor i kroppen de forskjellige følelsene kjennes, og snakker om hvordan følelser kan ha ulik styrke. Vilde og terapeuten leter etter koblinger mellom bestemte følelser og ulike dyrelyder. Hun blir en katt når hun er redd, tiger når hun er sint, og sel når hun er lei seg. Terapeuten er nøye med å sette ord på følelsen hun tror Vilde har når hun reagerer med dyrelyder. Terapeuten sier: «Nå tror jeg katten er redd og trenger å strykes.» Fosteremor blir oppmuntret til å jobbe på samme måte hjemme. Etter hvert klarer Vilde å sette ord på følelsene sine og trenger ikke dyrelydene.

Når barn over lang tid har unngått følelser fordi de føles vonde eller skumle, kan de streve med å gjenkjenne følelser, også de gode. Det gjør det viktig å få følelser frem og opp i intensitet slik at de kan erfare at følelser ikke er farlige. Sammen fortsetter barnet og terapeuten og utforske praktiske måter å håndtere følelser på.

Nicolai kjenner seg igjen i både opplevelsen av intense følelser og nummenhet. «Den knallsterke tomhetsfølelsen» er tydeligst, men også sinne er en hovedfølelse. Bak sinne ligger det andre følelser, som tristhet, redsel og hjelpeløshet.

Når intense følelser skal reguleres, er det stort sett unngåelse han har å spille på. Han blir også sint, gjerne på mor. Sammen med terapeuten leter de opp andre strategier, slik som muskelavspenning og dyp pust. De henter også frem gode følelser, som å le sammen av «YouTube»-snutter. Gjennom rollespill øver de på å dele vanskelige følelser med mor. Og kommer tomheten og nummenheten mens han er hjemme, tar han fatt på aktiviteter som å gå tur med hunden, høre på musikk og etter hvert å ta kontakt med venner.

Mor lærer hvordan hun kan bekrefte Nicolais følelsesuttrykk, noe som er utfordrende for henne. Egne voldserfaringer gjør at hun også unngår følelser, og sammen med terapeuten arbeides det med egne vanskelige følelser knyttet til volden.

Grundig jobbing med følelser på mange nivå, slik som i behandlingen av Nicolai og Vilde, gjør at barnet blir tydeligere i sine følelsesuttrykk, både for seg selv og for sine nære.

### Kognitiv mestring

Hos barn som har levd med traumer over lang tid, ser vi at mange har utviklet uhensiktsmessige tanker om seg selv og verden. Denne komponenten er basert på klassisk kognitiv terapi, og lærer barnet og foreldrene hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen. Yngre barn, eller barn som strever kognitivt, kan bruke bilder og begreper som «røde og grønne tanker».

Vilde får høre om hvordan man kan «trylle med følelser» ved å påvirke tankene. «Det var da, nå er nå» er en foreslått hjelpetanke som forteller Vilde at traumet er historie og ikke vil skje igjen, og hjelper å regulere ubehaget ved traumepåminnere. Vilde og fostermoren får også i oppgave å være detektiver etter «grønne tanker» i hverdagen, og legge merke til hvordan hjelpsomme tanker påvirker Vildes følelser og handlinger.

I denne komponenten handler det først og fremst om å forstå og anvende kognitiv mestring. Vår erfaring er at dette læres best i situasjoner der barnet ikke er veldig aktivert. Endring av dysfunksjonelle tanker knyttet til traumet skjer først i bearbeidingsfasen.

### BEARBEIDINGSFASEN

Barnet trenger også å bearbeide og forstå egne traumeerfaringer. I denne delen av terapien kan barnet oppleve økt symptomtrykk, noe det er viktig å formidle og normalisere overfor både barnet og foreldrene. Gjennom bearbeiding av egne traumeerfaringer kan man også bidra til å utvikle selvregulering ved at barnet får nye erfaringer i å håndtere egne reaksjoner på minnene (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2011). Dette ser vi særlig ved komplekse traumer, at det er først når de har jobbet seg gjennom denne fasen, at de blir tilstrekkelig regulert.

### Traumenarrativ

Det er vanlig å kjenne på sterke følelser, kroppslige reaksjoner og vonde tanker knyttet til traumeminnene. Mange ønsker å unngå alt som minner om traumet. I denne komponenten lærer barnet gradvis, i trygge omgivelser, å håndtere reaksjonene knyttet til minnene. Slik blir de mindre sensitive overfor dem og kan overvinne unngåelsesatferd. Gjennom utvik-

»

ling av et traumenarrativ, som er barnets egen fortelling om det som har hendt, blir barnet eksponert for egne minner, tanker og følelser fra traumeopplevelsen. Prosessen bidrar også til å gi mening og sammenheng i hendelsene, og til å identifisere traumepåminnere og dysfunksjonelle tanker (Cohen et al., 2017; Ehlers & Clark, 2000; Glad, 2013).

Barn med komplekse traumer har gjerne erfart mange skremmende hendelser. Noen ganger blandes disse hendelsene sammen, og andre ganger huskes bare bruddstykker. Hva som skal inkluderes i traumebearbeidingen, kan derfor være vanskelig å velge. En tidslinje kan da være til hjelp. Tidslinjen har flere funksjoner. Både barnet og terapeuten får en oversikt over hendelsene, den anerkjenner at barnet har mange traumeerfaringer, og den gir mulighet til å inkludere gode hendelser fra oppveksten. Gjennom dette arbeidet blir ofte underliggende temaer som gjentatte erfaringer med svik og negative selvevalueringer synlige og tematisert. Terapeuten oppfordrer så barnet til å velge den episoden det synes har vært mest skremmende, og som barnet har mest plager knyttet til, for en mer detaljert eksponering. Eksponeringseffekten til en eller flere slike episoder vil deretter kunne generaliseres til de andre traumeerfaringene (Cohen et al., 2017).

Det anbefales å avgrense eksponeringsarbeidet, da hovedfokus i behandlingene skal være hvordan barnet og familien kan håndtere traumepåminnere og andre fremtidige utfordringer (Cohen et al., 2017). Hvor langt og detaljert narrativet blir, og hvor mange tanker og følelser det inneholder, vil avhenge av barnets emosjonelle og kognitive utviklingsnivå ved terapistart, og barnets alder da hendelse(n) skjedde. For Vilde, som var veldig liten da volden og overgrepene startet, ble narrativet kort, med relativt få detaljer. Hos Nicolai ble derimot utfordringen å avgrense eksponeringsarbeidet.

Nicolai og terapeuten velger de hendelsene som vekker mest påtrengende minner: én episode der han ble utsatt for slag, spark og nedskalling fra far, og en annen der han var vitne til at mor ble utsatt for grov vold. Nicolai jobber seg gjennom ett og ett narrativ. Hver hendelse fortelles i nåtid for å øke eksponeringseffekten. Sammen med terapeuten husker

han stadig flere detaljer. Han identifiserer de verste øyeblikkene, og inkluderer så i narrativet hvilke følelser og tanker han hadde under hendelsene. Deretter leser terapeuten narrativet opp høyt, for at Nicolai skal få trening i å tåle egne reaksjoner knyttet til hendelsene. Nicolai blir svært aktivert, og han får gjenopplevelser og dissosierer. Terapeuten bruker grunnings-teknikker (grounding), som å koble på ulike sanser og fokusere på «her og nå», og ved hjelp av innøvde pusteteknikker klarer Nicolai å regulere de sterke følelsene. Behandleren bruker en skala for å måle nivået av ubehag og aktivering, og tilpasser slik eksponeringen underveis. Nicolai minner seg selv på at «volden skjer ikke nå, den skjedde da». Etter hvert opplever han redusert ubehag og erkjenner at sterke følelser ikke er farlige i seg selv, men noe han kan håndtere.

Hos Nicolai ble ubehaget knyttet til å tenke på og snakke om volden gradvis mindre. For noen barn vedvarer ubehaget til tross for at episodene bearbeides over tid. Det kan da være at noe sentralt i narrativet ikke har kommet frem og må utforskes mer. Noen ganger vil ubehaget påvirkes av at eksponeringen vekker følelser knyttet til sterke uhensiktsmessige tanker, som at verden ikke lenger er trygg. For at ubehaget da skal gå mer ned, må man gå videre til neste komponent: kognitiv prosessering.

### Kognitiv prosessering

Ehlers og Clark (2000) understreker at uhensiktsmessige antagelser knyttet til traumehendelser spiller en viktig rolle i opprettholdelsen av traumesymptomer og negative emosjoner. Barn som har opplevd komplekse traumer, har ofte et hovedtema som går igjen i traumene de har opplevd: Det er min skyld, andre er ikke til å



**Mange foreldre opplever det utfordrende å forholde seg til traumene som barnet har opplevd**

stole på, jeg er ødelagt, verden er farlig, og livet mitt kommer aldri til å bli bra, er eksempler på vanlige antagelser som påvirker barnas relasjon til seg selv og andre. Antagelsene oppstår ofte i et forsøk på å skape mening og kontroll til traumehendelsene. Endring av kognisjonene kan skje spontant gjennom hele terapiforløpet, men i denne delen av behandlingen utfordres de konkret.

Yngre barn og barn med komplekse traumer opplever ofte de uhenksomme antagelsene som etablerte sannheter og ikke noe som kan endres på. Metaforen om «ugresstanker og blomstertanker» kan åpne for å luke vekk enkelte tanker, og skape plass for at blomstertankene kan sås, slå rot og vokse.

Nicolai mener han er ødelagt, kjenner skam og mangler håp for fremtiden. Han tenker at oppveksten hans har frarøvet ham mulighet til å være som jevnaldrende.

Sammen med behandleren utforsker han tanken om å være ødelagt ved å undre seg over spørsmål som: «Hva er det ved deg som er ødelagt?» «Når ble du ødelagt?» «Er alle barn som har opplevd vold, ødelagt?» En liste med bevis for og imot at han er ødelagt, blir laget for å nyansere. Etter hvert fremkommer et bilde av et strå som har ligget bøyd av vær og vind, men som er i ferd med å reise seg igjen. En tanke om at han er «reparerbar», begynner å vokse, og Nicolais skamfølelse reduseres. Han klarer å fortelle to gode venner om volden og hvordan han har det. Etter noe tid sier han: «Nå har jeg endelig mål og mening med livet, kanskje jeg til og med kan få barn en gang.»

Gjennom terapeutens spørsmål finner Nicolai selv frem til tanken om seg som «reparerbar». Vår erfaring er at terapeuter ofte er raske til å foreslå alternative tanker, men her bør en være tålmodig. Skal tankene være hjelpsomme, er det viktig at barnet har eierskap til dem.

### KONSOLIDERINGSFASEN

Den siste fasen handler om å konsolidere og generalisere det barnet har lært i terapien, til barnets dagligliv og fremtid. Det er også ønskelig at barnets evne til å danne en tillitsfull relasjon med terapeuten generaliseres til andre viktige personer i barnets miljø, for slik å bidra til barnets evne til å ta vare på egen sikkerhet i fremtiden (Cohen et al., 2012).

### Deling av traumenarrativet

Etter at narrativet er ferdig, anbefales det å ha en fellestime med både omsorgspersonene og barnet til stede. I denne timen deles hele traumenarrativet sammen med en oppsummering av endringer i kognisjoner og hva barnet har lært i behandlingen. Hensikten er å sikre god kommunikasjon om traumene og å legge til rette for at barnet klarer å dele eventuelle nye hendelser med omsorgspersonene. Delingstimen må forberedes godt med fokus på hvordan omsorgspersonene kan støtte og gi gode tilbakemeldinger til barnet. Dette kan være utfordrende for foreldre til barn som har opplevd komplekse traumer, fordi foreldrene selv kan føle skyld for det som har hendt, og fordi mange har egne traumeerfaringer. Frem mot deling jobbes det derfor med foreldrene slik at de kan ta imot historien.

Mor synes det er vanskelig å ha håp for Nicolai, fordi hun har liten tro på egen fremtid. Hun er preget av skyld og skam for ikke å ha beskyttet sønnen. Før delingstimen blir hun eksponert for Nicolais historie flere ganger. Målet er at hun skal klare å ha fokus på sønnen i delingstimen, fremfor egne følelsesmessige reaksjoner. Deling av traumenarrativet blir en god opplevelse for begge, og dette gir dem håp om at de skal klare å dele andre vanskelige temaer fremover.

Nicolai opplevde som de fleste andre barn at delingstimen gikk bedre enn han hadde trodd. I tillegg til å bidra til åpnere kommunikasjon i familien kan delingstimen også gi mot til å våge å stole på andre voksne i det utvidete nettverket.

### Styrking av fremtidig sikkerhet og utvikling

Forskning viser at barn som har opplevd traumer, har økt risiko for å oppleve nye traumer (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009). Dette gjelder ikke minst barn med komplekse traumer. Da gjelder det å hjelpe barnet til å gjenkjenne potensielle faresituasjoner og lære seg konkrete strategier som reduserer risikoen for nye traumatiserende hendelser. Det kan være behov for å styrke fremtidige sikkerhetsplaner, øve på selvhevdelse eller lære å be om hjelp og støtte fra voksne. Barnet kan også lære å sette trygge grenser og øve på kon-

»

krete problemløsnings- og konfliktløsningsferdigheter.

Når behandlingen er i ferd med å bli avsluttet, har ikke Nicolai selvmordstanker lenger og regulerer seg godt i hverdagen. Avsluttende kartlegging viser at både traume- og depresjonssymptomene er godt under klinisk grense. Sammen med behandler diskuteres potensielle utfordrende situasjoner og traumepåminnere som kan oppstå, og de lager en plan for hvordan Nicolai kan håndtere dem. Den sisten tiden bruker de på å etablere kontakt med skolen han skal begynne på, og han velger å informere lærer og helsesøster om erfaringene sine.

#### AVSLUTNING AV BEHANDLING

Avslutningen bør tematiseres og planlegges godt både for barnet og omsorgspersonene. Barn som har vært utsatt for komplekse traumer, har ofte erfaring med brutte relasjoner og voksne som har sviktet. Behandlingsrelasjonen kan derfor være den første trygge relasjonen der barnet får mulighet til å oppleve en god avskjed (Kliethermes & Wamser, 2012).

Det er fint for barnet å oppleve at det har noe innflytelse på avslutningen. En mulighet er å formulere den som et mål som er nådd, heller enn at barnet opplever å bli forlatt igjen. For noen gir det trøst å ha med et minne fra terapien, og mange opplever det godt å høre at terapeuten fortsatt vil huske og bry seg om barnet selv om behandlingsrelasjonen er over.

Ved avslutning av behandlingen fungerer Vilde mye bedre sosialt; hun klarer å delta i bursdagsfeiringer, roer seg lettere ned ved følelsesutbrudd og deltar mer i klassen. Kartleggingen viser at traumesymptomene hennes er under klinisk grense. For å få et innblikk i Vildes opplevelse av behandlingen velger terapeuten å rollespille et TV-intervju med henne. I intervjuet sier Vilde:

Før gikk jeg rundt og ville være med alle. Det var skummelt. Nå vet jeg at det er best å være sammen med kjente som jeg vet er snille. Barn trenger masse trøst og gode råd. Jeg synes man skal snakke med voksne og få hjelp. En

god mamma er modig og beskyttende, slik som fostermor Anne. Hun hjelper meg å passe på slik at ingen tar på mine private kroppsdelene. Før hatet jeg følelsene mine. På BUP har jeg lært om følelsene, og når jeg lærte om dem, så ble jeg venn med dem. Det liker jeg. Dra på BUP, og der lærer du å være vanlig!.

Mange barn med komplekse traumer deler Vildes ønske om å føle seg mer vanlig. Når de mestrer å regulere følelsene og adferden sin bedre i hverdagen, erfarer de også at mennesker rundt responderer mer «vanlig» på dem.

#### EN EGNET METODE

Det kan oppleves som utfordrende å hjelpe barn med komplekse traumer. Traumehendelsene har påvirket utviklingen deres, og hverdagen er ofte preget av små og store kriser i familier og nettverk med mange utfordringer. Etter å ha veiledet nesten 600 saker ser vi at TF-CBT er en egnet metode for å hjelpe barn med slike traumeerfaringer. Metoden er strukturert, men fleksibel, og tilpasninger er en del av metoden. Det er rom for å utvide komponenter og faser, men vår erfaring er at dette ikke alltid er nødvendig. Vi ser at et behandlingsforløp med konkrete mål og forventninger om fremdrift er særlig nyttig i saker med komplekse traumer. Strukturen gir terapeutene trygghet til å bevege seg fra stabilisering til terapiens traumebearbeidingsfase, som er sentral for å gi reduksjon i traumerelaterte symptomer, og for å bidra til en bedre hverdag for barnet. ✕

”

Når barn over lang tid har unngått følelser fordi de føles vonde eller skumle, kan de streve med å gjenkjenne følelser, også de gode



## REFERANSER

- Arellano, M.A.R. d., Lyman, D.R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., ... Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602.
- Cary, C.E., & McMillen, J.C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748–757.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528–541.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M., & Steer, R. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the traumannarrative and treatment length. *Depression & Anxiety*, 28, 67–75.
- Dorsey S., Conover, K.L., & Cox, J.R. (2014). Improving foster parent engagement: Using qualitative methods to guide tailoring of evidence-based engagement strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1–13.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411.
- Ford, J.D., Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O., & Mijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437–447.
- Glad, K.A. (2013). «Det er vel ikke sånn at jeg kommer til å gå ut herfra som et åpent sår?» En kasusbeskrivelse av det terapeutiske arbeidet med traumenarrativet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 1171–1177.
- Goldbeck, L., & Jensen, T.K. (2017). The Diagnostic Spectrum of Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. I M.A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (red.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 3–28). Cham: Springer International Publishing.
- Goldbeck, L., Mueche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of traumafocused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for children and adolescent: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159–170.
- Holt, T. (2016). Betydningen av foreldres reaksjoner og støtte. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 63–75). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, T.K., Granly, L.B., Hoaas, L., E.C., & Stormyren, S. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen, & R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 169–199). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., ... Wentzel-Larsen, T. (2013). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Kliethermes, M., & Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma. I J.A. Cohen, A. Mannarino, & E. Deblinger (red.), *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents. Treatment Applications*. New York: The Guilford Press.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. NOVA rapport.
- Murray, L., Dorsey, S., Skavenski, S., Kasoma, M., Imasiku, M., Bolton, P., ... Cohen, J. (2013). Identification, modification, and implementation of an evidence-based psychotherapy for children in a low-income country: the use of TF-CBT in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 1–12.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten*. NKVTS rapport.
- NICE (2005, 18.03.16). *NICE clinical guideline on post traumatic stress disorder. Nedlastet 18.03.16, fra* <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>.
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 359–369.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T., K., Hukkelberg, S.S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 234–240.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S.R. (2013). The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No Pagination Specified. doi:10.1037/a0033884.
- Steine, I.M., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 950–957.
- Teicher, M.H., & Samson, J.A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. NKVTS rapport.



**FRA PRAKSIS**

# Traumebevissthet i barnevernet

To kompetansehevingsprogrammer for barnevernet er med på å skape et felles språk om utviklingstraumatiserte barn og unge.

**TEKST**

Mari Kjølseth Bræin, RVTS Øst, Anette Andersen, RVTS Sør og Ane Heiberg Simonsen, RVTS Øst<sup>1</sup>

**KONTAKT**

[mari.brain@rvtsost.no](mailto:mari.brain@rvtsost.no)

**ILLUSTRASJON**

Marie Payan

**M**arius kaster seg i sengen og holder hendene foran øynene i fortvilelse. Han er tilbake i volden han levde med før han ble plassert i fosterhjemmet. Synet av fosterfar som skjærer brød med en stor kniv, gjør at han stormer fra middagsbordet. Slik møter vi Marius i en av undervisningsfilmene til RVTS Øst. Hvordan skal fosterforeldrene forstå atferden hans? Hva trenger Marius?

I likhet med Marius har mange av barna under barnevernets omsorg vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser som vold, overgrep og forsømmelse. En høy andel av barn i fosterhjem og på institusjoner utvikler omfattende psykiske plager og oppfyller kriteriene for flere psykiske lidelser (Kayed, 2015; Lehmann, 2013). Likevel får de ofte ikke tilstrekkelig psykiatrisk behandling (Kayed, 2015). Ansatte i barnevernet har derfor behov for kunnskap om hva vold og traumer gjør med barn – og hvordan de skal hjelpe utsatte barn, foreldre og fosterforeldre. HandleKraft og Traumesensitivt barnevern er to kompetansehevingsprogrammer utviklet av RVTS med målsetting om å styrke traumekompetansen for ansatte i barnevernet. Gjennom å endre spørsmålet fra «hva feiler det deg?» til «hva har skjedd med deg?», ønsker vi å fremheve sammenhengen mellom barnets bakgrunn og nåværende fungering.

RVTS har som hovedoppgave å være en brobygger mellom kunnskapsfelt og praksisfelt (RVTS Øst strategiplan, RVTS Sør strategimelding). Hovedutfordringen er å gjøre teoretisk kunnskap praktisk anvendbar for de hjelperne som møter traumatiserte gjennom sitt arbeid: psykologer, barnevernspedagoger, lærere, helsesøstre, miljøarbeidere og fosterforeldre. I denne artikkelen vil vi vise hvordan vi gjennom kompetanseprogrammene Traumesensitivt barnevern og HandleKraft prøver å få til nettopp dette. I tillegg vil vi si noe om erfaringer fra implementering av programmene.

## FAGLIG FORANKRING

Traumesensitivt barnevern og HandleKraft bygger på moderne traumeforståelse, utviklingspsykologi, tilknytningspsykologi og nevrobiologi. Vi bruker kunnskap fra resiliensforskning (Rutter, 1990; 2000, Werner, 2005) og fra forskning på risikofaktorer

(Felitti, 2002; Kvello, 2010; Sameroff & Fiese, 2000). Programmene tar i bruk fellesfaktorene fra traumebehandling, der psykoedukasjon, stabilisering, affektregulering, relasjonsarbeid og meningsskapende arbeid står sentralt (Shapiro, 2012; Schnyder et al., 2015). Vi henter elementer fra ulike tilnærminger, som Traumebevisst omsorg (Bath, 2008, 2015), Nevrosekvensiell tilnærming (Perry, 2006, 2009, 2014), Trygghets-sirkelen (Hoffmann et al., 2006) og Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) og fra faseorientert behandling av traumer (Anstorp & Benum, 2006; 2015; Van der Hart et al., 2006). I programmene har vi valgt ut øvelser og teknikker som vi tenker passer i en omsorgskontekst, og som kan brukes av ikke-terapeuter. Kompleks kunnskap blir forenklet, og vi formidler bakenforliggende hovedprinsipper for tiltak i barnets hverdag. Målet er å integrere forståelse og tiltak i barnets hverdag. På den måten sikrer vi at tiltak repeteres i tilstrekkelig grad, noe som er nødvendig for å reparere tidlige skader fra omsorgssvikt.

## Traumesensitivt barnevern

Traumesensitivt barnevern er et *regionalt* kompetanseprogram, bygget opp etter RVTS Østs modell for kompetanseheving i organisasjoner. Programmet startet i 2012 etter initiativ fra Bufetat, som ønsket å øke kunnskapsnivået hos ansatte om nyere traumeforståelse og konsekvenser for behandling. Siden oppstart i 2012 har omtrent 1300 ansatte i institusjoner, familiesentre, fosterhjem og beredskapshjem fått opplæring i programmet. I fire dager med undervisning i plenum deltar majoriteten av de ansatte ved de enkelte enhetene. Utvalgte ansatte fra avdelingene får veiledning i fordypningsgrupper, der de øver på å bruke den nye kunnskapen i situasjoner hentet fra egen praksis. Parallelt med undervisningen for ansatte arrangerer vi samlinger for ledere om hvordan de kan implementere og videreutvikle traumekompetansen i sine enheter. Det legges vekt på at traumeforståelsen skal bli synlig i skriftlige styringsdokumenter og i rutiner ved de enkelte

1 Anette Andersen er kursholder og prosjektleder for revidering av HandleKraft og HandleKraftVekst. Ane Heiberg Simonsen og Mari Kjølsest Bræin er prosjektledere for ulike deler av programmet Traumesensitivt barnevern.



enhetene. RVTS samarbeider med organisasjonen over en femårsperiode etter at grunnprogrammet er ferdig, og tilbyr fordypningskurs, veiledning og grunnkurs for nyansatte.

### HandleKraft

HandleKraft er et *nasjonalt* kompetanseprogram om traumebevisst omsorg utviklet av RVTS Sør på oppdrag fra Bufdir. Bakgrunnen for HandleKraft var ønsket om å forebygge og forhindre overgrep mot barn og unge i Bufetats institusjoner og fosterhjemstjenester. Programets målsetting er å gi ansatte i barneverntiltak kunnskap om traumer og overgrep, slik at de kan anvende en traumebevisst tilnærming i møte med barn og unge. HandleKraft er lagt opp som et femtrinns modulbasert program der deltagerne gjennom hele programmet har tilgang til nettsiden Handle-kraft.no. Programmet består av selvstudium, refleksjoner, samlinger, fortellinger, praktiske øvelser og en avsluttende refleksjon. Hver av Bufetats fem regioner har en regionkoordinator som står for opplæring i sin region. Hver region har i tillegg flere kursledere som har ansvar for gjennomføringen av de fire dagssamlingene i programmet. Etter å ha gjennomført HandleKraft-programmet kan hvert lokale arbeidssted vedlikeholde og videreutvikle kunnskapen gjennom det nettbaserte programmet Handle-kraftVekst.no. Siden oppstarten i 2013 og frem til i dag har alle Bufetats institusjoner og fosterhjemstjenester gjennomført opplæringen i HandleKraft, det vil si over 2700 ansatte. Programmet holdes fortsatt for nyansatte, og Bufdir har besluttet at det også skal tilbys private barnevernsinstitusjoner (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Programmet ble i år revidert av RVTS Sør. I 2017 har RVTS Sør og fire andre kompetansesentre, på oppdrag fra Bufdir, utviklet et program som skal bidra til å heve kvaliteten

og øke kompetansen i kommunalt barnevern i Norge - Kompetansesatsing Kommunalt barnevern. Traumeperspektivet har en sentral plass også i dette programmet.

Både Traumesensitivt barnevern og HandleKraft er utarbeidet med tanke på å formidle traumeperspektivet på en praksisnær og lettfattelig måte tilpasset de som møter barnet utenfor terapirommet, i de resterende 23 timene i døgnnet. Vi vil i det følgende trekke frem noen kjerneelementer fra de to programmene som eksempel på hvordan traumeperspektivet formidles.

### DEN TREDELTE HJERNEN

Nyere hjerneforskning viser hvordan hjernen formes av måten vi bruker den på. Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt og overgrep, preges av dette. Samtidig gir vissheten om at *hjernen er plastisk*, håp om at endring er mulig. Den tredelte hjernen ble første gang beskrevet av nevrofysiologen Paul D. MacLean på 1960-tallet (MacLean, 1990), og har vist seg å være en nyttig pedagogisk modell for å beskrive barns tilsynelatende uforståelige reaksjoner, følelser og handlinger. MacLean hevder at hjernen kan deles inn i tre: «sanehjernen», «følelseshjernen» og «tenkehjernen». Disse tre «hjernene» har forskjellige funksjoner og forskjellige måter å reagere på belastninger på. For at hjernen skal fungere godt, trengs det god flyt mellom disse delene. For å illustrere den tredelte hjernen utviklet RVTS Sør en dampbåtmodell som deltagerne i HandleKraft får opplæring i: Fyrbøteren er en analogi for «sanehjernen», maskinisten fungerer som analogi for «følelseshjernen», og kapteinen er en analogi for «tenkehjernen». Modellen gir både en lettfattelig forståelse av tilstandsskift og uforståelig atferd hos barn, og et språk for dette som er lett å ta i bruk. Det gir også en ufarlig måte å benevne tilstandsskift, som ofte kan være uønsket atferd.

I Traumesensitivt barnevern brukes en modell som også er inspirert av MacLeans modell av den tredelte hjernen. Modellen gir oversikt over tema og sentrale begrep i programmet som igjen danner utgangspunkt for ulike hjelpetiltak. I opplæringen har vi fokus på å tilpasse og velge hjelpetiltak som er tilpasset barnets fungering og tilstand. Høsten 2017 lanserer RVTS øst en undervisningsfilm kalt «Marius og de gode hjelperne» som kan brukes som psykoedukasjon i direkte arbeid med traumatiserte barn og unge. I filmen møter vi



**RVTS har som hovedoppgave å være en brobygger mellom kunnskapsfelt og praksisfelt**



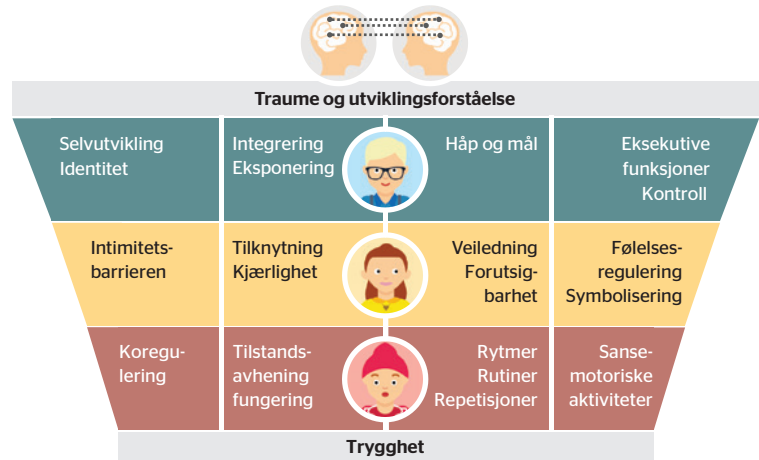
Marius som bor i fosterhjem og som tidligere har vært utsatt for vold og omsorgssvikt. Vi blir kjent med «Anton Alarm» som skal forestille overlevelseshjernen, «Sara Søke» som forestiller følelses- og relasjonshjernen, og «Tore Tenke» som skal forestiller tenkehjernen. I filmen får vi se hvordan disse tre hjelperne er preget av erfaringene Marius har med fare og krenkelser, noe som gjør at de ofte misforstår situasjoner slik at Marius havner i trøbbel. Vi får se hva som skjer på «innsiden» i vanskelige situasjoner og hvordan de tre karakterene øver seg på å samarbeide bedre slik at de kan hjelpe Marius til å reagere på det som skjer her og nå - og ikke som om han fremdeles er i fare.

### Å VEKKE VERSUS Å BYGGE

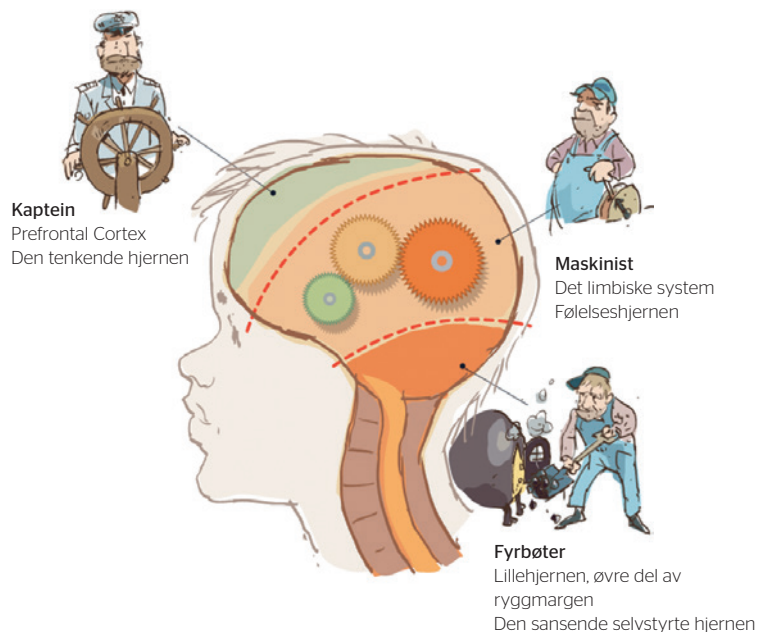
I arbeid med traumatiserte barn som har vært utsatt for enkeltstående hendelser, kan tilfriskning handle om å vekke en kapasitet som allerede er utviklet, men som er midlertid blokkert. I arbeid med utviklingstraumatiserte vil det ofte handle om å bygge en kapasitet som ennå ikke er utviklet. Forbigående stressreaksjoner forsvinner gjerne når trygghet gjenopprettes, men for barn med utviklingstraumer er overlevelsesstrategiene mer fastlåste, og det vil ofte ta lang tid før de er i stand til å bruke nye og mer hensiktsmessige strategier. Barn utsatt for alvorlig neglekt mangler avgjørende erfaringer og vil derfor trenge stimulering for å utvikle visse funksjoner og ferdigheter. I Traumesensitivt barnevern snakker vi om at det vil variere hva slags hjelp barna trenger, alt fra «å bygge grunnmuren til et uferdig hus» til «å pusse og rengjøre» et solid hus. I begge programmene vektlegges betydningen av en systematisk vurdering av barnets funksjon og av omgivelsene, for å følge med på barnets utvikling og til enhver tid vurdere hva barnet trenger.

Ulike former for plager indikerer ulike tiltak. Dersom det er snakk om omfattende reguleringsvansker, anbefaler vi å vektlegge såkalt «bottom up»-arbeid, der det først og fremst handler om å redusere stressresponsen som starter i de nederste deler av hjernen. For traumatiserte barn som ikke har store reguleringsvansker, men for eksempel strever primært med skyld, kan det være hensiktsmessig å i større grad jobbe «top down» via tenkehjernen, med hjelp til å endre mening knyttet til hendelsene. Tenkehjernen må bare være sterk nok i forhold til kreftene «nedenfra» for kunne

### TRAUMESENSITIVT BARNEVERN



**TREDELT HJERNE** Modellen som brukes i opplæringsprogrammet Traumesensitivt barnevern strukturerer tiltak etter tre «nivåer i hjernen». «Anton Alarm», «Sara Søke» og «Tore Tenke» brukes som symboler på tre nivåer - og ulike intervensjoner knyttes opp mot disse «hjelperne». Modellen er gjengitt med tillatelse fra RVTS Øst



**DAMPBÅTMODELLEN** HandleKrafts dampbåtmodell av hjernen er en hjelp til å forstå tilstandsskifter og uforståelig atferd hos barn. Gjengitt med tillatelse fra RVTS Sør.

ha en beroligende effekt og «være kaptein», slik det beskrives i dampbåtmetaforen over. Modellen i Traumesensitivt barnevern er formet som en trakt som må fylles nederst («bottom up») med trygghet og tilstedeværelse, men som også trenger påfyll ovenfra («top down») med mening, kunnskap og håp. Målet er å fremme god flyt både opp og ned gjennom trakten slik at nye nevrale forbindelser dannes og hjernen kan brukes på en ny måte. For at tilhelingsprosessen skal være komplett, må «hele personen» kjenne at faren er over på alle nivå: med tenkehjernen, følelhjernen og sansehjernen.

### TRAUMEBEVISST OMSORG

Trygghet, relasjon og følelsesregulering er tre sentrale grunnpillarer for utviklingsfremmende omsorg for traumatiserte barn. Kjerneopplevelsen til barn og unge som har vært utsatt for traumer, er at de ofte føler seg utrygge (Bath, 2008; 2015). Å arbeide med trygghet innebærer at omsorgspersonene må skape et miljø som gir fysisk, emosjonell, relasjonell og kulturell trygghet. Omsorgspersonene må være forutsigbare, tilgjengelige, ærlige og sensitive. Det må være klare og forutsigbare rammer, men samtidig fleksibilitet for å tilpasse barnas spesifikke behov. Maksimering av trygghet vil roe stressresponsen og gjøre barnet bedre i stand til å gjenopprette tillit til andre, skape mening ut av opplevelser og tilegne seg ny kunnskap.

Relasjonspilaren handler om å bygge gode og trygge relasjoner mellom barnet og omsorgspersonene. Omsorgspersonene må kunne forstå at barnas avvisning av dem er et resultat av gjentatte svik, skuffelser og krenkninger. De må klare å møte avvisning uten å reagere med negative følelser, og være sensitive overfor barnets svake, og noen ganger forvirrende forsøk på kontakt.

I den tredje pilaren viser Bath (2008; 2015) til at omsorgspersonene må være oppmerksomme på egen følelsesregulering, og gjennom det være en regulator for barnet slik at de kan gi barnet roen tilbake. Barn gjør så godt de kan, og i HandleKraft kalles uforståelig og vanskelig atferd hos traumatiserte barn for *smerteuttrykk*. De oppfører seg vanskelig eller uforståelig fordi de bærer på vonde opplevelser de ofte ikke har kontroll over. Følelsesreguleringspilaren sier at vår oppgave som voksne er å finne følelsen bak atferden: «Hva er det som gjør så vondt at du må oppføre deg sånn?» Når barnet opplever å

bli tålt av andre, kan de bli i stand til å tåle seg selv. Først da kan de gradvis bygge opp en forståelse av seg selv som en elsket person (Jørgensen & Lillevik, 2016). Begrepet samregulering eller koregulering gir en mulighet til å arbeide med behandlerens egne reaksjoner som en likeverdig del av samspill og relasjon. Dette følger i programmene som en rød tråd; situasjoner med barnet må analyseres både ut fra barnets perspektiv og fra omsorgsgivernes perspektiv.

### REGULERINGSSTØTTE

«The caregivers must know the stage and watch the state», sier Bruce Perry i sine forelesninger (Perry, 2012). Han mener med dette at det må stilles adekvate forventninger til traumatiserte barn på en måte som er utviklingsstøttende. I programmene får deltagerne opplæring i hva en kan forvente ut fra barns utviklingsnivå («the stage») og emosjonelle tilstand («the state»). Barn med en kompleks traumehistorie opplever ofte emosjonell over- eller underaktivering. Toleransevinduet er en lettfattelig og intuitiv metafor både for hjelpere og brukere for det spennet av aktivering som er optimalt for barnet – ikke for høyt og ikke for lavt (Nordanger & Braarud, 2014; Siegel, 1999). Barn med utviklingstraumer har ofte et smalt toleransevindu. Når barnet går ut av sitt toleransevindu, endrer det utviklingsnivå og kan fremstå som langt yngre enn det kronologisk alder tilsier. Å regulere tilstand kan være et nødvendig steg på veien til å regulere atferd. I undervisningen vektlegger vi at hjelperne må kunne lese hva barnet trenger her og nå, ut ifra tilstand og funksjon, for å kunne anvende riktige tiltak. Er barnet i stand til å reflektere over det som har skjedd, eller trenger barnet først og fremst hjelp til å regulere seg? Er barnet i stand til å ta imot nærhet gjennom direkte øyekontakt, eller tåler det bedre parallelle aktiviteter, slik som å sitte ved siden av en annen og lese i en bok? Er barnet klar for eksponering og bearbeiding av traumeminner, eller er det viktigst å fokusere på trygghet her og nå? På denne måten ønsker vi å utvide hjelperes repertoar slik at de i større grad kan «time» sine intervensjoner ut ifra barnets utviklingsnivå og emosjonelle tilstand.

Sentralt i programmene er fokus på hjelperens egen regulering og kapasitet til å være innenfor eget toleransevindu. Begrepet *samregulering* handler om hvordan omsorgsgiver gjennom sin aktive og trygge tilstedeværelse er

i stand til «å hente» et overaktivert eller underaktivert barn inn i sitt toleransevindu gjennom å se, høre, snakke og berøre. Gjennom forskjellige sansemodaliteter «smitter» den voksne ro over på barnet. Som i en dans der to stykker følger samme tone og rytme, men der den voksne gir struktur og retning på dansen. Utviklingstraumatiserte har omsorgserfaringer preget av *ko-dysregulering*, der omsorgsgiver *ikke* tåler barnets ubehag og går ut av eget toleransevindu. Barnets tilstand eskalerer i takt med den voksne uro. Barnet får ikke tilstrekkelig erfaring med å finne roen sammen med en annen, men må lære å redusere ubehag på andre måter gjennom for eksempel spising, sitting, selvskading eller dissosiasjon. Disse selvreguleringsstrategiene blir automatiserte kroppslige responser som det kan være vanskelig å endre kun gjennom innsikt og forståelse («top down»). Vi gir derfor opplæring i sanse-motoriske reguleringsteknikker, slik som pustøvelser, avspenningsøvelser og sansearbeid. Vi oppfordrer omsorgsgivere til å legge til rette for aktiviteter og sansearbeid som kan integreres i hverdagen. Det kan være å vugge barnet i hengekøye, gi barnet fotbad, håndmassasje eller pakke barnet forsiktig inn i et teppe når det skal sove. Dette er tiltak vi mener passer godt inn i en omsorgskontekst, og som åpner for å begrunne en rekke miljøterapeutiske tiltak som allerede er i bruk. Det kan være aktiviteter som musikk, dans, ridning, kontakt med dyr og en rekke fysiske aktiviteter som er aldersadekvate og lystbetonte. Ifølge Perry (2014) kan jevnlig sensorisk stimulering gi barnet rike sansemotoriske opplevelser som virker «bottom up»-regulerende på nervesystemet og hjelper barn til å forbli innenfor sitt toleransevindu. På denne måten vil *hjernen brukes på en ny måte*,



**Omsorgspersonene må kunne forstå at barnas avvísning av dem er et resultat av gjentatte svik, skuffelser og krenkelses**

og nye forbindelser etableres slik at hjernen i mindre grad styres av et overaktivert alarmsystem. Over tid vil toleransevinduet utvides, og barnet får større kapasitet til å dra nytte av nye relasjonelle og kognitive erfaringer.

#### **EVALUERING AV PROGRAMMENE**

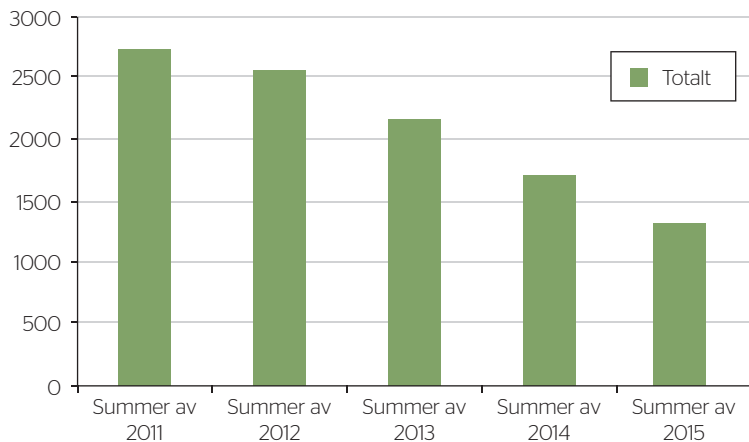
Omsetting av ny kunnskap til praksis er en krevende prosess som tar tid (Fixen et al., 2005). Det er vanskelig å dokumentere om ønsket endring har funnet sted, og i hvilken grad traumekunnskap faktisk bidrar til at barna får det bedre. Evalueringer fra kursdeltagerne er imidlertid et første skritt i å vurdere programmenes opplevde nytte for de ansatte. HandleKraft er evaluert av EY Norge (2014) på vegne av Bufdir. Programmet får generelt svært positiv evaluering fra deltagerne. Hovedfunnene er at HandleKraft skaper økt selvrefleksjon over egen praksis og relasjonskompetansen. Programmet synes å gi en bedre forståelse av de mange barna i barnevernet som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Begreper som «smerteuttrykk», «den tredelte hjernen» og «toleransevinduet» trekkes frem som praktisk anvendelige og nyttige som et felles språk for ansatte.

Traumeresensitivt barnevern har ikke blitt evaluert eksternt slik som HandleKraft. Vår evaluering bygger derfor på evaluerings-skjema etter undervisning og tilbakemeldinger fra deltagere og fra ledelsen, noe som gir et ufullstendig bilde av om og hvordan programmet virker. Disse tilbakemeldingene er imidlertid svært positive og entusiastiske. Mange ansatte formidler at de har fått større forståelse for barna og flere praktiske verktøy til å bruke i det daglige arbeidet. I tillegg er ledelsen i Bufe opptatt av at de ansatte har fått et språk som er virksomt i samarbeid med andre tjenester som skole og barnevernstjeneste. Et felles språk bidrar til tydeligere rollefordeling og forståelse av hverandres oppgaver. Ved Sole akuttavdeling ved Akershus ungdoms- og familisenter mente ledelsen at programmet bidro til å redusere antall situasjoner der ansatte brukte tvang (Hjemmen, Bræin & Brynildsen, 2015).

Denne nedgangen er i overensstemmelse med tendensen i hele Bufetat, der tall fra 2016 viser at det har vært en jevn nedgang i antall voldshendelser siden programmene ble startet i 2011.

Bufdir-direktør Mari Trommald mener at opplæring i traumeresensitiv tilnærming er en





Antall registrerte voldshendelser (Rød, 2016)

viktig årsak til at vold og trusler om vold er mer enn halvert i løpet av de siste fire årene i statens barnevernsinstitusjoner ((Rød, 2016)). Redusert forekomst av vold og bruk av tvang i institusjonene i forbindelse med implementering av traumekunnskap kan indikere økt kvalitet på tjenestene.

#### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

HandleKraft og Traumesensitivt barnevern synes å bidra til mer refleksjon rundt egen praksis. Elementene i programmene brukes som et felles begrepsapparat. En svakhet ved evalueringen av programmene er imidlertid

at tidligere praksis ikke er observert, ei heller er det samlet inn erfaringer fra barn og ungdom. Det er derfor vanskelig å vite om kompetansehevingen faktisk fører til praksisendring, og om en eventuell endring medfører bedre hjelp for barna det gjelder. Traumebevisst omsorg kan forstås som et åpent rammeverk med bakgrunn i en *forståelse av* og en *respons på* innvirkningen av traumet (Jørgensen & Lillevik, 2016). Selv om traumemetoder ikke anvendes i sin helhet, kan likevel forståelsesgrunnlaget avleses i de ansattes språk, i refleksjoner og diskusjoner og i de avgjørelser som tas. Grunnprinsippene i traumebevisst omsorg kan anvendes på en fleksibel måte og gjerne i kombinasjon med andre metoder og verktøy. Kanskje kan det å kombinere metoder bidra til en fagutvikling som gir mulighet for større grad av skreddersøm for barnet det gjelder? Selv om vi ikke har oversikt over praksisendringer som følge av våre programmer, merker vi oss at begreper som «toleransevinduet», «hjernen formes av bruken» og «smerteuttrykk» nå er kjent for de aller fleste vi møter både i barnevernet og i spesialisthelsetjenesten. Felles begreper kan bidra til en delt plattform til å forstå barnet. Vårt mål er at barnevern og psykisk helsevern sammen kan utvikle tjenester som i større grad hjelper barna med de største utfordringene. Vi tror at tiltak som integreres og repeteres i hverdagen – der barna lever sitt liv – vil ha størst effekt. ✕

#### REFERANSER

- Anstorp, T., Benum, K., & Jacobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonskader. Integrering av et splittet jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2015). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma- Informed Care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), 17–21.
- Bath, H. (2015). The three Pillars of Trauma-Wise care: Healing in the other 23 hours. *Reclaiming children and youth*, 23(4), 5–11.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Årsrapport 2015.
- Booth, P.B. & Jernberg, A.M., (2010). *The-raplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. San Francisco: Wiley.
- EY Norge (2014). Evaluering av HandleKraft. Hentet fra [http://sor.rvts.no/filestore/Nyhetsaker/EvalueringavHandleKraft\\_Endeligversjon.pdf](http://sor.rvts.no/filestore/Nyhetsaker/EvalueringavHandleKraft_Endeligversjon.pdf)
- Feletti, V.J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
- Fixen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Hjemmen, B., Bræin, M., & Brynildsen, Y. (2015, 8. februar). *Barnevern: Mer kunnskap gir mindre tvang*. Aftenposten.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017–1026.



- Jørgensen, T.W., & Lillevik, O.G. (2016). Traumebevisst omsorg i arbeid med voldsutsatte barn. I: Mevik, K., Lillevik, O.G., Edvardsen, O. (2016). *Vold mot barn – Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. Oslo: Gyldendal.
- Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. NTNU.
- Kvillo, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Lehmann, S., Havik, O., Havik & Heiervang, T. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(39). doi:10.1186/1753-2000-7-39.
- MacLean, P.D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press.
- Nordanger, D.Ø., & Braarud, M.H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleranseviduet som modell i en ny traume psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 530–536.
- Perry, B.D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I Webb, N. (red.), *Working with traumatized children in child welfare* (s. 27–52). New York: The Guilford Press.
- Perry, B.D. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
- Perry, B.D. (2014). The Neurosequential Model of Therapeutics. Application of a Developmentally Sensitive and Neurobiology-Informed Approach to Clinical Problem Solving in Maltreated Children. I Brandt, K., Perry, B.D., Seligman, M. & Tronick, E. (red.). *Infant and Early Childhood Mental Health. Core Concepts and Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanism. I Rolf, J., Mastern, A.S. Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H & Weintraub, S. (red.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (s. 181–214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (red.) *Handbook of early childhood intervention* (s. 651–682). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- RVTS Sør (2012). HandleKraft kurslederperm.
- RVTS Sør (2016). HandleKraft kurslederperm.
- RVTS Sør (2015). Strategimelding 2015–2017.
- RVTS Øst (2015). Strategimelding 2015–2018.
- Rød, S. (2016, 07.04.). Volden avtar i barnevernet. *Fontene.no*. Hentet fra <http://fontene.no/nyheter/volden-avtar-i-barnevernet-6.47.356446.0e00003864>
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000) *Models of development and developmental risk*. I C:H Zeanah (red), *Handbook of infant mental health* (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Schapiro, R. (2012). *The Trauma Treatment Handbook: Protocols Across the Spectrum*. New York: WW. Norton Professional Books.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E., Gersons, B., Resick, P., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common. *European Journal of Psychotraumatology*, (6), 281–286.
- Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: WW Norton & Co.
- Werner, E. (2005). Resilience and recovery. Findings from the Kauai longitudinal study. *Focal Point Research, Policy and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11–14.

## Årets doktorgrad for tourettes-forskning

Kjell Tore Hovik mottok prisen for årets doktorgrad under Psykologikongressen i Oslo i september.



Hovik disputerte ved psykologisk institutt på Blindern med sin avhandling om angst og depresjon hos barn med Tourettes Syndrom (TS). I avhandlingen kommer det fram at angst og depresjon kan skape større problemer for barna enn selve TS-lidelsen. Funnet understreker hvor viktig det er å fange opp symptomer på angst og depresjon når en skal behandle barn med TS, sier Hovik til psykologforeningen.no

I over to år fulgte Hovik unge i alderen 12–17 år som hadde TS. Formålet var å undersøke deres evne til å kontrollere tanker, følelser og handlinger, og hvordan denne evnen utviklet seg over tid. Som sammenlikningsgruppe brukte han friske barn, barn med ADHD og barn med autisme.

Et annet funn i avhandlingen er at symptomer på angst og depresjon er uavhengig av bedring i intellektuelle ferdigheter. De emosjonelle symptomene må derfor behandles separat fra tiltak gjort i hverdagen for å forbedre adferd eller skoleferdigheter.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 998-1008 FAGFELLEVDERT

Av **VIGGO KRÜGER**, Aleris Omsorg Norge, **DAG Ø. NORDANGER**, Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBUE), Ressurssenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebbygging (RVTS) – Region vest og **BRYNJULF STIGE**, GAMUT c/o Griegakademiet – Institutt for musikk, Universitetet i Bergen.

**KONTAKT** viggokruger@aleris.no

# MUSIKKTERAPI OG TRAUMEBEVISST OMSORG I BARNEVERNEN

Miljøterapeuter, fosterforeldre og saksbehandlere forteller at musikkterapi virker som en form for traumebevisst omsorg og sikrer deltakelsesfremmende praksis i barnevernets arbeid.

Mange barn og unge under barnevernets omsorgstiltak sliter med psykisk helseutfordringer. Kayed og kolleger (2014) fant at hele 70 prosent av ungdommer i barnevernsinstitusjoner oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse, mens Lehmann og kolleger (2013) fant at det samme gjaldt for over 50 prosent av fosterbarn i alderen 0–12 år. Traumebelastningen i disse gruppene er høy. Rundt 70 prosent av ungdommene i institusjoner hadde opplevd relasjonelle traumer i sin oppvekst, og det samme gjaldt for over 50 prosent av fosterbarna (Kayed et al., 2014; Lehmann et al., 2013).

I Norge er musikkterapi tatt i bruk av barnevernsinstitusjoner og i fosterhjemstjenesten i noen av landets kommuner (Krüger & Strandbu, 2015). Tilbudene har hatt som utgangspunkt at barn og unge under omsorg av barnevernet har rettigheter forankret i Barnekonvensjonen, der musikkterapitilbudene i særlig grad har hatt barns rett til *deltakelse* i fokus. Det vil si barns rett til å bli sett, hørt og forstått i spørsmål om fritid, skole og beslutningsprosesser. Funn fra studier som har sett på disse tilbudene, indikerer at deltakelse i musikkterapi kan skape trivsel og følelsesmessig påkobling, strukturer for læring og deltakelse, opplevelse av tilhørighet i et fellesskap samt mulighet til å si fra og bli hørt som gruppe (Krüger, 2012; Krüger & Stige, 2014; Krüger et al., 2014).

### ABSTRACT

#### *Music therapy and trauma-informed care in a child welfare setting*

Despite a growing interest in music therapy within child welfare practice, music therapy practices within these contexts are still under-researched in Norway. The present study takes a collaborative community music therapy practice as point of departure. We interviewed nine social workers aged 30–55 from four different child welfare institutions about their ideas on the pros and cons of music therapy as an approach to promote mental health and development. Informants' ideas about the benefits of music therapy circled around four main themes: 1. Safety and well-being, 2. Relationships and mastery, 3. Dealing with complex emotions, and 4. Continuity and stability. Findings show that the social workers reflect on music therapy as related to child welfare issues such as trauma informed care and participation.

*Key words: music therapy, child welfare, social work, trauma informed care, participation*

»



De unge gis en arena der historiefortelling er en del av fellesskapets virksomhet

Musikkterapi kan forstås som et helse- og utviklingsrelatert samarbeid mellom bruker(e) og terapeut, der både mellommenneskelige relasjoner og deltakelse i musikkaktivitet inngår som elementer i endringsprosessen (Bruscia, 2014). Musikkterapi utviklet i Norge står i en ressurs- og samfunnsorientert fagtradisjon, med klart innslag av brukerstyring (Rolvjord, 2010; Ruud, 1998; Stige & Aarø, 2012). De nasjonale faglige retningslinjene for psykosebehandling og rusbehandling anbefaler musikkterapi (Helsedirektoratet, 2013, 2016). Evidensgrunnlaget for musikkterapi i behandling av personer med psykoselidelser er sterkt, ikke minst når det gjelder positive effekter på motivasjon, følelsesbevissthet og sosial interaksjon (Geretsegger et al., 2017). De nevnte retningslinjene presiserer at behandling må gis av terapeut med godkjent utdanning, noe som i norsk sammenheng innebærer femårig universitetsutdanning (master) i musikkterapi.

Effekter av musikkterapi i arbeid med ungdom er beskrevet i en oversiktsartikkel av Gold og kolleger (2012). Her fremgår det at musikkterapi kan fremme motivasjon, utvikling av sosiale relasjoner og forståelse av eget følelsesliv. Som en måte å komme i kontakt med barn og unge på kan musikkterapi være et godt alternativ til tradisjonell samtaleterapi (Austin, 2010; Bolger, 2013; Gold et al., 2004; Hussey et al., 2007). Fordi mange ungdommer er opptatt av musikk, kan musikkterapien være med på å fremme et miljø som skaper trivsel og glede (Jonsdottir, 2008; Lindberg, 1995; Williams, 2014), for eksempel i skole- eller institusjons-sammenheng (Rickson & McFerran, 2014; Sullivan, 2003).

Forskningslitteratur viser at musikkterapien kan gi spesielle muligheter i relasjonsarbeid med barn og unge (Jacobsen & Killén, 2015). En trygg relasjon til musikkterapeuten kan hjelpe barn og unge til å utvikle selvfølelse i møte med andre barn og voksne, for eksempel i etterkant av et musikkterapeutisk forløp (Pasiali, 2013; Kim, 2015; Trondalen, 2016; Zanders, 2012, 2015). Musikken som medium gjør det mulig for terapeuten å sette seg inn i ungdommens identitetskonstruksjoner, der sanger og tekster, særlig i sjangeren populærmusikk, spiller en viktig rolle (Ruud, 1998). Den norske psykologen og musikkterapeuten Unni Johns (2017) har studert musikkterapiens relasjonelle muligheter i traumebe-

handling for barn og unge, der hun blant annet legger vekt på musikkens evne til å berøre når kontakt med egne følelser og handlemuligheter er utfordret.

Intervjuundersøkelsen vi her presenterer, ble planlagt i forlengelse av en studie av ungdoms egne erfaringer med et deltakelsesorientert musikkterapeutilbud i regi av en barnevernsinstitusjon (Krüger, 2012; Krüger & Stige, 2014; Krüger et al., 2014). Målet med denne undersøkelsen var å supplere ungdommens egne fortellinger ved å utforske fagfolks erfaringer med og refleksjoner rundt musikkterapeutisk praksis. Vi har valgt å fokusere på sosialarbeideres erfaringer, ettersom de etter vår vurdering står for praksisnær kunnskap «fra feltet». Sosialarbeidere representerer viktige samarbeidspartnere for musikkterapeuten i den samfunnsmusikkterapeutisk orienterte praksisen vi har valgt å studere (se beskrivelse av praksis nedenfor). I en samfunnsmusikkterapeutisk praksis vektlegges gruppe- og miljøaktiviteter i samspill med individuelle tilbud.

Vi valgte derfor å belyse musikkterapiens mulige bidrag i barnevernets praksis ved hjelp av intervjuer gjort med sosialarbeidere som arbeider i barnevernet, og spør:

Hva er sosialarbeideres erfaringer med og vurderinger av samfunnsmusikkterapeutisk praksis i arbeid med ungdom i barnevernsinstitusjoner?

## METODE

### Forskningstiltærning

Studien baserer seg på kvalitativ forskningsmetodikk, der data er samlet inn gjennom individuelle, ansikt-til-ansikt, semistrukturerte intervjuer (Kvale, 1996), og en hermeneutisk vitenskapsforståelse (Alvesson & Sköldbberg, 2009). Intervjuene fulgte en strategi som kan kalles «a funnelling approach» (Guba & Lincoln, 1981), der intervjuer først stiller generelle spørsmål, før en går videre til å strukturere og «spisse» formuleringene. Det ble fulgt en intervjuguide som fokuserte på sosialarbeidernes erfaringer med musikkterapi som metode i arbeid med barn og unge på barnevernsinstitusjon, bygget opp omkring temaer som knytter musikkterapi til fritid, psykisk helse, populærkultur, deltakelse, skole, institusjonelle aspekter og relasjoner til jevnaldrende og voksne. Intervjuguiden var utarbeidet med



utgangspunkt i FNs (2009) «Guidelines for the alternative care of children».

Prosjektet er godkjent av NSD. Alle informanter ble informert om hensikten med studien, varighet av intervjuet og etiske aspekter som anonymitet og muligheten for å trekke seg underveis, før de skrev under på et informert samtykkeskjema. Alle som ble spurt, svarte ja til å være med.

### Utvalg

Vi intervjuet ni sosialarbeidere i alderen 30–55 år. Utvalget er gjort strategisk (Kvale, 1996), der vi har valgt ut informanter med erfaringer og roller som vi antok ville gjøre dem i stand til å belyse musikkterapiens relevans for barnevernets barn og unge, sett fra et sosialarbeiderperspektiv. Informantene er ledende miljøterapeuter eller avdelingsledere, med bakgrunn som saksbehandlere eller med ansvar for tilrettelegging og oppfølging av ungdom plassert i fosterhjem- eller på institusjon. Alle informantene har hatt kontakt med barn og unge som har deltatt i musikkterapi, enten i rollen som saksbehandler, fostermor eller ledende miljøterapeut. Informantene er valgt ut på grunnlag av at de på ulike måter har egne erfaringer av musikkterapiens virkning, enten ved at de har vært deltakere som publikum på arrangementer i regi av musikkterapeut, eller at de har snakket med barn og unge eller pårørende som har uttalt seg om musikkterapiens virkninger. De uttaler seg på grunnlag av møter med ungdom i alderen 12–18 år, som har deltatt i musikkterapi i en periode på mer enn tre måneder. Informantene har sitt virke ved fire forskjellige barnevernsinstitusjoner, både i offentlig og privat regi.

Informantene uttaler seg om en form for samfunnsmusikkterapeutisk praksis som kan beskrives på følgende måte: De musikkterapeutiske aktivitetene barna og de unge deltok i, er tilrettelagt slik at det er mulig å delta individuelt og i gruppe. Gjennom den samfunnsmusikkterapeutiske praksisen er det mulig å motta undervisning på instrumenter, bruke musikkteknologisk utstyr på PC og å samarbeide med andre ungdommer i et fellesskap, i og utenfor institusjon eller fosterhjem. I samarbeid med sosialarbeiderne tilrettelegger musikkterapeuten for samarbeid mellom personer i den unges nettverk, for eksempel familiemedlemmer, pårørende, andre sosial-

arbeidere eller representanter fra skolen. På ulike måter arbeider musikkterapeuten for å bygge bro mellom miljøterapi, individuelt tilpasset terapi og aktiviteter i gruppe. Dermed får de samfunnsmusikkterapeutiske aktivitetene ulike fokus og målsettinger. For eksempel kan arbeidet med å lage en konsert eller en revyforestilling bestå av mange forskjellige oppgaver, der de aller fleste vil kunne finne en viktig rolle å fyller (Krüger, 2012). Aktiviteten gjør at forskjellige arenaer knyttes sammen, for eksempel fra institusjon og skolesituasjon til musikkverksted og revyscene, der det oppstår muligheter for nye vennskap. Den samfunnsmusikkterapeutiske praksisen kan føre til relasjoner og fellesskap som vedvarer etter at barnevernsoppholdet er over.

### Gjennomføring av intervjuer

Førsteforfatter gjorde intervjuene på arbeidsplassene til de utvalgte informantene. De fleste intervjuene varte i omtrent 45 min. Samtalen fulgte tema hentet fra intervjuguiden, men intervjudeltakerne hadde mulighet til å snakke nokså fritt rundt disse. Intervjuer gjorde det klart for informantene hvilke tema det var spesielt interessant å snakke om, slik som musikkterapiens virkning på ungdommenes deltakelse, ettervern og helse. Det ble også gjort klart at informantene gjerne kunne illustrere svarene sine med eksempler fra praksis. Alle deltakerne ble intervjuet én gang.

### Dataanalyse

Datamateriale ble transkribert fra MP3-spiller til Word-fil. 314 sider er transkribert, med hjelp av masterstudenter i musikkterapi. Data ble deretter analysert, med vekt på en hermeneutisk tilnærming og en abduktiv analysestrategi, der de tema som ble konstruert, ble søkt forstått i lys av aktuell teori (Alvesson & Sköldbberg, 2009). Analysearbeidet kan deles inn i fire faser:

1. Organisere og kode data
2. Finne sammenfallende mønstre
3. Koble tema til teori
4. Vurdere implikasjoner for praksis og forskning

Første- og tredjeforfatter har stått for de to første trinnene i analyseprosessen, mens alle tre har samarbeidet om de to siste trinnene. »

I de to første fasene av analyseprosessen, har første- og tredjeforfatter diskutert seg frem til hvilke koder som det i fortsettelsen har vært aktuelt å følge opp. Koder er blitt identifisert ved å søke etter funn i datamaterialet som på ulike måter har skapt sammenhenger. Sammenfallende mønstre er identifisert ved å generalisere koder til tema. Sammenfallende mønstre har etter hvert utviklet seg til å bli temaer i resultatdelen, for eksempel *musikkterapi gir mulighet til å bearbeide sammensatte følelser*. Dette, og de andre temaene som vi kom frem til i analysen, har vi så koblet til teori og vurdert i forhold til implikasjoner for praksis.

Ved analyse av materialet ble det klart at det inneholdt beskrivelser av prosesser som det kunne være relevant å belyse med nyere perspektiver på traumebevisst omsorg (Bath, 2015). Andreforfatter ble da invitert inn i analyse- og skriveprosessen. Trinn tre og fire har foregått som et samarbeid der forfatterne har kommet sammen i møter og deretter skrevet ut de respektive delene av artikkelen i fellesskap. I analyseprosessen har forfatterne ved flere anledninger vendt tilbake til de originale transkripsjonene for å se etter utfyllende data-materiale.

### Overførbarhet og troverdighet

Deltakerne er ikke representative for en større populasjon. Vi kan derfor ikke argumentere for at våre funn kan generaliseres i empirisk forstand. Når vi setter empirien i relasjon til teori, kan dette likevel ses som en «analytisk» eller teoretisk generalisering (Andersen, 2013).

Førsteforfatter er involvert i praksisen sosialarbeiderne snakker om. Dobbeltrullen som deltaker og forsker gir muligheter, men representerer også noen utfordringer. Fordelene er at intervjuer har nærhet til feltet og til personene som intervjues. Rollen som *insider* gir en form for fortrolighet som kan gjøre datamaterialet rikere (Hammersley & Atkinson, 2007). Utfordringer ligger dels i at nærhet til feltet også kan begrense intervjusamtalene, for eksempel ved at informantene kan vegre seg for å gi uttrykk for skepsis til musikkterapi eller for å fortelle om negative erfaringer. Nærhet kan også styre forventninger i analysearbeidet. Dette ble forsøkt kompensert for gjennom refleksive dialoger med informanter og medforfattere. Informantene fikk mulighet til å lese gjennom og

kommentere de fullstendige svarene, en fremgangsmåte som kan være med og sikre troverdighet (Seale, 1999). Til tross for at informantene fikk mulighet til å lese gjennom og kommentere svarene, var det få av dem som valgte å gjøre det. Det er ikke gitt når dette var uttrykk for tillit, og når det var uttrykk for tidsnød eller andre forhold, noe som kan ses som en svakhet med studien. De som valgte å lese gjennom, mente at selv om de syntes at svarene de hadde gitt noen ganger ikke var godt nok formulert, så syntes de innholdet representerte det de mente.

### SENTRALE TEMA I INTERVJUENE

Det overordnede funnet var at sosialarbeiderne opplevde musikkterapi som en viktig og nyttig terapiform for unge i barnevernsinstitusjoner. Alle informantene fremhevet dette. Noen hadde også erfaringer med at ikke alle ungdommene kunne eller ville nyttiggjøre seg tilnærmingen. Dette kunne blant annet handle om vegring for å delta i voksenstyrte aktiviteter og at konflikter mellom ungdommer og personale kunne ødelegge for tilretteleggingen av tilbudet. Gjennom de analytiske trinnene nevnt over, kom vi frem til at informantenes betraktninger om musikkterapiens nytteverdi i hovedsak samlet seg rundt følgende fire temaer:

1. *Kan bidra til å etablere trygghet og trivsel*
2. *Gir mulighet til å etablere relasjon og oppleve mestring*
3. *Gir mulighet til å bearbeide sammensatte følelser*
4. *Kan bidra til kontinuitet og stabilitet over tid og på tvers av situasjoner*

### Trygghet og trivsel

Alle informantene var opptatt av hvordan musikkterapi på ulike måter tilbyr ungdommene trygge rammer for kontakt og deltakelse i positive aktiviteter. Noen fremhevet at musikkterapi skaper rammer for trygg voksenkontakt, for eksempel ved at det er voksne som på ukentlig basis arrangerer musikkterapiaktiviteter i form av øvinger på musikkverksted, musikkcafé, revyoppsetning eller studioinnspilling.

**D4:** Altså, i forhold til mine egne erfaringer, det er altså først og fremst det at de har et tilbud å gå til, hvor de møter trygge voksne som ivaretar dem – som ser dem.

I en sårbar oppstartfase kan det være særlig viktig å holde på kontinuiteten. Ungdom som har problemer med å regulere egne følelser, er utsatt hvis avtaler brytes eller ikke opprettholdes.

**D5:** Han kunne bli rasende hvis en sånn musikktime ble utsatt eller flyttet, det var ikke alle beskjeder han fikk med seg. Hvis vi måtte si til han en onsdag, at i dag så skal du ikke til [navn på musikkterapeut], så gikk han helt i svart, han.

Musikkterapi utvikles gjennom faser, der kontaktetablering og trygghets-skapende aktiviteter gjerne er mer fremtredende i starten av et musikk-terapeutisk forløp enn senere, slik som dette sitatet viser:

**D4:** I en oppstartfase, så trenger de tydelige rammer i forhold til at nå skal vi gjøre sånn og sånn. Etter hvert blir de varmere i trøyen og tryggere i settingen. For å få til dette må vi ha en dialog med dem.

Flere informanter fremhevet at tryggheten som blir etablert gjennom musikkterapien, kan gi grunnlag for at ungdommene også tøyer grensene sine, og prøver seg på aktiviteter eller arenaer der de tidligere har veket unna.

**D2:** Når vi snakker om konflikter som vi har i skolesituasjon eller i hjemmet – når vi er veldig negative i den daglige donten, så har vi kanskje fått en tilbakemelding som er litt overraskende om at det faktisk fungerer bedre med ungdommene enn vi mener de fungerer. De har fungert bra med andre i sånne settinger [musikkterapeutiske settinger].

Noen av informantene fortalte oss at trygghet og trivsel etablert gjennom deltakelse i musikkterapigrupper med jevnaldrende, for eksempel i band eller samspillgruppe, kan føre til at ungdommene trener seg på å skaffe seg nye venner i et trygt miljø som er ufarlig for dem.

**D5:** Det hjelper ikke at de har sosiale ferdigheter her inne på huset. De må ut og øve med andre ungdommer og voksne. Alle vet at det er vanskelig å skaffe seg nye venner, og i hvert fall når du er 15–16. Det å komme inn i en gruppe kan være mer ufarlig for dem.

En informant var opptatt av at etablering av trygghet gjennom musikkterapi ofte starter med en-til-en-timer. En-til-en-timer kan gjerne fungere som en forberedelse til deltakelse i gruppetimer. I en-til-en-timer kan ungdommene skaffe seg ferdigheter de senere kan bruke når de møter andre. Å oppleve mestring i trygge rammer, som deltakelse i enetimer, kan være med og skape grunnlag for trivsel i for eksempel en samspillgruppe med andre ungdommer.

**D3:** Hvis han skal lykkes med musikk, så tror jeg i hvert fall han skal begynne med enetimer, ikke sammen med andre. Han trenger å få en slags mestring før han tør å ta skrittet videre. Du kan ikke sette han inn i en gruppe med seks nybegynnere på gitar.

En informant understreket at musikkterapiens muligheter til å etablere trygghet handler om at ungdommene får anledning til å være seg selv.

**D2:** Det [musikkterapien] skaper en del trygge arenaer for ungdommene der de kan være seg selv.

### Relasjon og mestring

Alle informantene var opptatt av hvordan deltakelse i musikkterapiaktiviteter egner seg til å etablere relasjoner, både til voksne og til jevnaldrende. Relasjoner i musikkterapi, forteller informantene, etableres ved at de unge kan utfolde seg i musikken og dermed vise nye sider av seg selv. De kan også få verdifull tilbakemelding på egen oppførsel, både fra jevnaldrende og fra voksne. Måten informantene forteller om dette på, varierer fra det å gi uttrykk for at ungdommene synes det er fint å være med på noe nytt og spennende, til at musikkterapien utfordrer de unge til å være med på å arbeide med noe de kan mestre. På ulike måter blir relasjonsetableringen beskrevet som det å etablere rom for å vise mot *ifellesskapet*, der den enkelte kan spille ut sider ved seg selv som ikke bare er perfekte. Relasjonen til fellesskapet utvikler seg som en gradvis tilnær-



Musikkterapi gir muligheter for at de unge kan opptre i noe annet enn potensielt stigmatiserende roller



ming, fra det å se på andre som tør, til å tørre selv, slik som denne informanten uttrykker det.

**D6:** Den jenten har vokst veldig mye på å få utfolde seg med musikken. Hun har hatt en bratt læringskurve i forhold til det å lære seg å spille instrumenter og å kunne delta i samspill med andre ungdommer.

Flere av informantene fremhevet at musikkterapi egner seg til å skape arenaer der voksne får perspektiv på ungdommenes ressurser.

**D4:** I musikkterapi kan de trene seg i forhold til sosial kompetanse, og de kan kjenne seg igjen i andres [livs]historier. De lærer av andre som er i samme situasjon, som bor i et fosterhjem. Egne problemer blir til noe gjenkjennbart. De fleste har liten tro på seg selv. De trenger å bygge opp tro på hva de kan klare, tro på seg selv, og at de kan mestre noe i lag med andre.

Gjennom musikkterapi kan ungdommene hjelpe hverandre og skape tilhørighet til et fellesskap av jevnaldrende. Det å opprettholde relasjoner til jevnaldrende og voksne blir en mestringsopplevelse. Dette er viktig, for mange har hatt tapsopplevelser gjennom oppveksten som har satt spor:

**D5:** Altså, det [musikkterapi] kan i hvert fall være en del av denne mestringsbiten, sånn som vi har snakket om. De opplever endelig nok av tapsopplevelser hvor de avbryter skole, mister venner, de ryker uklar med nær familie, og de er i opposisjon til oss her.

Noen informanter fortalte at musikkterapi kan sikre deltakelse i aktiviteter som virker positivt for dem, og som er viktig når det ikke går så bra i andre situasjoner.

**D6:** Ungdommen har ikke alltid gode dager altså, de kan ha noen nedturer og oppturer. De [musikkterapeutene] står der og er tilgjengelig for dem, selv om at de er nede – de har litt tålmodighet med dem.

#### Bearbeiding av sammensatte følelser

På forskjellige måter fortalte alle informantene om hvordan de musikkterapeutiske aktivitetene hjalp ungdommene med å uttrykke og bearbeide sammensatte og vanskelige følelser. De var opptatt av hvordan aktiviteter som improvisasjon og

sangskrivning kunne hjelpe ungdommene til å uttrykke det som er vanskelig å sette ord på, og å uttrykke dette andre steder enn i fosterhjem eller på institusjon, og for andre mennesker enn miljøterapeutene eller fosterforeldre. Det å uttrykke følelser, forteller informantene, blir lettere i musikkterapi, der de unge gis en arena der historiefortelling er en del av fellesskapets virksomhet. Flere av informantene var opptatt av at ungdommene som bor på institusjon, trenger en ekstra ventil for å uttrykke vanskelige følelser.

**D5:** Ja, det tenker jeg, for at det, med det å gi uttrykk for følelser, det som er vanskelig gjennom musikken, det gir seg jo og utslag hjemme. At da, er det lettere å komme og møte meg som fostermor igjen når at en del av det som er vanskelig har fått kommet ut på en måte, selv om det var til musikkterapeuten, det er bedre å gi det til musikken enn å slå i veggen.

I musikkterapi kan de unge fortelle om det som har skjedd dem, og få anerkjennelse for egne beretninger i fellesskapet.

**D2:** De [ungdommene] blir sett og hørt, og de får mulighet til å sette ord på en del av det de bærer på.

En informant var opptatt av at musikkterapeuten kommer til der psykologen ikke får innpass.

**D7:** Musikk ufarliggjør den terapeutiske biten tenker jeg. [Musikkterapeuten] får på en måte innpass på den private og personlige arena, uten å være psykolog.

En annen fortalte at musikkterapi bidro til at ungdom kan uttrykke sorg, enten det gjelder sorg over manglende kontakt eller tap av kontakt med egne foreldre. Musikkterapien gir verktøy til å hankses med sorgen, slik denne informant uttrykker det.

**D8:** Musikkterapien hadde en innvirkning i forhold til hennes situasjon. Det var jo veldig viktig at fosterfar var med og spilte trommer. Hun ble jo fortalt at hun antageligvis aldri kommer til å flytte hjem igjen til mor og far. Hun ble veldig lei seg. Og det resulterte i at hun gikk opp på datamaskinen og begynte å skrive på en tekst. Vi ser at hun med musikkterapien har fått et verktøy hun kan bruke til å «deale» med sorgen.



En informant var opptatt av hvordan musikkterapien kan fungere som en kanal der følelser kan få utløp. Musikterapien bidrar til å få kontakt med følelser som en nødvendigvis ikke får kontakt med gjennom språket.

**D7:** Jeg ser vel på musikkterapi som en komplementær uttrykksmåte i forhold til språk og samtale. Ja, en kanal hvor man kan få utløp for ting, få uttrykt følelser, eller å komme i kontakt med ting som du ikke kan få kommet i kontakt med om du satt og snakket om det.

Musikkterapeuten kan også hjelpe ungdommene med å forstå sine egne følelser, slik som for eksempel raseri.

**D6:** Ungdom oppdager band som «Green Day» eller [sjangeren] «death metal». Da får de utløp for et sinne eller et raseri. Men de sitter jo gjerne litt alene med det på et vis. Når musikkterapeuten er med dem, får de hjelp til å forstå opplevelsene sine.

#### Kontinuitet og stabilitet, på tvers av situasjoner

Alle informantene fortalte om hvordan musikkterapi virker over tid. Det kan være flere grunner til dette. En grunn er at musikk er en viktig del av de unges tilværelse. Derfor, forteller informantene, er den allerede tilgjengelig som en ressurs i arbeidet med å skape relasjoner og oppvekstmiljøer. En annen grunn er at musikkterapi beskrives som en prosess der den enkelte ungdom først mestrer enkeltstående ferdigheter, slik som det å spille gitar eller synge, før de etter hvert tar del i mer komplekse samarbeidsprosesser der andre deltakere er med som involverte parter. Informantene fortalte videre at de musikkterapeutiske prosessene kan skape ringvirkninger som får konsekvenser utover det enkeltstående tiltaket. Det å oppleve kontinuitet og stabilitet i et musikkterapeutisk tilbud, på tvers av situasjoner, kan på lengre sikt føre til at de unge får med seg ballast til å gjennomføre skole eller til å delta i nærmiljøaktiviteter.

**D8:** Det er fantastisk at de får en sånn type arena. De får ganske mye ballast med seg som kan overføres senere i livet til andre arenaer, slik som skole og nærmiljø.

Noen av informantene beskrev at musikkterapeuten kan være en betydningsfull støtteperson i overganger mellom flyttinger, for eksempel i fasen av ettervernet.

**D4:** Slik jeg ser det bør musikkterapi være en del av ettervernet når musikken har vært viktig på institusjonen.

Flere informanter beskrev situasjoner der musikkterapien har vært innlemmet som en del av faglige møter, slik som ansvarsgruppemøter, behandlingsmøter, eller medarbeidersamlinger. Dette er samlinger som på ulike måter har betydning for stabilitet og kontinuitet i ungdommens situasjon. Fordi musikkterapeuten møter ungdommene i trivselsbetonte aktiviteter, kan ungdommene i slike sammenhenger fremføre ressursorienterte sider ved seg selv og demonstrere nye kompetanser. Dette er særlig viktig når det er avgjørende beslutninger som skal tas sammen med ungdommene, knyttet til fremtiden til den enkelte.

**D4:** I morgen skal vi ha en medarbeidersamling for alle ansatte på [navn på institusjon], der hun [musikkterapeuten] og [navn på ungdom] skal delta. Hun [ungdommen] skal synge, og så skal vi vise den filmen. Det å formidle, det tror jeg kan ha overføringsverdi til andre personer som har vært i lignende situasjoner og kan kjenne seg igjen i historien.

En av informantene var opptatt av at musikkterapi gir muligheter for at de unge kan opptre i noe annet enn potensielt stigmatiserende roller. Det å skape variasjon i rollemønstre kan bidra til opplevelse av kontinuitet og stabilitet når ungdommene skal opptre på tvers av ulike situasjoner.

**D3:** Altså, på grunn av at de [ungdommene] føler seg som tapere, så må de føle at de er verdt noe, at de mestrer noe, at de kan noe. De opptrer jo utad i forhold til eget speilbilde. Han [ungdom] har jo hatt lite tro på seg selv.

#### DISKUSJON

Funnene kan ses i sammenheng med tidligere kvalitative studier av ungdoms egen erfaring med musikkterapi i norsk barnevern. Som nevnt i innledningen viser disse studiene at deltakelse i musikkterapi kan skape trivsel og

»

følelsesmessig påkobling, strukturer for læring og deltakelse, opplevelse av tilhørighet i et fellesskap samt mulighet til å si fra og bli hørt som gruppe (Krüger, 2012; Krüger & Stige, 2014; Krüger et al., 2014). Sosialarbeiderne i vår studie peker i likhet med ungdommene i de tidligere undersøkelsene på prosesser som er både personlige og sosiale. Dimensjoner som trygghet, bearbeiding av sammensatte følelser samt kontinuitet og stabilitet på tvers av situasjoner er vektlagt i større grad. Dette er dimensjoner som kan belyses i et traumeteoretisk perspektiv.

Som nevnt innledningsvis har mange ungdommer i barnevernsinstitusjoner opplevd potensielt utviklingstraumatiserende belastninger. Informantene i vår studie formidlet ut fra sine erfaringer tro på at musikkterapi kan ha nytteverdi overfor denne gruppen. Vi finner det interessant at forholdene de fremhever som terapeutiske ved musikkterapi, i høy grad samsvarer med det man innenfor nyere traumeperspektiver mener er de viktigste drivkreftene bak positiv utvikling hos utviklingstraumatiserte barn og unge. Blant annet korresponderer informantenes fokus på trygghet, gode relasjonelle erfaringer og mestringsopplevelse med det Howard Bath (2015) har foreslått som de tre grunnleggende pilarene i traumebevisst omsorg («traumawise care»): trygghet («safety»), relasjon («connectedness») og mestring («coping»). I samsvar med Baths modell er det tydelig at informantene ser på disse tre forholdene som gjensidig avhengige, men der trygghet likevel er fundamentet. Gjennom trygge voksne og de rammene musikkterapien tilbyr, får ungdommene mulighet til å etablere trygge relasjoner, noe som igjen gir dem mot til å utfolde seg og bruke sin kreativitet.

Flere av informantene betoner hvordan musikkterapi på denne måten kan gi grunnlag for læring. Barn som gjennom oppveksten har måttet tilpasse seg mange trusler i sine omgivelser, går ofte i konstant alarmberedskap og er orientert mot å vokte og beskytte seg selv. Ford (2009) beskriver det som at «læringshjernen» har måttet vike for «overlevelseshjernen». Denne vaksomheten og alarmberedskapen står i veien for den åpne utforskningen man trenger for å utvikle seg og lære. Det er derfor spennende at informantene har erfart at ungdommer kan bruke tryggheten i musikkterapi-

konteksten som springbrett til å utfordre egne grenser og utforske nye sider ved seg selv. Nordanger og Braarud (2017) forklarer hvordan utviklingstraumatiserte barn og unge ofte har et smalt «toleransevindu» for affekt, slik at de lett blir overveldet av følelser. I lys av dette perspektivet kan man si at informantene mener musikkterapi kan bidra til å utvide ungdommenes toleransevindu, noe som er et mål for alle traumerettede tiltak.

Den muligheten informantene mener musikkterapi gir for å skape kontinuitet og stabilitet, er også svært relevant i et traumeperspektiv. Ut fra det vi i dag vet om hjernens utvikling og om nevrobiologiske konsekvenser av utviklingstraumer, vil disse ungdommene trenge en overdose av gode relasjonelle erfaringer, over lang tid, for at det skal kompensere for det de har mistet (Nordanger & Braarud, 2017). Dessverre kan mange oppleve det motsatte. På grunn av den nevnte trusselorienteringen kan de støte andre fra seg, slik at deres erfaringer av avvisning blir repetert. Dersom musikkterapi kan gi ungdommene et verktøy som gjør det lettere for dem å etablere stabile relasjoner, og som åpner opp for nye sosiale arenaer der det kan skje, vil det kunne gi store helsemessige gevinster. Ungdommenes deltakelsesmuligheter i lokal- og storsamfunnet styrkes.

Også det rent innholdsmessige i de relasjonelle erfaringene i musikkterapien gir mening i et utviklingstraumeperspektiv. Mange mener intervensjoner for utviklingstraumatiste barn og unge bør søke å gjenskape flest mulig av de stimuleringene og relasjonelle erfaringene man vet fremmer utvikling tidlig i livet, også i nevrobiologisk forstand (Nordanger & Braarud, 2017). Det betyr i praksis mønstre av gode rytmiske og somatosensoriske samspillserfaringer (Ogden, Minton & Pain, 2009; Perry & Dobson, 2009), som er nettopp det musikkterapi tilbyr.

Informantenes fortellinger er altså kompatible med nyere traumeteori: Trygge(re) barn kan utfolde seg og delta i aktiviteter, i nye sammenhenger. Her vil vi likevel ikke legge ensidig vekt på utvikling av individets forutsetninger for deltakelse, men også på de vekstmulighetene deltakelse i et musikalsk fellesskap faktisk gir (Krüger, 2012). Et mulig integrativt perspektiv kan utvikles fra en økologisk modell, der det transaksjonelle samspillet mellom personens

deltakelse, organismens utvikling og miljøets muligheter tas høyde for (e.g. Cicchetti & Lynch, 1993).

Informantenes oppfatninger av terapiformens nytteverdi gir mening på bakgrunn av nyere traumeteori, men det gjenstår å teste dem empirisk. En begrensning ved studien kan være at det er sannsynlig at flere av informantene er kjent med prinsippene for traumebevisst omsorg, slik at utsagnene ikke kun illustrerer musikkterapiens relevans som traumebehandling, men også diskurser som allerede påvirker deres arbeid. Det vil videre ligge en begrensning ved studien i at informantene uttaler seg uten å ha egne erfaringer med utøvelse av metoden, siden de ikke selv er musikkterapeuter. Samtidig kan denne «distansen» til metoden ha bidratt til mer nøytrale vurderinger.

### KONKLUSJON

Informantenes erfaringer tilsier at musikkterapi kan være et viktig tilskudd til traumebevisst omsorg og behandling. Imidlertid har ikke alle barn og unge nytte av musikkterapi, og det kan finnes situasjoner der andre tilnærminger bør velges. Vi håper derfor musikkterapi utforskes nærmere som en relevant behandlingsform for psykiske plager og sosiale utfordringer hos barn og unge som har mange traumatiske belastninger i sin oppvekst. Vi vil ut ifra denne studien peke på behovet for flere studier av brukererfaringer, undersøkelser av musikkterapiens effekter på traumerelaterte vansker, studier av hvordan musikkterapi kan tilpasses ulike kontekster og gruppers behov, og på teoretiske studier som kan integrere vår forståelse av organismens utvikling, miljøets muligheter og personens deltakelse i musikkterapi. ✘



Disse ungdommene vil trenge en overdose av gode relasjonelle erfaringer, over lang tid, for at det skal kompensere for det de har mistet

### REFERANSER

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research* (2.utg.). London: Sage.
- Andersen, S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Austin, D. (2010). When the bough breaks. Vocal psychotherapy and traumatized adolescents. I Stewart, S. (red.), *Music therapy and trauma. Bridging theory and clinical practice* (s. 176–187). New York: Satchnote Press.
- Bath, H. (2015). The three pillars of trauma-wise care: Healing in the other 23 hours. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), 44–46.
- Bolger, L. (2013). *Understanding and articulating the process and meaning of collaboration in participatory music projects with marginalised young people and their supporting communities* (Doktoravhandling). Faculty of VCA and MCM, University of Melbourne.
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy* (3.utg.). University Park, IL: Barcelona Publishers.
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96–117.
- FN (2009). *Guidelines for the alternative care of children*. Retrieved from [http://www.unicef.org/aids/files/UN\\_Guidelines\\_for\\_alternative\\_care\\_of\\_children.pdf](http://www.unicef.org/aids/files/UN_Guidelines_for_alternative_care_of_children.pdf)
- Ford, J.D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. I C.A. Courtois & J.D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York: The Guilford Press.
- Getetsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, L., Chen, X., Heldal, T.O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4

- Gold, C., Saarikallio, S.H. & McFerran, K. (2012). Music therapy. I Levesque, R.J.R. (red.), *Encyclopedia of adolescence*. New York: Springer.
- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 1054-1063.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, Jossey Bass.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3. utg.), London and New York: Routledge.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredelse, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1957).
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hussey, D.L., Reed, A.M., Laymann D.L., & Pasiali, V. (2007). Music therapy and complex trauma: A protocol for developing social reciprocity. *Residential Treatment for Children & Youth*, 24(1/2), 111-129.
- Jacobsen, S.L. & Killén, K. (2015). Clinical application of music therapy assessment within the field of child protection. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(2), 148-166. DOI: 10.1080/08098131.2014.908943
- Johns, U. (2017). Når musikk skaper nye bevegelsesmuligheter for traumatiserte barn. I: Stensæth, K., Trondalen, G. & Varkøy, Ø. (red.). *Musikk, handlinger, muligheter. Festskrift til Even Ruud*. Oslo: Skriftserie fra Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH), vol. 10, NMH-publikasjoner 2017:4.
- Jonsdottir, V. (2008). Music therapy and early intervention from a caring perspective. I: Trondalen, G. & Ruud, E. (red.), *Perspektiver på musikk og helse*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: NMH Publikasjoner, 367-384
- 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*, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helsevern, NTNU.
- Kim, J. (2015). Music therapy with children who have been exposed to ongoing child abuse and poverty: A pilot study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 27-43, DOI: 10.1080/08098131.2013.872696.
- Krüger, V. (2012). *Musikk – fortelling – fellesskap: En kvalitativ undersøkelse av ungdommers perspektiver på deltagelse i samfunnsmusikkterapeutisk praksis i barnevernsarbeid*. Bergen: Doktoravhandling, Griegakademiet, Universitetet i Bergen.
- Krüger, V. & Stige, B. (2014). Between rights and realities – Music as a structuring resource in the context of child welfare aftercare. A qualitative study, *Nordic Journal of Music Therapy*, DOI: 10.1080/08098131.2014.890242
- Krüger, V. & Strandbu, A. (2015). *Ungdom, Musikk, Deltagelse, Musikk som Forebyggende verktøy*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Krüger, V., Strandbu, A. & Stige, B. (2014). Musikterapi som etterverntiltak i barnevernet, deltakelse og jevnaldersfellesskap, *Norges Barnevern*, 2(3), 78-93.
- Kvale, S. (1996). *InterViews*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lehmann, S., Havik, O., Havik, T. & Heiervang, E. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(39), DOI: 10.1186/1753-2000-7-39
- Lindberg, K.A. (1995). Songs of healing: Song writing with an abused adolescent. *Music Therapy*, 13(1), 93-108.
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531-536.
- Nordanger, D. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Pasiali, V. (2013). A clinical case study of family-based music therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(249), 249-264.
- Perry, B., & Dobson, C.L. (2009). The neurosequential model of therapeutics. I J. Ford & C. A. Courtois (red.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models* (s. 249-260). New York: New York : Guilford Publications.
- Rickson, D. & McFerran, K.S. (2014). *Creating music cultures in the schools: A perspective from community music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1998). *Music therapy, improvisation, communication, and culture*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Siegel, D.J. (2012). *Developing mind* (2. utg.). New York: Guilford Publications.
- Stige, B. & Aarø, L.E. (2012). *Invitation to community music therapy*, New York: Routledge.
- Sullivan, L.N. (2003). Meet them in the lab: Using hip-hop music therapy groups with adolescents in residential settings. I: Sullivan, N.E., Mesbur, E.S., Lang, N.C., Goodman, D. & Mitchell, L. (red.), *Social work with groups: social justice through personal, community, and societal change* (s. 103-116). Binghamton: The Haworth Press Inc.
- Teicher, M.H., Samson, J.A., Anderson, C.M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: An intersubjective perspective*. University Park, IL: Barcelona Publishers.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Williams, K. (2014). Contemporary cultures of service delivery to families: Implications for music therapy. *The Australian Journal of Music Therapy*, 25, 148-173.
- Zanders, M.L. (2012). The musical and personal biographies of adolescents with foster care experience. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 7, 71-109.
- Zanders, M.L. (2015). Music therapy practices and processes with foster-care youth: Formulating an approach to clinical work. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 97-107



# Meninger



FOTO: JOSHUA GANDERSON/FLICKR.COM/CC

## Den største oppgaven

«Samfunnets største oppgave fremover bør være å forebygge at barn utsettes for krenkelser og omsorgssvikt.»

*Les hovedinnlegget på de neste sidene.*

## Forsvarer diagnosesystemet

«Inntil videre enes ikke forskningen om et godt alternativ til diagnosene, og jeg tror vi må leve med dem»

*Andreas Høstmælingen, fagsjef i Norsk psykologforening, side 1016.*

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 8. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier. Psykologtidsskriftet inngår avtale med.





Kelli Thomson 2017

# Den skjulte epidemien

Kunnskapen vi har om utviklingstraumer, tilsier en radikal omprioritering av samfunnets ressurser med omfattende følger for organiseringen av vårt helse- og sosialvesen.

**OMSORGSSVIKT, VOLD** og overgrep i tidlig barnealder er årsak til sykdom, redusert livskvalitet og forstyrrelser i normalutviklingen hos mange barn, unge og voksne (De Bellis et al., 2011). Kunnskapsbildet vi har i dag, tilsier at utviklingstraumer utgjør den viktigste enkeltårsaken til utvikling av mange psykiske lidelser. Tar vi denne forståelsen fullt innover oss, vil det få store konsekvenser for hvordan vi som samfunn organiserer våre hjelpetjenester. I dag vet vi at mange lidelser skyldes manglende utviklingsstøtte fra barnets omgivelser. Det betyr at vi kan forebygge sykdom ved å gripe inn i omsorgsbetingelsene. Denne kunnskapen burde betydd en radikal omprioritering av samfunnets ressurser fra kurativ virksomhet til forebyggende tiltak og tidlig innsats. Og dette vil igjen få omfattende følger for organiseringen av vårt helse- og sosialvesen og

tjenestenes faglige innhold. Men så langt har det ikke vært politisk vilje til å ta denne kunnskapen på alvor.

## SYKDOMSKILDEN

Krenkelser i barndommen har en direkte årsakssammenheng med en rekke spesifikke symptomer, slik som reguleringsvansker av affekt og atferd, forstyrrelser i oppmerksomhet og bevissthet, endret selvoppfattelse og selvattribusjon og sosiale/relasjonelle vansker. Det er vanskelig å forestille seg psykiske sykdomsforløp som ikke berøres av ett eller flere av disse symptomområdene. Når krenkelseserfaringer ser ut til å bety så mye for symptom- og lidelsesbildet, vil det være nødvendig å kartlegge slike erfaringer hver gang vi møter uhensiktsmessige utviklingsforløp. For bruk av deskriptive diagnoser alene medfører



## TEKST

Ane Ugland Albæk  
Universitetet i  
Agder, RVTS Sør og  
Universitetet i Bergen

Mogens Albæk  
Barne-, ungdoms- og  
familieetaten

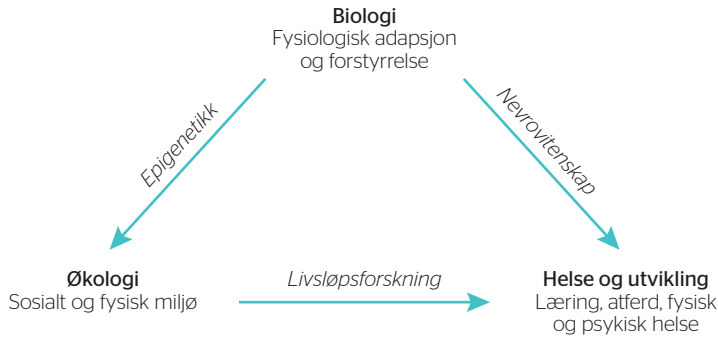
## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## UTVIKLINGS- TRAUMER







**FIGUR 1** gir en oversikt over fag- og forskningsområder utviklingstraumefeltet har hentet kunnskap fra (etter Shonkoff et al., 2012, s. 234).

en risiko for at årsaksforhold ikke avdekkes, og dermed også for at vi ikke setter i gang de rette tiltakene (se ellers andre bidrag i dette temanummeret for en nærmere forklaring av utviklingstraumer).

### NÅR MILJØ OG BIOLOGI KOLLIDERER

Utviklingstraumer handler om at alvorlige forstyrrelser i barnets økologi (oppvekst- og omsorgsmiljø) påvirker og endrer barnets biologi (og dermed også psyke), noe som igjen kan forårsake ettervirkninger i form av fysiske og psykiske symptomer.

Utviklingstraumefeltet har hentet bidrag fra mange fag- og forskningsområder, slik som nevrovitenskap, stressforskning, utviklings- og tilknytningspsykologi, epigenetikk og terapi-forskning. Dette komplekse kunnskapsfelt skisseres i figur 1.

Figur 1 forteller oss også hvilke kunnskapsfelt som kaster lys over forbindelsene mellom barnets økologi, biologi og utvikling: *Livsløpsforskningen* har dokumentert klare sammenhenger mellom livshendelser og senere sykelighet (Felitti & Anda, 2010). *Epigenetisk og biologisk forskning* har vist oss at menneskets biologi påvirkes og formes av ytre miljøfaktorer (Fosse, 2017). Og *nevrovitenskapen* beskriver hvordan traumeerfaringer bearbeides i hjernen og nervesystemet, og viser oss hvordan dette igjen påvirker utvikling og helse (LeDoux, 2015). Satt på spissen forteller denne forskningen oss at våre omsorgserfaringer får store følger for vår utvikling, og at det er i barns omsorgsbetingelser vi finner de mest potente intervensjonene, enten det er som forebyggende tiltak eller som behandling.

### Økologi og utvikling

At barnets helse og utvikling påvirkes av alvorlige svikt i dets oppvekstmiljø, lar seg spore langs flere linjer: Longitudinelle studier og kohortstudier viser samvarians mellom traumatiserende opplevelser tidlig i livet og senere helsemessige konsekvenser. Utviklingspsykologiske bidrag viser at utvikling av selvregulering er en sentral utviklingsoppgave for barn, og at forstyrrelser i denne evnen kan få store følger for barnets tilknytning og identitet. Forskning dokumenterer også at man bærer traumer med seg som varige avtrykk, også inn i voksen alder, der posttraumatisk skam og skyld påvirker selv-attribusjon, persepsjon av



nye opplevelser, selvfølelse, identitet og vitalitet (Wilson et al., 2006).

Den økte kunnskapen om krenkelser bør stå sentralt i folkehelsearbeidet. Det betyr å utvikle helsefremmende og forebyggende intervensjoner som minimerer de skadelige sosiale stressorene i barns hverdag. Da må vi sikre alle barn tilgang til trygge voksne omsorgspersoner: for eksempel gjennom tettere og oppsøkende familiarbeid, psykososial helsestasjon, lav terskel for foreldreveiledning samt opplæring til alle voksne i reguleringsstøtte som en del av allmenn omsorgskompetanse.

Denne kunnskapen utfordrer allerede helsevesen og helsemyndigheter. En biomedisinsk sykdomsforståelse og deskriptive diagnoser gir ingen garanti for at utviklingstraumer avdekkes. Derfor er det gledelig når vi ser en økende forståelse i helsetjenesten for behovet for innhentning av grundig traumeanamnese. Så langt har imidlertid dette kun delvis fått konsekvenser for innholdet i profesjonsutdanningene og i helsepolitiske kompetansekrav til utøvere.

### Økologi og biologi

I dag har vi en bedre forståelse av hvordan miljøet påvirker biologien. Sentralt i denne forståelsen står epigenetiske mekanismer (Andersen, 2014), som forenklet består i at prosesser i kromatimet i menneskets cellekjerne er følsomme for påvirkninger fra miljøet (slik som opplevd stress og frykt), og kan respondere med å slå gener av og på. Det har vist seg at epigenetiske prosesser i sentralnervesystemet er spesielt sensitive for psykososiale miljøbelastninger. For eksempel vet vi at opplevd vold og omsorgssvikt kan påvirke og endre barnets stress-respons-system (HPA-aksen).

Også denne kunnskapen utfordrer våre hjelpesystemer, blant annet med hensyn til behandling og forebygging. For endringer i epigenetiske mekanismer bidrar ikke bare til utvikling av psykiske lidelser, de synes også å være reversible. Det gir grunnlag for optimisme med hensyn til psykologisk behandling ettersom studier har vist at vellykket psykoterapeutisk intervensjon over tid kan bidra til «epigenetisk reparasjon» (endring i genmetylering) (Perroud et al., 2013). De menneskelige og samfunnsøkonomisk gevinster av å sikre utviklingstraumatiserte tilgang til virksam ( gjerne ensbetydende med langvarig) behandling og oppfølging, er noe våre helsemyndigheter snart bør ta inn over seg.

### Biologi og utvikling

Utviklingstraumer kan forårsake funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen, som når vi finner at utviklingstraumatiserte er mer sensitive ovenfor nye stimuli på grunn av redusert funksjon i prefrontal cortex og økt sensitivitet i det limbiske system. Disse endringene medfører også skjevutvikling i de psykologiske funksjonene de er involvert i, og følgene blir affektreguleringssvanser, hukommelsessvanser, feilpersipering av stimuli, labilt stemningsleie og læringsvanser.

Kunnskapen vi har, tilsier også at det ikke er korrigeringer og rasjonell rådgivning som har størst effekt når vi skal skape gode betingelser for personer som bærer med seg utviklingstraumer. I stedet er det gode psykososiale erfaringer rammet inn av trygge relasjoner og samregulerende støtte som viser seg å ha størst epigenetisk reprogrammerende effekt og er best egnet til å bedre funksjonen i underutviklede hjernestrukturer.

### UTVIKLINGSTRAUMER UTFORDRER

Traumefaget er ungt, og vi må derfor ta forbehold når vi anvender kunnskapen. Likevel representerer traumeforståelsen – i kraft av sitt tverrfaglige og interdisiplinære forskningsgrunnlag – et moderne forslag til en konseptuell modell av forholdet mellom barndomskrenkelser og senere helsevanser.

Forståelsen har også medvind for tiden. Både blant fagfolk som finner perspektivet verdifullt i sin yrkesutøvelse, og blant mange «brukere» som liker anerkjennelsen det ligger i å bli møtt med nysgjerrighet på *hva det er de har opplevd*, fremfor *hva det er som feiler dem*.

For helsetjenestene våre kan det derfor bli nødvendig å tenke at «psykisk syk» ikke nødvendigvis er noe man *er*, at en diagnose ikke trenger å være noe man *har*, men at symptomer kan være noe man *gjør* for å dempe en enda mer invalidiserende krenkelses-skapt smerte. Dette betyr at blikket flyttes fra deskriptive til kausale forståelser, som igjen utfordrer måten vi kategoriserer lidelse på. Evidensbaserte manualiserte behandlinger med symptomlindring som mål må kanskje vike plassen for samarbeidsorientert behandling der utviklingstraumatiserte får hjelp til gode handlings- og mestringsalternativer for å håndtere intense følelser, traumepåminnere og møter med andre mennesker.



Også mange «brukere» liker anerkjennelsen det ligger i å bli møtt med nysgjerrighet om hva det er de har opplevd, fremfor hva det er som feiler dem





Traumeforståelse kan ikke være eksklusiv for helsetjenestene, men må utvikles til en felles forståelsesramme på tvers av sektorer

Utviklingstraumene fører med seg reguleringsvansker av både følelser, kognisjon og atferd. Utviklingstraumatiserte barn og unge (og voksne) vil derfor være å finne på henvisningslisten til en lang rekke av våre hjelpetjenester, slik som somatisk og psykisk helsevern, rusvern, barnevern, sosialtjenester, spesialpedagogiske tjenester og NAV. I vårt høyspesialiserte (og kanskje fragmenterte) hjelpeapparat er det en fare for at spesifikke diagnoser skygger for de komplekse årsaksforhold som utviklingstraumer representerer. Følgen blir da at brukerens grunnleggende situasjon og behov ikke avdekkes. Traumeforståelse kan derfor ikke være eksklusiv for helsetjenestene, men må utvikles til en felles forståelsesramme på tvers av sektorer.

Og nettopp det er kanskje «traumebevegelsens» største utfordring: å få plassert forståelsen av utviklingstraumer på systemnivå som et helhetlig felles bakteppe for alle samfunnets møteplasser mellom barn og voksne. Frem til nå har vi først og fremst vært vitne til at utviklingstraumeforståelsens individperspektiv i stigende grad har funnet gjengklang hos tjenester som møter enkeltpersoner i terapi, rådgiving eller veiledning. For å se resultater på forebyggende nivå er det nødvendig å få kunnskapen integrert helt ned til lokalmiljønivå.

#### VEIEN VIDERE

Legger vi forskningen på utviklingstraumer til grunn, står vi overfor en av vår tids store helseutfordringer, både samfunnsøkonomisk og menneskelig. Samfunnets største oppgave fremover bør derfor være å forebygge at barn utsettes for krenkelser og omsorgssvikt. Å ta denne oppgaven på alvor vil kreve helhjertet omprioritering av samfunnets felles midler, der vi må bruke mer ressurser på tidlig innsats. Det innebærer ikke minst å sikre at alle barn har trygge voksenrelasjoner. Vi bør derfor prioritere familie- og nettverksbaserte intervensjoner der flest mulig voksne har psykososial kompetanse. Tiltak som økologisk kartlegging ved barneundersøkelser og obligatoriske hjemmebesøk til barnefamilier vet vi gir gode muligheter for tidlig å avdekke vansker og sette inn hjelpetiltak. Men er samfunnet klar for å pålegge slike besøk? Og er samfunnet klar til å organisere sine tjenester i tråd med de mulighetene den nye kunnskapen gir oss? Vårt svar er at vi ikke har noe annet valg. ✕

#### REFERANSER

- Andersen, R. (2014) «Psikiatrisk epigenetik», *Psykolog Nyt (Tidsskrift for dansk psykologforening)*, 13: 6–10
- De Bellis, M.D., Sprat, E.G & Hooper, S.R. (2011) Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, no 10, 548–587
- Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2010) The Relationship of Adverse Childhood Experiences to adult medical disease, psychiatric disorder and sexual behavior. I Lanius, Vernetten & Pain (red.) (2010) *The Impact of early life trauma, health and disease*, Cambridge UK
- Fosse, R. (2009) Genetikk – er betydelige effekter dokumentert ved schizofreni? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 6
- LeDoux, J. (2015). *Anxious. Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. New York: Penguin Books.
- Perroud, N., et al. (2013) Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *TranslPsychiatry*, 3.
- Shonkoff, J.P. & Garner, A.S. (2012) The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and toxic stress, *American Academy of Pediatrics*, 129:232–246
- Wilson, J.P., Drozdek, B. & Turkovic, S. (2006) Posttraumatic shame and guilt, *Trauma, Violence and Abuse*, 7(2), 122–141

# Byråkratenes helsetjeneste

Går det an å endre lovene når hjelp som hjelper, er ulovlig?

«**FYLKESMANNEN SLÅR NED** på Stangehjelpa», leste jeg i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Stangehjelpa har brutt noen lover fordi den, etter ønske fra klienter, ikke brukte kartleggingsverktøy eller diagnoser.

Jeg ser ikke at Fylkesmannen har vurdert resultatene av hjelpen ved Stangehjelpa eller snakket med klienter. Det synes jeg er rart. Jeg synes også det er rart at artikkelforfatteren, Øystein Helmikstøl, bare gjentok Fylkesmannens konklusjon uten å sette spørsmålstegn ved den.

Heldigvis bidrar sjefredaktør Bjørnar Olsen med en motstemme i lederartikkelen (s. 855): Han viser til denne og en annen artikkel og mener at «... før eller senere må lovverk og praksis samstemmes».

Ja, takk, sier jeg. Jeg ber også om at flere fagfolk begynner å følge Stangehjelpas praksis med å vurdere resultatene av det de gjør.

For 30 år siden gikk jeg ut offentlig med min historie om barndommens seksuelle overgrep. Da hjalp terapeutisk korrekt og lovlig psykisk helsevern meg til randen av selvmord, og jeg måtte rømme fra helsetjenesten for å bli oppegående og arbeidsdyktig igjen. Og fremdeles, i 2017, blir mennesker skadet av helsetjenester som mangler kunnskap om komplekse traumer (Vaalund, 2017).

Vi er i en brytningstid mellom psykoterapiens tradisjonelle, hierarkiske kunnskaper og nåtidens internasjonale nettverk av informa-

sjon om traumeforskning (Vaalund, 2017). Dessverre avgjør postnummeret hva slags psykisk hjelp man får, og jeg kjenner flere som har overveid å flytte til Stange på grunn av Stangehjelpa.

Det snakkes så mye pent om brukermedvirkning og pasientenes helsetjeneste. Den oppnår vi bare når fagfolk slutter å klamre seg til tradisjonelle kunnskaper, og når lovverket støtter forskningsbaserte tiltak som virkelig gir rom for medvirkning.

Selvsagt er gode kontrollsystemer viktige når det gjelder psykisk hjelp. Men skal kontrollen bygge på hierarkiske kunnskaper eller på direkte tilbakemeldinger fra personene som mottar hjelpen? Stangehjelpa bruker den siste metoden (Miller, 2017), og bortsett fra at den bryter lover som burde være avleggs, gjør den en god jobb. ✕

Se også aktuellsak på side 915

## REFERANSER

- Vaalund, I.J., 2017, En drøm om frigjørende psykisk hjelp <http://www.lmsso.no/en-drom-om-frigjorende-psykisk-hjelp/>
- Miller, S.D., Brave or Foolhardy? Dramatic Implications of a New Psychotherapy Outcome Study (2017) <http://www.scottdmiller.com/.../brave-or-foolhardy-dramatic-.../>



**INGRID JOHANNE VAALUND**, oversetter, erfaringskonsulent og regionansvarlig i Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO)

## STANGEHJELPA

# Et forsvar for diagnoser

Diagnosesystemet er langt fra perfekt, men jeg tror ingen ønsker et system der helsepersonell etter eget forgodtbefinnende skal kunne definere noe som sykdom.



**ANDREAS HØSTMÆLINGEN,**  
fagsjef i Norsk  
psykologforening

## SYKELIGGJØRING

**BJØRN HOFMANN** og Marianne Mjaaland har åpenbart lite til overs for mitt forsvar for sykeliggjøring (Høstmælingen, 2017). Mjaaland påstår at jeg «forsvarer offensivt en sykeliggjøring [og] uten en eneste kritisk kommentar et diagnosesystem som med DSM 5 har svulmet opp til 400 adskilte diagnoser» (Mjaaland, 2017, s. 666). Hofmanns kritikk synes å være at jeg ved å argumentere for en funksjonsbasert sykdomsforståelse åpner for å definere alt som er vanskelig, som sykdom og dermed gjøre alle folkeslag til psykologenes pasienter. Det ser også ut til at han mener det følger logisk av min argumentasjon at «psykologer vilkårlig [vil] sykeliggjøre tilstander etter eget forgodtbefinnende» (Hofmann, 2017, s. 759).

Ved å skrive at sykeliggjøring ikke *bare* trenger å være negativt, mente jeg selvfølgelig heller ikke å påstå at det er et ubetinget gode. Det er åpenbart problematiske sider ved diagnosesystemet (Høstmælingen, 2016), og de negative konsekvensene av sykeliggjøring er godt belyst fra før. Videre er jeg helt enig med Hofmann i at det må være grenser for hva som skal defineres som sykdom. Men jeg er ikke enig i at det følger av en funksjonsbasert sykdomsforståelse at alle plager med plagsomme konsekvenser gjør en syk. Jeg er også helt enig med

Mjaaland i at diagnosesystemet er problematisk, men mener hun går altfor langt når hun påstår det er ubrukelig og bør skrotes. La meg utdype hvorfor.

### BORT FRA ESSENSIALISMEN

I alle samfunn der velferdsstaten betaler for folks behandling, må man sette grenser for når slike ressurser skal utløses. Sykdomsbegrepet er den viktigste inngangsporten til folketrygdens ytelser, som sykepenger og stønad ved helsetjenester (Kjønstad, 2001). Hvis man i lovens forstand ikke er syk, må man kort og godt klare seg selv.

Dette aspektet fanges tydelig opp i Hofmanns egen sykdomsdefinisjon: «Sykdom er ikke en «ting», men avvik fra en norm – i dette tilfellet fra en normal funksjon, der normal er definert av samfunnet» (Hofmann, sitert i Hofmann, 2017, s. 758). Ifølge denne definisjonen vil ikke noe være sykt før samfunnet har akseptert det som avvikende, og samfunnets definisjonsmakt kommer klarest til uttrykk gjennom hva det betaler for, og hvilke lover det vedtar.

Jeg våger den påstanden at samfunnet langt på vei har beveget seg fra essensialisme mot en funksjonsbasert sykdomsforståelse. Tidligere var det et krav om at retten til sykepen-





Faksimile fra augustutgaven av Psykologtidsskriftet.

ger bare kunne utløses om det forelå «objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte» (Kjønstad, 2001, s. 41). For at noe skulle være en sykdom, måtte det altså finnes «en ting» vi kunne peke på som forårsaket plagene. Men allerede i 1966 ble dette kravet opphevet. Man kunne etter dette ikke bare bygge på objektive symptomer, men måtte også ta hensyn til pasientens egne angivelser av smerter og lidelser. For å få rett til helsehjelp eller sykepenger i dag må man ha en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom, men det er altså ikke et krav at den sykdommen er objektivt påviselig (Kjønstad, 2001). Vi står da igjen med to nivåer av sykdomsbegrepet, det ene inni det andre som kinesiske esker. Det øverste nivået stadfester det å være syk som en rettighet som utløser det offentliges plikt til å hjelpe deg. Men det offentlige innrømmer ikke alle retten til å være syk. Velferdsstatens goder kan bare utløses om man imøtekommer det doble kravet om å miste funksjon (f.eks. at man ikke kan arbeide), og at dette funksjonstap skyldes en forhåndsdefinert sykdom. Med en essensialistisk sykdomsforståelse kunne man peke på sviktende funksjon, men man ville likevel blitt nektet retten til å være syk om man ikke kunne vise til objektivt påvise-

lige årsaker. Når dette kravet frafaller, blir det prinsipielle spørsmålet hvilke kriterier man skal legge til grunn for å gi noe status som rettighetsutløsende sykdom.

Hvis vi ikke kan basere oss på objektivt påviselige kriterier for å definere sykdom, har vi – som Hofmann påpeker – et problem. Skal vi legge opp til et system der hvert enkelt helsepersonell etter eget forgodtbefinnende skal kunne definere noe som sykdom? Nei. Et slikt system ville brutt med grunnleggende prinsipper om rettferdig fordeling av velferdsgoder. Når man gis nøklene til trygdekassa, må det også finnes noen transparente kriterier for slik fordeling.

Det er her diagnosesystemet kommer inn. Det utgjør lista over tilstander samfunnet aksepterer som sykdom. Noen av dem har objektivt påviselige årsaker, mange ikke. Gjennom revisjoner ser vi at noen tilstander forsvinner ut, andre inn. I en del tilfeller vil nye fenomener legges til – altså en sykelligjøring av det som før var normalt. Men i mange tilfeller blir det som før var en kategori, redefinert og/eller splittet opp i flere. Dette betyr at antallet mennesker som defineres som syke, ikke nødvendigvis øker i takt med antallet diagnoser.





Den største utfordringen med diagnosene er ikke at de eksisterer, men at vi har brukt dem feil

Diagnosene har noen fordeler. Som samlebetegnelser på plager gjør de oss for eksempel i stand til å identifisere folk med «psykoselidelser», «alvorlige traumelidelser» eller «personlighetsforstyrrelser» som mennesker med særlig stort lidelsestrykk og behandlingsbehov (Mjaaland, 2017). De gjør oss i stand til å evaluere følgene hvis man ikke får hjelp, som at 26,6 prosent av den totale uførheten i Europa skyldes psykiske lidelser (Wittchen et al., 2011). De gjør oss også i stand til å forsøke å finne ut hva som kan være hjelpsomt: For eksempel finnes det 32 ulike fremgangsmåter som kan være hjelpsomme for folk med førstegangs psykoser (Addington, McKenzie, Norman, Wang, & Bond, 2013). Men selv om Mjaaland bruker diagnostiske kategorier for å beskrive de gruppene hun mener trenger mer fokus, uttrykker hun også bekymring over diagnosesystemets svakheter. Og langt på vei deler jeg hennes bekymring. Vi vet ikke, basert på diagnosen, hva som utløser og opprettholder problemene, eller hvilke risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som er til stede i pasientens liv. Dette betyr at de psykiske diagnosene ikke fullt ut gjør oss i stand til å forstå hva en pasient har behov for, hvilken behandling de trenger, eller hvor mange timer og ressurser som må til for å hjelpe (Bretteville-Jensen & Kaarbøe, 2004; Høye, 2013). Helsedirektoratet (2011) vektlegger behovet for egne kvalitetsstrategier på grunn av disse særegenhetene ved psykiske diagnoser.

#### SANNHET VS. NYTTE

De kategoriene vi bruker for å beskrive psykiske lidelser, peker altså ikke på objektivt påviselige tilstander som vi kan skille klart fra hverandre. Med så store usikkerheter er det betimelig å spørre hvorfor vi skal bruke dem i det hele tatt. Men vi kan også snu på flisa og spørre hvor sant et begrep må være før det kan være nyttig. Kravet om at diagnosene skal være sanne, baserer seg ofte på korrespondanseteorien om sannhet, nemlig at forestillingen om at begreper og ideer blir sannere jo mer nøyaktig de beskriver en objektivt observerbar virkelighet (Alexander & Shelton, 2014). En av psykologiens grunnleggere, William James, bestred denne ideen. I pragmatisk forstand er en idé sann i den grad den hjelper oss til å håndtere verden – «any idea upon which we can ride [...] is true» (James, 1907/2012, s. 28).

James (og senere konstruktivistiske filosofer) påpekte hvordan vi hele tiden bruker begreper som er sanne i den forstand at de hjelper oss til å forklare og håndtere verden, men som ikke direkte beskriver objektiv virkelighet. Ingen kan peke på konkrete objekter som begrepene «kristen» eller «konservativ» beskriver. Likefullt kan vi organisere eller sågar utslette samfunn basert på dem. Eller ta noe så fundamentalt som vår opplevelse av et «selv». Vi føler alle at det er et ikke-reduserbart «jeg» som trekker i spakene i livet vårt, men det er en illusjon ulike nettverk i hjernen skaper, på samme måte som vi tror at vi har et bredt detaljrikt visuelt felt (når vi faktisk er blinde for detaljer utenfor det punktet vi til enhver tid fikserer på) (Pinker, 2003, s. 42–43). Selv om diagnosene ikke er sanne gjengivelser av objektivt observerbare tilstander, kan de likefullt være nyttige verktøy for å beskrive lidelse, identifisere folk som trenger hjelp, og sammenstilt med forskning lage hypoteser om hva som bør gjøres for å hjelpe.

Vi må altså håndtere to motstridende premisser. Det ene er at samfunnet trenger kriterier for å unngå at helsepersonell med for mye definisjonsmakt skaper grenseløs sykeliggjøring. Det andre er at diagnosene som kan sette disse grensene, mangler objektive korrelat. Vi kunne forsøkt å finne andre måter å kategorisere psykiske lidelser på som var nærmere en objektiv sannhet. Men også her trekker nyere forskning i hver sin retning. Det transdiagnostiske perspektivet foreslår å ta utgangspunkt i de underliggende mekanismene for diagnosene. For eksempel finner vi at grubling og unngåelsesatferd er felles for mange psykiske lidelser, og kan danne utgangspunkt for klassifisering og behandling (Frank & Davidson, 2014; Hagen, Urnes Johnson, Rognan, & Hjemdal, 2012). I motsatt retning ser vi konturene av en mer generell form for klassifisering. På samme måte som IQ kan gi ett enkelt uttrykk for et generelt evnenivå, kan en p-faktor gi ett enkelt uttrykk for psykopatologi (Caspi et al., 2014).

Inntil videre enes ikke forskningen om et godt alternativ til diagnosene, og jeg tror vi må leve med dem. Fordi samfunnet trenger et sett med kriterier for å regulere tilgangen til helsetjenester. Men også fordi fagfolk og pasienter trenger begreper for å beskrive lidelse. Og for borgerne i et samfunn er det ikke gitt

at det å sykeliggjøre noe som før var normalt, utelukkende er negativt. Økt sykeliggjøring kan også svare på reelle behov i befolkningen (Madsen, 2017). Det er ikke uproblematisk å veie risikoen for de negative effektene av sykeliggjøring opp mot risikoen for å nekte folk som trenger det, tilgang til velferdsgoder. Samtidig må politikere, helseledere, fagfolk og pasienter ta inn over seg at disse begrepene ikke er uttrykk for objektivt påviselige tilstander. Det betyr at vi må organisere helsevesenet på en annen måte. Vi kan ikke legge opp til pakkeforløp eller retningslinjer der vi bestemmer på forhånd hvilken behandling som skal gis, basert på diagnoser. De er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for utredning, og må suppleres med informasjon som gir et reelt bilde av utløsende og opprettholdende årsaker. Først da kan man få et godt beslutningsgrunnlag for hvilke fremgangsmåter man bør tilby den enkelte pasient. Og man må legge opp til en systematisk evaluering underveis som gjør det mulig å finne ut om man når de målene man har satt seg, og justere kursen, nettopp fordi et noe uklart utgangspunkt forutsetter bedre kvalitetssikring i den andre enden. Den største utfordringen med diagnosene er ikke at de eksisterer, men at vi har brukt dem feil. ✕

## DEBATT OM SYKELIGGJØRING

### Tidligere innlegg:

- Nr. 6 - 2017** Et forsvar for sykeliggjøring (Høstmælingen)
- Nr. 7 - 2017** En triumf for pasienten eller for fagforeningen (Mjaaland)
- Nr. 8 - 2017** Grenseløs sykeliggjøring (Hofmann)

## REFERANSER

- Addington, D.E., McKenzie, E., Norman, R., Wang, J., & Bond, G.R. (2013). Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services, 64*(5), 452–457.
- Alexander, B.K., & Shelton, C.P. (2014). *A History of Psychology in Western Civilization*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Bretteville-Jensen, A.L., & Kaarbøe, O. (2004). Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 124*, 2379–2381.
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T.E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science, 2*: 119. doi:10.1177/2167702613497473
- Frank, R.L., & Davidson, J. (2014). *The Transdiagnostic Road Map to Case Formulation and Treatment Planning*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hagen, R., Urnes Johnson, S., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(3), 247–252.
- Hesledirektoratet. (2011). Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: HelseDirektoratet.
- Hofmann, B. (2017). Grenseløs sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54*(8), 758–760.
- Høstmælingen, A. (2016). Hva er en psykisk diagnose? Lastet ned fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/velkommen-til-psykologhjelp/hva-er-en-psykisk-diagnose>
- Høstmælingen, A. (2017). Et forsvar for sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54*(6), 570–571.
- Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 133*(12), 1329–1331.
- James, W. (1907/2012). *Pragmatism: Renaissance Classics*.
- Kjønstad, A. (2001). *Innføring i trykderrett* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O.J. (2017). Medikaliseringsbegreps kolonisering av forskerverden. I Hilde Bondevik, Ole Jacob Madsen & Kari Nyheim Solbrække (red.), *Snart er vi alle pasienter* (s. 25–61). Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Mjaaland, M. (2017). En triumf for pasientene eller for fagforeningen? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54*(7), 666–667.
- Pinker, S. (2003). *The Blank Slate*. London: Penguin books.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655–679.

# Et spørsmål om konfidensialitet



Norsk pasientregister fører alle pasientkonsultasjoner med avtalespesialister automatisk inn i kjernejournaler. Kan de gjøre det?

**ELIN WORMNES** og **PETER RONGVED**, privatpraktiserende psykologer med avtalehjemmel

## KJERNEJOURNAL

**EN LITEN HISTORIE** fra virkeligheten: For en tid siden fikk jeg (Elin Wormnes) en rekommandert sending fra Helsedirektoratet, der jeg ble bedt om å bekrefte at en pasient (uten navn, men med personnummer) angivelig skulle ha vært til to konsultasjoner hos meg for snart åtte år siden. Pasienten hadde bedt om å få rettet sin kjernejournal fordi vedkommende «ikke kjente til denne psykologen.»

Denne historien fikk oss til å undersøke saken. Vi fant at Norsk pasientregister (NPR) førte opp alle konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten i pasienters kjernejournal med hjemmel i lov av desember 2007. Denne kunnskapen var ny for oss. På bakgrunn av dette startet vi med å opplyse pasientene om at alle datoer for våre konsultasjoner var oppført i kjernejournalen i sin helhet. Vi oppfordret dem også til å sjekke sin kjernejournal. I denne forbindelse oppsto problemstillingen om å kunne slette eller blokkere data i kjernejournalen for innsyn, og ikke minst, pasientenes egen mulighet til å se hvem som hadde vært inne i journalen og dermed kjente til disse sensitive opplysningene.

Vi vet at pasienter ønsker å begrense hvem som skal vite at de går eller har gått til psykolog. Psykiske vansker er fremdeles et sårbart tema for mange. Det er forbundet med skam og følelse av å være annerledes. De kjenner redsel for stigmatisering og frykter at opplysningene kan brukes mot dem i arbeidslivet. At helsepersonell skal kunne lese om pasienters kontakt med psykolog, var for mange en truende kunnskap, og flere uttrykte et ønske om at slike opplysninger skulle fjernes.

## ETISKE DILEMMAER

Vi har tatt problemstillingen opp med andre avtalespesialister, sentrale personer i NPF og avdelingsdirektører i psykiske helsevern, som heller ikke har kjent til praksisen om automatisk føring av pasientkonsultasjoner i kjernejournal. Vi sitter igjen med en følelse av å ha ført våre pasienter bak lyset. De automatiske oppføringene i kjernejournalen har ført til faglige og etiske dilemmaer for oss.

På tvers av terapeutiske retninger er forskning og kunnskap entydig på relasjonens betydning i terapi. Dette betyr at relasjonen mellom pasient og terapeut er ytterst viktig for terapieresultatet. De fire etiske hovedprinsipper for psykologer tar også høyde for denne kunnskapen: respekt for klientens rettigheter og verdighet, kompetanse, ansvar og integritet.

Det første punktet, «respekt for personens rettigheter og verdighet», legger vekt på: «[at] psykologen viser respekt for, og arbeider for å fremme utviklingen av hvert menneskes rettigheter, verdighet og integritet. Psykologen respekterer individets rett til privatliv, konfidensialitet, selvbestemmelse og autonomi, i samsvar med psykologens øvrige profesjonelle forpliktelser og med loven.»

Videre om konfidensialitet og taushetsplikt står det: «... psykologen kan også i henhold til loven være forpliktet til å gi fra seg opplysninger, og informere pasienten om de begrensningene i taushetsplikten som følger av loven.»

De fleste har nok informert pasientene om begrensningene for taushetsplikten (fare for liv og omsorgssvikt samt opplysninger til Helfo). Psykologer vi har snakket med vedrørende



automatisk føring av pasientopplysninger i kjernejournal, har ikke vært kjent med denne praksisen, og har dermed ikke informert pasienten. Flere gir uttrykk for at de ikke trodde at det var denne type informasjon som var viktig for kjernejournalen.

I informasjon fra Helsedirektoratet om hva som var intensjonen med kjernejournalen, står det at journalen skal inneholde opplysninger som kan være avgjørende med tanke på å sikre adekvat behandling i akutte situasjoner. Videre står det at besøk hos avtalespesialist «kan» være aktuelle data å ha med i kjernejournalen. Slik vi oppfatter dette, betyr «kan» en vurdering av nytten for pasienten. En forutsetning for oppføring av slike opplysninger må være en konstruktiv samtale med pasienten, der vi sammen vurderer nytten av at denne informasjonen står i kjernejournalen.

Praksisen med automatisk innføring av konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten i kjernejournal fører til flere dilemmaer: Hvordan kan vi som behandlende psykologer i spesialisthelsetjenesten kunne ivareta pasientenes behov for konfidensialitet om kontakt med psykolog samtidig som vi må utføre de pålegg og forpliktelser som forventes av oss som offentlige ansatte, slik som å sende informasjon til NPR? Kan vi risikerer at mennesker med alvorlige psykiske vansker vil vegre seg for kontakt med offentlig ansatte psykologer og psykiatere dersom de er kjent med at avtalene de har hatt gjennom mange år, blir tilgjengelig informasjon for annet helsepersonell? Hvilken nytte kan det ha for pasienten at alt fremmøte hos psykologspesialist står i kjernejournalen?

Vi forventer at Norsk psykologforening tar tak i disse og andre problemstillinger knyttet til etiske dilemmaer vedrørende kjernejournal. ✕



## Replikk

# Nødvendig ruspresisering

**BJØRNAR OLSEN**, sjefredaktør i Psykologtidsskriftet

## RUS

**HALVOR KJØLSTAD** gir politikere, fagpersoner og redaksjonen en viktig påminnelse om betydningen av språklig presisjon i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet. I dagens ordskifte er begrepet ruspolitikk ofte ensbetydende med narkotikapolitikk, og da forsvinner det mest brukte rusmiddelet - alkoholen - ut av politikken, faglige diskusjoner og mediene. Når Psykologtidsskriftet retter søkelyset mot Portugals narkotikapolitikk burde vi ha omtalt det som narkotikapolitikk, ikke ruspolitikk. Vi takker for en velbegrunnet formaning. ✕

## Debattert

# Praktikum

**Hestehandel** Det folk reagerer på er at dere vil flytte praktikum. Både på grunn av mulige praktiske konsekvenser og av prinsipielle årsaker. Hvorfor trenger dere å flytte en svært viktig del av profesjonsstudiet ut av PSI sine lokaler for å skaffe flere praksisplasser? Jeg tror ikke det er åpenbart for folk hvorfor denne hestehandelen er nødvendig.

*Peder Stabell, på Facebooksiden Psykologer og profesjonsstudenter 10 september kl. 13:22*

**Perifer klinikk** - Ingen av oss er imot grunnforskning, men vi er redd for at den kliniske opplæringen og profesjonsutdanningen som sådan blir mer perifer ved instituttet. Vi brenner for det samfunnsoppdraget psykologisk institutt har, og synes ikke ledelsen i sine visjoner prioriterer og er opptatt av dette på lik linje med eksellensforskningen.

*Helene Amundsen Nissen-Lie til Morgenbladet 15. september*

**På sikt** - Vi må tenke på arbeidsvilkårene til studentene om fem og 10 år. På et eller annet tidspunkt må vi finne en løsning. Klinikerne er et viktig miljø hos oss, men vi har jo mange miljøer å ta hensyn til. Det er utfordrende å finne plass til alle for instituttet har hatt en sterk vekst over mange år.

*Pål Kraft til Universitas 15. september*

**Prestisje** Det virker som Pål Kraft bruker vanskelighetene med å skaffe forpraksisplasser som et middel for å skyve praktikum ut. Praktikum generer ikke penger og prestisje, det gjør derimot et stort forskningssenter. Vi har dermed grunn til å tro at økonomi og prestisje står høyere hos ledelsen ved Psykologisk Institutt enn kliniske fagmiljøer og opplæring.

*Kristina Strømholtholt på Facebooksiden Psykologer og profesjonsstudenter 15. september kl. 12:08*

# Ingen katastrofe for psykologien



Empirisk forskning er leting etter observasjoner som sier noe om hva vi kan vente i fremtiden. Empiri har bare en hensikt hvis den gir mulighet for å forutsi.

**JAN SMEDSLUND**

Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

VITENSKAPSTEORI

**NÅR KOLLEGER** med livslang forskningsbakgrunn og livslang praktisk bakgrunn er uenige, kan forklaringen delvis ligge i misforståelser. På ett punkt er dette helt klart. Skjerve og Reichelt skriver følgende i augustutgaven av *Psykologtidsskriftet*: «Empiri er vanlig forstått som sansebasert observasjon, i forskning eventuelt som registreringer fra et måleinstrument.» Med en slik tolkning blir en antiempirisk posisjon selvfølgelig helt urimelig, og den pågående diskusjonen om replikasjon av psykologisk forskning helt uforståelig. Det man diskuterer, er jo ikke primært om observasjonene er *korrekte*, men om de kan *gjentas*! Empirisk forskning er leting etter observasjoner som sier noe om hva vi kan *vente i fremtiden*. Empiri har bare en hensikt hvis den gir mulighet for å *forutsi*. Selve ordet «kunnskap» viser til noe som er gyldig ut over her-og-nå.

Skjerve og Reichelt spør om under hvilke «spesielle omstendigheter» jeg tror at empirisk forskning allikevel kan ha verdi. Jeg tenker da i første rekke på undersøkelser av virkninger av intervensjoner på gjennomsnitt i store befolkningsgrupper (f.eks. vedrørende skolesystemer, helse- og sosiallovgivning, fengselsystemer, osv.), fordi man kan anta at forandringer vil skje langsomt (Smedslund & Ross, 2008). Observasjoner selv av små forskjeller og korrelasjoner vil derfor kunne være sosialpolitisk verdifulle en tid fremover. Dette kan også gjelde det som Skjerve og Reichelt nevner om empiriske studier av «risikofaktorer» i store befolkningsgrupper.

**PSEUDOEMPIRI**

Skjerves og Reichelts henvisning til tradisjonen fra Gerald Patterson belyser direkte et punkt der dagens psykologiske forskere etter min mening tar feil. Familiesamspillene som er observert, kan ikke bare gi opphav til induktivt resonnement (fordi A er observert å bli fulgt av B, vil A fortsette å bli fulgt av B), men også til en forståelse av at A *impliserer* B. Altså at B følger logisk av A. Med andre ord kan utsagn om regelmessigheter i familiedynamikk være *pseudoempiriske* (Smedslund, 1991) fordi de egentlig uttrykker logiske sannheter. Et eksempel som ligger nær den atferdspsykologiske tradisjonen som Skjerve og Reichelt sogner til, er min påvisning av at *hele* Albert Banduras teori er pseudoempirisk, og altså kan logisk avledes av hva ordene betyr (Smedslund, 1978). I kortform betyr dette at vi ofte ikke behøver å samle inn data om psykologiske sammenhenger fordi disse følger av hva de ordene vi bruker, betyr. En enkel måte å undersøke dette på er å spørre om det *motsatte* av en psykologisk hypotese kan være riktig. Hvis dette er mulig, er hypotesen empirisk. Hvis det derimot er umulig å tenke seg at det motsatte er riktig, er hypotesen logisk nødvendig. Forklaringen på at vi så lett søker til empiri, er at vi ikke grundig nok analyserer strukturen i vårt begrepssystem. Mye tyder på at de sammenhengene vi mener å kunne observere, ofte kan avledes logisk fra meningen med de ordene vi bruker. Forskjellen mellom en empirisk og en logisk hypotese er

at den førstnevnte kan tenkes å være gal, mens den sistnevnte må være sann så lenge ordene som er brukt, har en gitt mening.

Til slutt vil jeg kommentere dette utsagnet fra Skjerve og Reichelt: «Det er ikke kunnskapsløshet som karakteriserer ikke-viteren, men reflektert bruk av kunnskapen.» Jeg er helt enig i denne formuleringen, bortsett fra at jeg ikke tror bricoleurens kunnskap stammer fra empirisk forskning. Jeg tror derimot at en «ikke-vitende» holdning er resultatet av en innsikt om hva som er mulig basert på psykologisk «common sense». Denne er innbakt i språket, som er utviklet gjennom menneskenes sosiale liv gjennom utallige generasjoner, og også nedlagt i våre gener. Vi vet alle uendelig mye om det å være menneske (Smedslund, 2012.) Hva vi i tillegg har lært av over hundre års forsøk på å bygge en vitenskap, er at enkeltmennesker er svært lite forutsigbare bortsett fra når de følger sosiale regler, og at vi oppfatter verden gjennom basale begreper som setter en grense for hva vi kan forstå. Denne begrensningen er uttrykt i Joachim Israels påpekning av at man ikke kan blåse opp en ballong innenfra (Israel, 1977.) Vi kan bare observere innsiden av ballongen.

Jeg er *ikke* enig med Skjerve og Reichelt i at det er vanskelig å se hvordan man ut fra mine tanker og resonnementer skal få til en «kvalitetsheving av den profesjonelle virksomheten». Tvert imot tror jeg kvaliteten vil stige når man innser at psykologi er et område som er lite egnet for empiriske studier (Smedslund, 2009, 2015). Jeg tror dette kan skje ved at vi slutter å bare lete etter regelmessigheter i verden sett gjennom våre briller (empiri), og begynner å se grundigere på brillene vi ser verden *gjennom*. Noe av dette arbeidet er påbegynt (Smedslund, 1988, 1997).

La meg gjøre det helt klart: Jeg mener psykologi kan opprettholdes som akademisk fag og med profesjonsstudium. Den akademiske delen vil bare skifte fra statistikk, empirisk metodikk og empiriske teorier til filosofi, psykologihistorie, og psykologikk, og den praktiske delen vil på mange punkter likne dagens, men med en annen begrepsmessig horisont. Det er en stor og nødvendig forandring, men ingen «katastrofe». ✕



Tvert imot tror jeg kvaliteten vil stige når man innser at psykologi er et område som er lite egnet for empiriske studier

#### DEBATT OM VITENSKAPSTEORI

##### Tidligere innlegg:

**Nr. 4 - 2017** Det kommer an på (Smedslund)

**Nr. 5 - 2017** Smedslunds hjertesukk (Ray Wilson)

**Nr. 6 - 2017** Et gjensyn med «Faget som ville være naturvitenskap» (Moxnes)

**Nr. 6 - 2017** Psykologisk empiri er som virvlene i en bekk (Smedslund)

**Nr. 8 - 2017** Varsel om en katastrofe (Skjerve & Reichelt)

#### REFERANSER

- Israel, J. (1977). *The dialectics of language and the language of dialectics*. Munksgaard.
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (2017). Varsel om en katastrofe. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 761–763.
- Smedslund, J. (1978). Bandura's theory of self-efficacy : a set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1–14.
- Smedslund, J. (1988). *Psycho-Logic*. Springer-Verlag.
- Smedslund, J. (1991). The pseudoempirical in psychology and the case for psychological. *Psychological Inquiry*, 2, 325–338. (Target article).
- Smedslund, J. (1997). *The Structure of Psychological Common Sense*. Lawrence Erlbaum.
- Smedslund, J. (2009). The mismatch between current research methods and the nature of psychological phenomena: What researchers must learn from practitioners. *Theory and Psychology*, 19(6), 1–17.
- Smedslund, J. 2012. What follows from what we all know about human beings. *Theory & Psychology*, 22, 658–668.
- Smedslund, J. & Ross, L. (2014). Research-Based Knowledge in Psychology: What, if anything is its Incremental Value to the Practitioner? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 43, 4, 363–383.
- Smedslund, J. (2015). The Value of Experiments in Psychology. I: *The Wiley Handbook of Theoretical and Philosophical Psychology*, N.Y.: Wiley, 359–373.
- Smedslund, J. (2016a) Why Psychology cannot be an Empirical Science. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 50, 185–195.
- Smedslund, J. (2016b) Practicing Psychology without an Empirical Evidence-Base: The Bricoleur-Model. *New Ideas in Psychology*, 43, 50–56.
- Wierzbicka, A. (1996). *Semantics: Primes and Universals*. Oxford: Oxford University Press.

# Inntrykk

## BOKANMELDelse

# Trygghets- sirkelen i skolen

Forfatterne mener skolen kan være med og fremme nasjonens fremtidige psykiske helsekapital.



**IDA BRANDTZÆG,  
STIG TORSTEINSON,  
GURO ØIESTAD**

*Se eleven innenfra.  
Relasjonsarbeid og  
mentaliseringsarbeid på  
barnetrinnet.* Gyldendal,  
2016. 160 sider

### ANMELDT AV

Annicken Martinez-  
Aasen, Klinisk spesialist i  
barn og unge, prosjekt-  
leder i Helseetaten,  
Oslo kommune

**TILKNYTNING** er i vinden. Det samme er paret Ida Brantzæg og Stig Torsteinson. Gjennom en årrekke har paret arbeidet for at terapeuter skal få økt kunnskap om tilknytningsarbeid i terapirummet, og hatt fokus på normalutvikling og utviklingspsykologi. Nå skal skolen og lærerne til pers. De har fått med seg Guro Øiestad som medforfatter. Hun har også gitt ut flere bøker, og i 2014 vant hun Åse Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap. Dette gir umiddelbart forventning om tilgjengelig fagkunnskap. Men vil ikke psykologene med sin lange utdanning finne denne boka altfor enkel?

### SELVTILLIT OG AMBISJONER

På bokas bakside kan jeg lese at den først og fremst er tiltenkt lærerstudenter og lærere. Nettopp, jeg er spesialist i barne- og ungdomspsykologi. Dette kan jeg nok fra før.

Innledningen starter slik: «Kjære lærerstudent, kjære lærer! Denne boka gir viktige innspill til det å forstå og håndtere relasjoner.» Men når jeg har lest hele innledningen, har jeg

allerede glemt at jeg ikke er lærer eller lærerstudent. Jeg er psykolog, mor, medmenneske. Dessuten fagforfatterstudent. Og det er flere ting jeg blir opptatt av.

Forfatterne ønsker å gjøre lærere bedre i stand til å forstå elevene sine. Boka er skrevet for å gi en grundig og lettfattelig innføring i trygghets-sirkelen og kunnskapen den bygger på. Dette hevder forfatterne kan bidra til å skape trygge relasjoner til alle elever og særlig til de barna det er vanskelig å få gode relasjoner til. Forfatterne tar utgangspunkt i at god mentaliseringssevne hos lærere fremmer god utvikling hos barn, og at det er lettest å lære når man føler seg trygg.

Allerede i første kapittel argumenterer forfatterne for at psykisk helse i barns liv i stor grad springer ut fra trygge relasjoner til de voksne barna har rundt seg, og at skolen kan være med og fremme nasjonens fremtidige psykiske helsekapital. Det er altså ingenting å utsette på forfatternes ambisjoner eller tro på modellen. Det er bra. De har ambisjoner for faget vårt. Målet er å hjelpe alle barn til å



fungere i flokken, og selv Per Fugelli må bli imponert. Jeg blir i alle fall grepet fra første side. Men det er ikke bare det faglige innholdet som griper meg.

### LESERVENNLIG OG SERIØST

Som ny student på fagforfatterstudiet høsten 2016 følte jeg meg smart. Jeg leste pensum og strålte over hvor enkelt det var. Så overhørte jeg det som må ha vært min litt mindre arrogante medstudent si at pensumbøkene våre var så gode å lese, og «at det er jo ikke så rart siden de var skrevet av journalister». Hei til meg selv i døra. At jeg ikke skulle forstå en fagbok fordi fagboka kunne være dårlig skrevet, hadde ikke slått meg.

Et langt studium gir oss trening i å skrive artikler og i å være kritiske. Til forskning, det vi leser, og det vi skriver. Er vi gode nok til å gjøre kunnskapen vår tilgjengelig for andre mennesker og for hverandre? Klarer denne boka det? Svaret er et klart og ettertrykkelig «ja».

Selve boka er på 159 sider og er inndelt i 8 kapitler, en leservennlig størrelse. Vi tas elegant gjennom tilknytningsteori, trygghetssirkelen og temperamentsteori og andre krevende begreper fra utviklingspsykologien uten at det blir kjedelig eller vanskelig å henge med på.

Forfatterne bruker flere grep for å få leseren med seg. De anvender dialog og eksempler fra hverdagssituasjoner en lærer kan kjenne seg igjen i. Disse kommer gjerne etter at teorien knyttet til eksemplet er gjennomgått. Hverdagssituasjonene er gode, men de kunne med hell stått i begynnelsen i flere av kapitlene, for enda lettere å dra leseren gjennom teorien. Boka har gode overskrifter og illustrerende tegninger som er lette å forstå. Flere av kapitlene ender med å fortelle kort om hva du skal lese om i neste kapittel. Dette gjør det lett å følge med i boka, og gjør at kapitlene flyter i en meningsfull sammenheng for leseren.

Et særlig fint retorisk grep forfatterne bruker, er å henvende seg direkte til leseren ved å bruke personlig form. De bruker ofte «vi» «du» og «oss», et virkemiddel som skaper nærhet til meg som leser, og forfatterne oppleves som samtalepartnere. Forfatterne skriver som de prediker, og forsøker å se læreren innenfra ved å være i forkant av spørsmålene han eller hun kan sitte med underveis. Disse bakes inn i tek-

sten som spørrende dialog direkte henvendt til leseren.

### PEDAGOGISK

Når forfatterne bruker fagtermer, er de enkelt og tydelig forklart før de benyttes i teksten, og både ord og språk er godt og enkelt å lese. Faget trer frem fordi det er forståelig, som i forklaringen av begrepet mentalisering: «Evnen til å forstå andre innenfra og seg selv utenfra, og å forstå at atferd henger sammen med tanker og følelser.» Så enkelt, så fint forklart.

Denne boka egner seg ikke bare for lærerstudenter og lærere. Sentrale temaer om utviklingspsykologi og tilknytning blir grundig men lettfattelig gjennomgått, og trygghetssirkelen forklares godt. Bokas styrke er at den er skrevet for å nå en annen faggruppe enn vår egen, og det kan vi alle dra nytte av. Både fordi det faglige innholdet er lett og tydelig tilgjengelig uten å miste dybde, og fordi forfatterne viser hvordan en god fagbok kan skrives.

Den er praktisk og virkelighetsnær og inneholder bare de fagbegrepene den trenger. Dette kan vi alle med hell legge oss på minne når vi skriver faglige tekster. Forfatterne viser til relevant forskning uten at dette hemmer teksten, og de skriver enkelt om det som kan være så vanskelig: å skape gode møter med barn. Jeg håper den blir plukket opp av lærerstudiene slik at den kan komme på pensum. Det kan ha betydning for hvordan barn har det på skolen, og ikke minst vil den kunne gi verktøy til lærere som hver dag står mye alene i krevende situasjoner de forsøker løse etter beste evne.

### ØMHET FOR BARNET

Gjennom teksten skinner en stor ømhet for barn og respekt for barndom som en betydningsfull tid i livet. Trygghetssirkelen fremstilles som en måte å være sammen med barn på, og mindre som en modell. Derfor egner boka seg egentlig for alle som har barn selv, eller jobber med barn. Den varme grunnholdningen til barn gjør godt å lese. Forfatterne fremstår som større, sterkere og klokere enn meg, men alltid vennlige og ivaretakende og ikke på en slik måte at jeg føler meg dum eller fremmedgjort av det jeg leser.

Til høsten begynner sønnen min på skolen. Jeg håper læreren hans har rukket å lese boka innen den tid, det vil de begge kunne tjene på. ✕



Til høsten begynner sønnen min på skolen. Jeg håper læreren hans har rukket å lese boka innen den tid

# En moderne klassiker

Denne boken kan bli en ny bauta i norsk psykologisk litteratur.



**ANDERS FLÆKØY  
LANDMARK OG  
LINE INDREVOLL  
STÅNICKE**

*Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden, Hertervig Forlag Akademisk, 2016. 541 sider*

## ANMELDT AV

Line Brotnow, psykolog i Follo BUP (AHUS) og forskningsrådgiver ved Yale University

**DEN PSYKOANALYTISKE** utviklingsteoretikeren Erik Erikson sa om sitt eget arbeid: «I have nothing to offer except a way of looking at things» (1950). Hans store gjennomslagskraft kan forklares nettopp med hans evne til å ordlegge sitt eget perspektiv på sammenhengen mellom det ytre, observerbare, og det indre, uinntakelige. Landmark og Stånicke plasserer seg i denne tradisjonen med en moderne, kryssdisiplinær og matnyttig fremstilling av psykoanalysens blikk på barnet. *Det uforståelige barnet* kan bli en ny bauta i norsk psykologisk litteratur.

## IDÉHISTORISK GRUNNMUR

Bokens innledende kapitler introduserer barnet og barndommens historie i den vestlige kulturarven i brede trekk, og gjennom psykoanalysens mer spesifikke linse – fra Freud til Fonagy. Denne delen av teksten fungerer som en idéhistorisk grunnmur for de påfølgende 10 kapitlene; hvert av dem organisert rundt kliniske og utviklingstypiske fenomener som det sinte barnet, adopsjon, selvskading, tap og sorg, ungdomstid og barnets lek i den digitale verden. Forfatterne lener seg på tekstutdrag fra klassisk filosofi, fra moderne psykologisk forskning og fra pop-kultur for å illustrere både patologiske og normative aspekter ved hvert tema.

Hvert kapittel inneholder beskrivelser av kliniske uttrykk (atferd, symptomer, diagnostiske kategorier) samt teoretiske og empirisk-baserte refleksjoner omkring årsakssammenhenger. Særlig slående er forfatterne evne til å bygge opp leserens undring omkring barnets indre opplevelse og betydningen av den obser-

verbare oppførselen. For hva betyr det egentlig å være sint? Landmark og Stånicke presenterer utviklingsforventede og bekymringsfulle aspekter ved hvert tema og problematiserer både hvordan vansker beskrives og forstås, og hva hjelperne kan bidra med. Det sistnevnte fremstår som spesielt relevant ettersom forfatterne henvender seg både til foreldre og til de som arbeider med barn og ungdom.

*Det uforståelige barnet* er en svært omfattende og tettvevd bok som kan leses som en lærebok i barne- og ungdomspsykologi, som et klinisk oppslagsverk og som en utviklingsstøtte i foreldreskapet. Forfatterne tar både den profesjonelle og sivile leseren på alvor med sin grundige, empiritunge tilnærming og nærmest sjargongfrie språk. Bokens store spenn – mellom filosofi og klinikk, forskning og praksis, normalitet og patologi, og mellom psykoanalysen og nærliggende kliniske tradisjoner – fordrer imidlertid en leser som kan henge med i svingene. Selv om kapitlene kan leses isolert, bygger de også på hverandre slik at kronologisk lesning letter forståelsen for de brede linjene i boken.

## Å FORSTÅ DET UFORSTÅELIGE

Resultatet er en finmasket og gjennomarbeidet tekst som levendegjør svært komplekse kliniske fenomener i barnets liv. Samtidig forankrer boken psykoanalysen i en kryssdisiplinær, moderne epistemologi og blottlegger dens særtrekk, *dens måte å forstå det uforståelige på*, hvis du vil. Landmark og Stånicke's mesterlige bok har kjennetegnene til en moderne klassiker i barnepsykologien. ❌

# Distansert om born

Målgruppa er for utydeleg, og språket manglar nærleik til opplevingane.

Boka treffer meg ikkje.

**DETTE ER EIBOK** der eit heilt kompetansemiljø på Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) foreinar krefter og tek sats, med sikte på å spenne opp heile himmelkvelven over landskapet born og traume.

Gjennom fire delar og 18 kapittel dekker dei eit svært bredt spekter av perspektiv og problemstillingar, som spenner frå reaksjonar og etterverknader av katastrofar og terror, via implikasjonane av å vekse opp med vald og korleis ein kan møte det utsette barnet på ulike arenaer, til meir metodologiske problemstillingar og moglege rammer for forståing. I eit felt som dels er prega av fragmentering, posisjonering og konkurrerende rammer for forståing, representerer boka eit viktig forsøk på å samle ulike perspektiv, og skissere korleis foreldre, lærarar, barnevern og helsearbeidarar alle har viktige, men ulike roller i å sjå og ivareta born og unge i utsette livssituasjonar. Boka dokumenterer solid kunnskap om breidda av traumefeltet og inneheld mykje kunnskap som det er viktig når ut til dei som møter traumeutsette born.

Som lesar blir eg likevel ikkje overtydd. Dette skuldast delvis at eg aldri føler at boka vender seg direkte til meg som lesar. Den treff meg ikkje, og klarer berre unntaksvis å vekke engasjementet mitt, trass i at eg brenn for traumefeltet. Kva handlar dette om? For meg to ting: språkforma og mangel på tydeleg målgruppe.

Forfattarane av boka har gitt seg sjølve ei stor utfordring. Når ein spenner så vidt som boka gjer, krev det mykje for at eit så bredt spekter av lesarar skal finne boka relevant. På side 12 skriv redaktørane at boka har som formål

å bidra med det siste av forskning for å skape større medvit og kunnskap. Men kven skal få større medvit og kunnskap? Er det lærarane? Er det helsearbeidarane? Skal eg som psykolog lære meir om kva rolle barnevernet og skulen har for det traumeutsette barnet? Som lesar vert ein sittande utan tydelege svar på dette. Det gjer noko med lesaropplevinga.

I tillegg har forfattarane den krevjande oppgåva å skulle formidle forskning og korleis denne kan omsetjast til praksis. Å finne si språklege form i området mellom vitenskapleg og populærvitenskapleg framstilling er krevjande. Forfattarane prøver å levandegjere og bryte opp med vignettar. Dette er hjelpesamt, men fungerer berre delvis. For meg blir språket i for stor del av tida for distansert med lite nærleik til opplevingane og tidvis normativt. Det blir tindrande stjerner, langt der oppe på himmelkvelven, og ikkje levande bilete av born – med sine styrker, behov og utfordringar. ✘

”

Det blir tindrande stjerner, langt der oppe på himmelkvelven, og ikkje levande bilete av born



**CAROLINA ØVERLIEN,  
MONA-IREN HAUGE,  
JON-HÅKON  
SCHULTZ (RED.)**

*Barn, vold og traumer.  
Møter med unge i  
utsatte livssituasjoner*  
Universitetsforlaget,  
2016. 312 sider

#### MELDT AV

Signe Hjelen Stige,  
førsteamanuensis i  
klinisk psykologi ved  
Institutt for klinisk  
psykologi, UiB



# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykolog-tidsskriftet:  
1 innrykk kr 2 000,  
2 innrykk kr 3 000,  
3 innrykk kr 3 500,  
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på [tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## OKTOBER

---

### Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

12.–13. oktober

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

### Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

16.–17. oktober

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

## NOVEMBER

---

### Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Oslo, 7. november

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

### Rus- og avhengighetspsykologi

Oslo, 9.–10. november

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

### Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

16.–17. november 2017

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

### Valgfritt program i Eldrepsykologi

30. november–1. desember 2017

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning)

## DESEMBER

---

### Demensdagene

Sånn skal det gjøres!

Oslo kongressenter, 5.–6. desember, Demensdagene er Norges største konferanse innen demensfeltet og er godkjent som 15 timers vedlikeholdsaktivitet til spesialitetene i klinisk psykologi.

Påmeldingsfrist: 1. november 2017

For mer informasjon se:  
[www.aldringoghelse.no/demensdagene](http://www.aldringoghelse.no/demensdagene)



NYHET!



# PEGASUS

## Et psykoedukativt kursopplegg for voksne med ADHD og deres nærmeste

PEGASUS er et standardisert gruppekurs som er ment å gi generell kunnskap om ADHD, og relaterte utfordringer, samt informasjon om tilgjengelig behandling og ulike støtteordninger.

Kurset egner seg godt som første trinn i behandling for en voksen og deres nærmeste, etter at ADHD-diagnose er stilt, og det følger norsk nasjonal faglig retningslinje. Kursmaterialet består av en kursmanual for kursansvarlig og en kurs-bok for deltakere, samt forelesninger og arbeidsmateriell.

Kurset kan holdes av fagpersoner som tradisjonelt finnes innen psykisk helsevern og rusbehandling. For å få mest mulig ut av kursmaterialet anbefales opplæring av kursansvarlige/ gruppeleder

### >> Opplæring av kursansvarlige 29. november

**Sted:** Forskningsparken, Gaustadalléen 21, 0349 Oslo

**Kursleder:** Psykolog Natalie Månskär Modh og Psykiatrisk sykepleier Merete Møller

**For informasjon om pris og påmelding kontakt:** Merete Møller, merete.k.moller@gmail.com

## Kull 16 starter opp 25.–26. januar 2018 Søknadsfrist: 1. november 2017

### Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, Regional seksjon for spiseforstyrrelser. Helse Sør-Øst RHF



Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høyskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over 3 semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning (11 seminardager, 6 veiledningsdager). Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Oppstartsseminar på hotell 25.–26. januar 2018, med en overnatting. Øvrige seminardager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 4 000.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltagelsen. Arbeidsgiver må dekke reisekostnader.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull, og mer informasjon om selve kurset, henvises det til utlysningstekst på vår nettside **www.rasp.no** under «arrangementer».

**Søknad:** Det må benyttes elektronisk søknadsskjema som det ligger lenke til på RASP sin side i utlysningsteksten. Uttak av deltagere skjer etter at søknadsfrist har gått ut **1. november 2017.**

#### Kontaktpersoner:

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf. 23 01 62 24, e-post [elaha@ous-hf.no](mailto:elaha@ous-hf.no) eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post [uxskhe@ous-hf.no](mailto:uxskhe@ous-hf.no)



**NKI**  
Norsk Karakteranalytisk Institutt  
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar Opstart januar 2018

### Karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

**Tid:** Fredag ettermiddag og lørdag, 10 timer pr. samling 10 ganger i året.

Gjennom utdanningen søker vi å utvikle terapeutens relasjonelle kompetanse og oppmerksomhet på den kroppslige, implisitte, dialogen som foregår i møtet med klienter.

Grunnseminaret inngår i den Karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening).

Grunnseminaret er også godkjent som fordypningsprogram i klinisk voksenpsykologi, gammel ordning.

Orienteringsmøte holdes **31. oktober kl. 18.00**  
i instituttets lokaler i Gjerdrums vei 19.

Søknadsskjema sendes innen **1. november** til [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no)

Søknadsskjema og ytterligere informasjon: [www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no)

## INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

**For psykologar og legar blir det våren 2018 sett i gang:**

### **2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:**

Oslo – seminarleiar ikkje avklart

Tromsø – seminarleiar blir Mette Marita Johansen

Kristiansand – seminarleiar blir Lilian Stokkeland

Molde/Ålesund – seminarleiar blir Torbjørn Alme

### **2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:**

Molde –seminarleiar ikkje avklart

**Innføringsseminaret** gjev ei generell innføring i psykodynamisk teori, intervjuteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong, og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

**Vidaregåande seminar** bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 200 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimer kvar gong og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimer som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no). Der finn ein også søknadsskjema.

**Ny undervisningsplan.** For seminar med oppstart frå og med 2017 gjeld ny undervisningsplan. Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 11 000,- pr. semester for begge seminar.

**Søknadsfrist:** 1. november 2017. Søknad skal sendast via heimesida [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)

**For nærmare informasjon:** telefon 22 58 17 70 eller e-post [sekr@instpsyk.no](mailto:sekr@instpsyk.no) eller [und-leder@instpsyk.no](mailto:und-leder@instpsyk.no)



## Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

**Trinn 1 Oslo 9.–11. januar 2018**

**Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018**

**Trinn 2 Oslo 29. nov.–1. des. 2017**

**Trinn 2 Bergen 5.–7. mars 2018**

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

### PROFESJONELL OG FLINK PSYKOLOG

ønskes til ekspanderende legekantor. Hyggelige lokaler sentralt v/Bogstadveien, Oslo. Søknad/CV kan sendes [kontakt@klinikkbogstadveien.no](mailto:kontakt@klinikkbogstadveien.no)

### NeuroAffective Relational Model® – NARM

Utviklet av dr. Laurence Heller

2-årig Sertifiseringsprogram for erfarne klinikere – nå for første gang i Norge. **Introduksjon 17.–18. november på Sagene Samfunnshus i Oslo.**

NARM er en effektiv behandlingsmetode for både utviklings- og sjokktraumer. I NARM-terapi understøttes vår evne til biologisk selvregulering og vår kapasitet til å føle oss forbundet med oss selv og andre. NARM kombinerer traume- og personlighetsteori og er en ressursorientert, ikke-regressiv modell. Vi arbeider med Somatic mindfulness og mindful awareness i processen.

Psykologspesialist Tove Mejdahl vil stå for undervisningen i samarbeid med erfarne assistenter.

Norsk psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet. Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Se mer og påmelding på [www.NARM.no](http://www.NARM.no)

Scandinavian Centre of Awareness Training  
[www.scat.no](http://www.scat.no)

## Utdanning som instruktør i mindfulness trening

OSLO, VINTER 2018

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

**Fredag og lørdag: 5.–6. januar, 9.–10. februar, 16.–17. mars 2018**

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Mindfulness trening:** en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Vi lærer effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

**Læringsmål:** fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

**Kursleder:** Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om mindfulness.

For mer informasjon kontakt: [ajkroese@online.no](mailto:ajkroese@online.no), tlf. 901 51 734 eller [www.scat.no](http://www.scat.no)

**SENTRALT I OSLO.** Psykolog Kjell Trygve Ahmer ønsker å leie kontor fra to ettermiddager/kvelder og inntil to dager per uke.

Henv.: tlf. 928 32 447 eller [kjahme@gmail.com](mailto:kjahme@gmail.com)

### IKST

Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi

**Kontor heltid**

Torggata 9a, Oslo sentrum

Stort møblert kontor ledig i velfungerende psykoterapifelleskap (hovedsakelig psykologer) over gamle Eldorado kino. Fortrinnsvis for psykologspesialist med hjemmel (lokalene er godkjent), og interesse for sexologi. I første omgang for ett år. Felles kontorfasiliteter, sekretær, grupperom, møterom/kjøkken og venterom. Trivelig og inspirerende arbeidsmiljø.

Henvendelse tlf. 22 33 51 90,

e-post [IKST@sexologi.no](mailto:IKST@sexologi.no)

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook





# EMDR og komplekse traumer

## 2 dager

Det er en glede å ønske velkommen til kurset «EMDR og komplekse traumer»

### KURSLEDERE:

Dolores Mosquera, Einar Jenssen og Savita Dalsbø

**STED:** Scandic hotell Solli, Parkveien 68, Oslo

**DATO:** 20.–21. november

**KLOKKEN:** 09.00–16.00

**KOSTNAD:** kr 5.200,–

**PÅMELDING:** [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)

## Acceptance and Commitment Therapy

### 5 days (3+2) ACT workshop

Godkendt af Norsk Psykologforening

30 timer "Specialkurs" og "Vedlikeholdskurs"  
Oslo 29-31 Jan and 19-20 Feb 2018

### ACT supervision (5 hrs)

Oslo Feb 21st (open for all)

## Max H Bohling

*Peer reviewed ACT trainer, PhD, Specialist in Psychotherapy*

A fun and applied workshop giving you hands-on experience with ACT. Workshop consists of two modules allowing you to practice between and to bring your challenges in applying the method to the workshop

More information and early bird sign-up fee  
[www.ACTillustrated.com](http://www.ACTillustrated.com)



## UngaVuxna-dagarna

Stockholm 25-26 januari 2018

Välkommen till en konferens med fokus på psykoteraeutiskt arbete med unga vuxna 15–25

Föreläsningar, parallella seminarier, kliniska mötesplatser, små diskussionsgrupper och utställning.

### Bland talarna

Suzanne Osten, Åsa Nilsson, Mats Wahl, Bo Hejlskov Elvén, Anna Kåver, Allan Linnér, Ullabritt Bodlund, Britt Jonsson, Liria Ortiz, Anders Jacobsson, Åsa Kruse, Katja Bergsten, Nora Rustad, Johnny Pettersen, Tom Pakkanen och Ninni Rehnberg

Anmälan är öppen!

[www.ungavuxnadagarna.se](http://www.ungavuxnadagarna.se)





## Valgfritt program i Systembasert arbeid med familier

### Målgrupper

Psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne, rus- og avhengighetsbehandling, i kommunale tjenester, barne- og familievern eller habilitering. Utdanningen er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester og fra pårønderarbeid.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

### Målsetting

Gjennom praksis, veiledning og kurs forventes det at psykologene utvikler sin kunnskap om systembasert behandling og forebyggende arbeid i og med familier og større system. Programmet vil være spesifikt rettet mot utvikling av psykologenes ferdigheter til å ivareta familier og deres medlemmer.

### Kurssamlingene

64 timer fordelt på 4 samlinger á 2 dager.

Påmelding gjøres til 1. samling, og det er bindende påmelding til alle fire samlingene i programmet.

### Om kurslederne

Pia C. Aursand er spesialist i klinisk familiepsykologi og har jobbet 10 år i familievernet og før det i barnevern, PPT og DPS. Hun er ansatt ved Enerhaugen familiekontor og jobber 50% på Stovner politistasjon med æresrelatert vold og tvangsekteskap. Hun underviser i kulturforståelse, vold i nære relasjoner og æresrelatert vold.

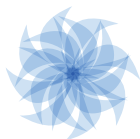
Trine Eikrem er spesialist i familiepsykologi. Har erfaring fra PPT og har tolv års erfaring fra familievernet, syv av dem som leder. Lang erfaring med arbeid med minoritetsfamilier. Hovedfokus har vært barneoppdragelse og familievold som æresrelatert vold. Underviser og holder foredrag om vold, kulturpsykologi, barn i mekling, forebyggende familiearbeid osv. Har nå et stipend for å forske på barns deltakelse i mekling.

Sted og dato: Oslo, 24.-25. januar 2018

Påmeldingsfrist: 20. desember 2017

Medlemspris: kr 6 800

Kurnsnr.: 161-18



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



## Valgfritt program i Veiledning for psykologer som skal veilede andre yrkesutøvere

Å veilede andre yrkesutøvere er en oppgave psykologer får innen ulike arenaer. Mange får veiledningsoppgaver tidlig i karrieren sin. Det kan være en utfordring på flere måter fordi:

- De som skal motta veiledningen har ulike forkunnskaper
- Veileder kan ha mangelfull systemforståelse som fersk yrkesutøver
- Rolleavklaring i forhold til målet for veiledningen kan være uklart
- Utfordringer ved å lede grupper, spesielt tverrfaglige, er mange

### Målgrupper

Psykologer som veileder andre yrkesutøvere i ulike organisasjoner. Kursene kan også være aktuelt for psykologer som arbeider i organisasjoner som ikke tilbyr helsetjenester. Det forutsettes at man arbeider på et sted der veiledning av andre yrkesutøvere er en viktig del av oppgavene til psykologen.

Programmet er også egnet som vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister, og da gjelder ikke krav til veiledning og praksis.

### Målsetting

Det forventes at programmet vil øke psykologens kompetanse på å gi veiledning - både individuelt og i grupper - til andre yrkesutøvere.

### Kurssamlingene

64 timer fordelt på 4 samlinger á 2 dager. Påmelding gjøres til 1. samling, og det er bindende påmelding til alle fire samlingene i programmet.

### Om kurslederne

Stella M. K. Ottesen er utdannet psykolog fra UiB 2000. Spesialist i klinisk voksenpsykologi 2007. Tatt Psykologforeningens veilederutdanning. Jobber per d.d. 50 % på MS senteret i Hakadal og 50 % i privatpraksis. Holdt kurs for fellesprogrammet siden 2012.

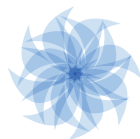
Anne Grete M Greaker er spesialist i klinisk voksenpsykologi. Jobber ved Follo DPS. Har siden 2012 vært kursleder for Psykologforeningens fellesprogram. Hun har Norsk psykologforenings veilederutdanning, og har kontinuerlig psykologer i veiledning. Veileder også andre yrkesgrupper.

Sted og dato: Oslo, 15.-16. februar 2018

Påmeldingsfrist: 11. januar 2018

Medlemspris: kr 6 800

Kurnsnr.: 171-18



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



## Velkommen til årsmøtekonferanse i Norsk Nevropsykologisk Forening

16.–18. november 2017, Clarion Hotel Stavanger

*Årsmøtekonferansen i Norsk Nevropsykologisk Forening er denne gang lagt utenfor Oslo. Stavanger har et nevropsykologi miljø i vekst og mye spennende forskning som presenteres på konferansen.*

Av kjente internasjonale forskere kommer:

- **John de Luca** og vil foredra om 'fatigue'.
- **Naomi Friedman** (arbeidsminnemodellen til Friedman & Miyake) skal oppdatere oss på utvikling av eksekutivfunksjoner.
- Det er mange år siden hukommelse har vært tema, men denne gangen kommer **Faraneh Vargha-Khadem** og foreleser om utviklingsamnesi.

I tillegg til en seksjon om forskning i Stavanger, har vi denne gangen også en egen seksjon på behandling, med Gøran Söderlund som vil snakke om behandling av ADHD med hvit støy, og Gry Bang-Kittilsen som vil legge frem rykende ferske data fra en stor studie av effekt av høytintensiv fysisk trening på kognisjon i schizofreni.

Lørdagen starter, tradisjonen tro, med klinikk nær informasjon fra en ny normeringsstudie av motorisk funksjon ved Annette Holth-Skogan og endringer i førerkortforskriften ved Per Ola Rike, og avsluttes med presentasjoner fra årets doktorgrader.

Stavanger er billig og lett å komme til med fly. Hotellrom på konferansehotellet er reservert frem til 5/10, – senere påmeldinger kan ikke sikkert regne med å få overnatting på Clarion Hotel. Vår oppfordring er: Meld deg på med en gang!

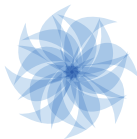
For påmelding, detaljert program og oversikt over hovedforelesere gå til <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/seminar/nnf-aarsmoetekonferanse-2017>

Godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs/vedlikeholdsaktivitet

Pris for medlem av NNF: inkl. festmiddag kr 4600,- uten festmiddag kr 3900,-  
Pris for ikke-medlem av NNF: inkl. festmiddag kr 5100,- uten festmiddag kr 4400,-  
Pris for studenter/pensjonister: inkl. festmiddag kr 3100,- uten festmiddag kr 2400,-

Kursnr: 924-17.

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92







## Valgfritt program i Eldrepsykologi

### Målgruppe - godkjennes til følgende spesialiteter:

- Spesialiteten i familiepsykologi
- Spesialiteten i Rus- og avhengighetspsykologi
- Spesialiteten i Samfunns- og allmennpsykologi
- Spesialiteten i voksenpsykologi

Samfunnet endres med hensyn til antall eldre og deres funksjonsnivå, samtidig er eldre underrepresentert i psykisk helsevern og eldre har oftere sammensatte lidelser som øker faren for feilbehandling. Det trengs både økt kompetanse, fagutvikling, holdningsendringer og endring av praksis i møte med psykiske og somatiske helseutfordringer i øvre del av livsløpet.

Det valgfrie programmet i eldrepsykologi skal gi oppdatert kunnskap på sentrale områder innen fagfeltet og belyse utfordringer.

Innholdet i det valgfrie programmet skal ta utgangspunkt i hva som kreves av psykologer i klinisk praksis med eldre pasienter.

Den spesifikke kompetansen, kunnskap og ferdigheter, utvikles gjennom deltakelse på kurs, i praksis, veiledning, og ved fordypning i anbefalt litteratur.

**Samling 1:** Eldrepsykologers arbeidsoppgaver. Aldring og aldersrelaterte lidelser og tilstander

**Samling 2:** Psykologiske lidelser og demens hos eldre

**Samling 3:** Behandling og tiltak

**Samling 4:** Spesifikke tema

Valgfritt program i eldrepsykologi består av 4 samlinger á to dager, og går over et år.

**Samling 2:** 26.-27. april 2018

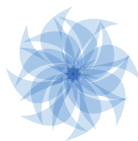
**Samling 3:** 23.-24. august 2018

**Samling 4:** 29.-30. november 2018

Sted og dato: Oslo, 30. november-1. desember 2017

Medlemspris: kr 6700 pr kurs

Kursnr.: 175-17



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Familievernkontoret Drammen-Kongsberg skal styrke sitt tilbud for ungdomsfamilier og etablerer et behandlingsteam som skal tilby Funksjonell familierapi (FFT). FFT er en evidensbasert familiebehandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Den kliniske modellen i FFT bygger på flere tiårs utfalls- og prosessforskning fra USA og Europa (bl.a. Sverige).

Til vårt nye FFT-team ved Familievernkontoret i Drammen søker vi:

## 4 psykologer/psykologspesialister eller familierapeuter

i tre terapeut-stillinger og én FFT-teamleder-stilling. Stillingene innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en integrativ familierapeutisk behandlingsmodell som har vist gode resultater for familier og ungdom med atferdsvansker. FFT bygger på en bredde av teoretiske retninger innen psykoterapi og familierapi og utgjør en spennende utviklingsmulighet for fremtidens familievern. Benytt sjansen til å bli med på dette arbeidet.

Les mer om stillingene og søk på [bufetat.no/jobbnorge.no](http://bufetat.no/jobbnorge.no)

**Søknadsfrist: 22.10.2017**

Mer informasjon om FFT finner du på: [www.nubu.no/FFT](http://www.nubu.no/FFT)

Helse Bergen, Bjørgvin DPS er ein moderne og veldriven klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 77 000 vaksne. Bjørgvin DPS har til saman 150 årsverk og eit budsjett på 137 mill. kr for 2017. Døgntilbod er lokalisert på Tertnes, medan polikliniske tenester vert gitt både i Knarvik og på Tertnes.

### Bjørgvin DPS, Avdeling allmennpsykiatri C1 Tertnes døgntilbod søker:

#### Psykologspesialist

Vi har ledig 100% fast stilling og søker etter psykologspesialist til seksjon C1. Aktuelle kandidatar må ha spesialistkompetanse.

Bjørgvin DPS har ei stabil og erfaren behandlargruppe som samarbeider på tvers av fagområda. Samarbeid med sjukehus, kommunar og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Fagområde allmennpsykiatri består av poliklinikk på Tertnes og i Knarvik, seksjon for eMeistring og døgntilbod C1. Poliklinikkane har allmennteam, akutt ambulant team, gruppebehandling og DBT team. Fagområdet har til saman 7 overlegar, inntil 4 LIS, 15 psykologspesialistar samt psykologar, sjuke-/ vernepleiarar, sosionomar, fysioterapeut, musikk og biletterapeut.

Døgntilbodsseksjonen C1 har 15 sengeplassar totalt, 6 plassar er open frå måndag til fredag. C1 er bemanna med overlege, lege i spesialisering, turnuskandidat, 1-2 psykologar i utdanning og 2 sosionomar i tillegg til erfarne miljøterapeutar med høgskuleutdanning. Døgntilbodsseksjonen fungerer som ein open akuttavdeling for opptaksområdet og har i snitt liggetid 8 døgn (2-70 dagar).

Vi er på jakt etter nokon som har lyst til å arbeide tverrfagleg og raskt i eit godt fungerande team.

#### Interessert?

Ta kontakt med Assisterande klinikkdirektør Fredrik Hiis Bergh eller Seksjonsoverlege Tone Tveit på telefon 55957000

Referansnr.: 3552458165

**Søknadsfrist: 15.10.2017**



Les meir og søk stilling: [www.helse-bergen.no/Jobb](http://www.helse-bergen.no/Jobb)



**TELEMARK**  
fylkeskommune

### **Vi søker nye medarbeidere**

Telemark fylkeskommune trenger flere flinke medarbeidere. Blir du med på telemarkslaget? Hos oss spiller vi på lag for å styrke videregående opplæring, infrastruktur og kollektivtrafikk, næringsutvikling, kulturliv, folkehelse og tannhelse i fylket. Fylkeskommunen styres av politikerne i Telemark fylkesting. I dag er vi ca. 1600 ansatte som daglig gjør vårt beste for Telemark og alle som bor i fylket vårt. Våre verdier er vår guide i arbeids-hverdagen. De forteller oss hvordan vi løser våre oppgaver og hvordan vi er i møte med andre. Våre verdier er: Vær modig, imøtekommende og troverdig!

---

## PSYKOLOG

---

Den offentlige tannhelsetjenesten i Telemark har ledig fast stilling som psykolog i 50 % stilling (muligheter for annen stillingsprosent) ved Porsgrunn tannklinikk. Stillingen er en del av det såkalte TOO-teamet, som skal tilby psykologisk behandling til mennesker som har vært utsatt for tortur- og/eller overgrep, samt personer med odontofobi. Tilbudet gis i første omgang til voksne over 18 år.

Etablering av TOO-team i alle fylker er et satsningsområde fra helsemyndighetene med ekstra tilskuddsmidler fra 2014. Prosjektet ble etablert i 2012 og er finansiert gjennom Helsedirektoratet. Dette er et spennende utviklingsarbeid på både individ- og systemnivå der psykologkompetansen har stor betydning. Stillingen gir rom for varierte oppgaver.

### **Psykologens arbeidsområde vil være:**

- Bidra til kompetanseutvikling om pasientgruppene i prosjektet
- Diagnostisere og vurdere pasientene før angstbehandling hos tannlegen
- Veilede tannleger og tannhelsesekretærer i forhold til pasientbehandling
- Delta i nettverk med øvrige odontologiske kompetansesentra, universitet og RVTS Sør

### **Kvalifikasjoner**

- Psykolog med klinisk erfaring
- Det er en fordel med erfaring fra arbeid innen traumefeltet og bruk av kognitiv atferdsterapi
- Det forutsettes interesse for fagfeltet som TOO dekker
- Bør like og beherske arbeid i tverrfaglige team
- Gode norskkunnskaper, skriftlig og muntlig

### **Lønn**

- Lønn etter avtale. Medlemskap/innmelding i KLP

Tilsetting skjer på vilkår og plikter som følger av lover, reglement og gjeldende tariffavtale.

Gyldig politiattest må forevises før ansettelse. Kopi av vitnemål og attester leveres i forbindelse med intervju.

### **Offentliggjøring**

Søkere kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å bli unntatt for offentlighet. Dersom ønske ikke etterkommes, vil søkeren bli varslet om dette. (Offentleglova § 25)

### **Slik søker du**

Vi anbefaler å ha skrevet søknadsteksten i et tekstbehandlingssystem før du starter søkeprosessen. Da kan du lime (kopiere) inn teksten i søknaden. Når du begynner å registrere søknaden må du ferdigstille, det er ikke mulig å mellomlagre søknaden. Velg «Søk på stilling» og gjennomfør de 5 hovedpunktene før du sender søknaden ved hjelp av det siste punktet. Hvis du har huket av for at du vil ha dokumenter og annen kommunikasjon tilsendt elektronisk, vil du få en e-post med kvittering om at søknaden er mottatt.

---

**Søknadsfrist:** 16.10.2017    **Utlyst dato:** 15.09.2017    **Vår ref.:** 17/13872

---

### **Kontaktpersoner**

Marit O Nuland, tannlege – klinikkleder, tlf. 35 56 65 60, mobil 952 10 644, e-post [Marit.O.Nuland@t-fk.no](mailto:Marit.O.Nuland@t-fk.no) og Turid Kristoffersen, fylkestannlege, tlf. 35 91 73 08, mobil 924 16 017, e-post [turid.kristoffersen@t-fk.no](mailto:turid.kristoffersen@t-fk.no)

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

**Kristiansand****Psykologspesialist / psykolog -  
Psykiatrisk sykehusavdeling**

Vi har ledig en 100 % fast stilling for psykologspesialist / psykolog ved Psykoseenhet 4.1.

Sørlandet sykehus HF har ansvar for behandlingstilbudet innen somatikk og psykiatri i Aust-Agder og Vest-Agder. Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) har enheter både i Arendal og Kristiansand og er organisert under Klinikkk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus HF.

Opplysninger: Rådgiver Hilde Thomassen, tlf. 37 01 44 00 eller konsulent Linda Hageland, tlf. 38 03 85 61.

**Søknadsfrist: 22. oktober 2017**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://www.sshf.no/jobb)

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonse selgere.

frantz.no

**SØRLANDET SYKEHUS**

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for menneskef

**Psykologspesialist**

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Allmennpsykiatrisk poliklinikk, er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

**Kontaktperson:**

Enhetsleder Harald Aulie eller ass. avdelingssjef Kim Edgar Karlsen, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på

[www.diakonhjemmetsykehus.no](http://www.diakonhjemmetsykehus.no)

hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 27. oktober 2017**

**Diakonhjemmet  
Sykehus**

frantz.no

**PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2017****SPELPLASSERING:**

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

**KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:**

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

**SMÅANNONSER:**

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

**NETTANNONSER:**

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemsservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

**ANNONSEFORMATER**

1/1 side	1/2 side	1/4 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

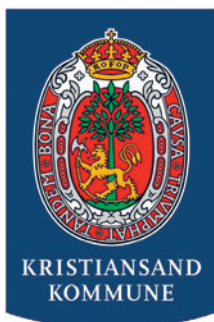
**PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:**

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	15 950
1/2 side	12 750	11 750
1/4 side	11 350	9 950

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.





# Psykolog i ungdomstjenesten

## – KRISTIANSTAD KOMMUNE

### Vi tror på muligheter

Ungdomstjenesten i Kristiansand kommune er organisert i Virksomhet Oppfølgings-tjenester i Helse- og sosialsektoren. Ungdomstjenesten består av avdelingene Ungteam (rus/psykisk helse), Ungdomshelse (helsestasjon for ungdom, Hasjavenning Kristiansand, og Skolehelsetjenesten i videregående skole) og RPH (rask psykisk helse).

Vi søker etter psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling. Den nytilsatte psykologen vil arbeide sammen med eksisterende psykolog i Ungdomstjenesten samt inngå i fellesskap med psykolog i RPH.

Fullstendige annonsetekster samt lenke til elektronisk søknad på

[www.kristiansand.kommune.no/jobb](http://www.kristiansand.kommune.no/jobb).

Kun elektroniske søknader vil bli behandlet.

### Arbeid som inngår i stillingen

- Klinisk arbeid med ungdom
- Være med å videreutvikle kommunens tjenester med vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot ungdom

### Krav til kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent/autorisasjon som psykolog eller psykologspesialist
- Erfaring med tverrfaglig og tverretattlig samarbeid
- Må beherske norsk muntlig og skriftlig

### Søknadsfrist:

15. oktober 2017

### Stillingsbrøk:

100 % fast

### Kontaktinfo:

Aina Kjær,  
avdelingsleder  
Ungdomshelse,  
tlf. 915 31 661



TØNSBERG KOMMUNE HAR LEDIG

# 100 % fast stilling som psykolog/ psykologspesialist fra dags dato

*Vil du jobbe i et tverrfaglig sammensatt miljø med engasjerte medarbeidere og faglig utfordrende oppgaver?*

Avdeling ung og rask hjelp, Virksomhet helsetjenester i Tønsberg, søker deg som er psykolog/psykologspesialist, er faglig oppdatert, engasjert og fleksibel og som har interesse for lavterskeltilbud, kortidsfokuserede, individuelle samtaler og gruppevirksomhet. Du må ha evne til å jobbe selvstendig, systematisk og løsningsfokuseret.

Hos oss vil du få en jobb med varierte og spennende arbeidsoppgaver i et godt tverrfaglig og sosialt miljø med mye humor og stor takhøyde. Stillingen vil blant annet innebære samtaler og kortvarig oppfølging av enkeltpersoner over 18 år og pårørende, samt å drive temabaserte grupper / kurs sammen med kollegaer. Veiledning og bistand til medarbeiderne i virksomheten i kriser / akuttsaker, samt suicid- og voldsrisikovurderinger, ligger også til stillingen. Andre oppgaver er samhandling med spesialisthelsetjeneste og øvrige samarbeidspartnere, medvirkning i plan- og utviklingsarbeid og deltakelse i psykologfaglig nettverk lokalt og nasjonalt.

### Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse til:

Avdelingsleder Hilde Marie Armann, tlf. 33 29 24 02/959 93 701 eller  
kommunepsykolog/psykologspesialist Tanja Sæthre Ekeid, tlf. 33 29 24 11/409 08 639.

For fullstendig utlysning og søknad se vår hjemmeside [tonsberg.kommune.no](http://tonsberg.kommune.no)

SØKNADSRIST: 15. oktober 2017.

## NORSK PSYKOLOGFORENING

### SENTRALSTYRET

#### President

##### Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no  
23 10 31 30

#### Visepresidenter

##### Rune Frøyland

rfroey@online.no  
450 30 522

##### Heidi Tessand

heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
916 67 804

#### Medlemmer

##### Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no  
986 64 501

##### Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

##### Britt Randi Hjartnes

Schjødt  
bibihj@gmail.com  
922 99 371

##### Ragnhild Stokke Røed

ragnhildkrokke@gmail.com  
414 21 366

##### Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com  
957 27 801

##### Arnild Lauveng

post@arnhildlauveng.com  
913 17 162

##### Else-Marie Molund

else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860

#### Studentrepresentanter

##### Rikke Pauline Sandvik

rikkepsandvik@gmail.com  
905 74 666

##### Camilla Jonette Rasmussen

Camilla\_Jonette@  
hotmail.com  
932 81 124

#### Varamedlemmer

##### Anders Hovland

anders.hovland@uib.no  
932 87 565

##### Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355

##### Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com  
408 42 645

##### Eldrid Robberstad

eldrid.robberstad@sola.  
kommune.no  
475 00 308

#### LOKALAVDELINGER

##### Akershus

Trygve A. Sætherskar  
tsaetherskar@hotmail.com  
472 52 963

##### Aust-Agder

##### Karen Maria Dreier

Ludianos  
klu045@gmail.com  
977 16 288

##### Buskerud

Aksel Lindstad  
aksel.lindstad@gmail.com  
984 17 100

##### Finnmark

Andrew Sak  
Andrew.Sak@  
tana.kommune.no  
464 00 369

##### Hedmark

Ingvild Rattsø Fasting  
ingvildrf@icloud.com  
936 50 674

##### Hordaland

Bjarte Bruntveit  
bjarte.bruntveit@helse-  
bergen.no  
909 98 052

##### Møre og Romsdal

Magne Storvik  
magne.storvik@helse-mr.no  
482 82 553

##### Nord-Trøndelag

Tirill Sten Ingebrigtsen  
tirillst@gmail.com  
407 23 159

#### Nordland

##### Adriana Ochoa

psykolog.adriana.ochoa@  
gmail.com  
482 40 790

#### Oppland

##### Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com  
916 35 382

#### Oslo

##### Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@  
hotmail.com  
992 33 966

#### Rogaland

##### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

##### Karen-Merete Bruland

karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

#### Sør-Trøndelag

##### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

#### Telemark

##### Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

##### Elisabeth Growen Borch

elisabeth@njaal.net  
988 75 422

#### Vest-Agder

##### Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

#### Vestfold

##### Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@  
gmail.com  
907 55 410

#### Østfold

##### Øyvind Nordhus

nordhus@me.com  
911 61 779

#### FAGETISK RÅD

##### Svanhild Mellingen, leder

Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

#### ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Knut Dalen, leder, e-post  
knut.dalen@nevropsykolog.  
no, tlf. 958 06 868

#### LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,  
tlf. 450 30 522

##### Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

##### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

##### Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

##### Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

##### Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

##### Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

##### Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

##### Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

##### Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

#### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

##### Rune Frøyland, leder,

e-post rfroey@online.no,  
tlf. 67 92 20 40

#### SPECIALITETSRADET

##### Heidi Tessand, leder,

e-post heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**KVALITETSUTVALGET**

**Heidi Tessand**, leder,  
e-post heidi.tessand@psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**FAGUTVALGENE**

**Felleselementene**  
**Per-Einar Binder**, leder,  
e-post per.binder@psykp.uib.no, tlf. 995 00 313

**Barne- og ungdomspsykologi**

**Lars Ravn Øhlckers**, leder,  
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

**Familiepsykologi**

**Trine Eikrem**, leder, e-post trine.eikrem@bufetat.no, tlf. 466 16 566

**Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer**

**Eva Karin Løvaas**, leder, e-post eva.karin.loevaas@bergenclinics.no, tlf. 55 90 88 00

**Eldrepsykologi**

**Lise Næss**, leder, e-post lisenæs@online.no, tlf. 55 90 06 63

**Psykoterapi**

**Roar Olsen**, leder, e-post roar9@online.no, tlf. 920 95 894

**Voksenpsykologi**

**Ivar Elvik**, leder, e-post ivarelvik@gmail.com, tlf. 454 74 400

**Nevropsykologi**

**Jan Egil Stubberud**, leder, e-post jan.stubberud@hotmail.com, tlf. 951 04 217

**Psykologisk habilitering**

**Nils-Øivind Offernes**, leder, e-post nils@offernes.com, tlf. 958 40 362

**Arbeidspsykologi**

**Anette Høye Dye**, leder, e-post anette@psykologbistand.no, tlf. 928 24 338

**Samfunn- og allmennpsykologi**

**Kjersti Hildonen**, leder, e-post khi@lorenskog.kommune.no, tlf. 907 85 288

**Organisasjonspsykologi**

**Rudi Myrvang**, leder, e-post rudi.myrvang@gmail.com, tlf. 906 03 355

**Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder, e-post borrik.schjodt@helsebergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

**Ole André Solbakken**, leder, e-post: o.a.solbakken@psykologi.uio.no, tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

**Kim Larsen**, leder, e-post kim.larsen@so-hf.no, tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Annika Melinder**, leder, e-post a.m.d.melinder@psykologi.uio.no, tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Rikke Pauline Sandvik**, UiT, leder, e-post rikkepsandvik@gmail.com, tlf. 905 74 666

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post roger.hagen@svt.ntnu.no, tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIGHETSUTVALGET**

**Nora Sveaass**, leder, e-post nora.sveaass@psykologi.uio.no, tlf. 958 09 001

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Jens Egeland**, leder, e-post jens.egeland@piv.no, tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Jørgen Edvin Westgren**, leder, e-post joergen.westgren@gmail.com, tlf. 911 16 616

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

**Jogeir Sognnæs**, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Karsten Karlsøen**, kommunikasjonssjef og myndighetskontakt, e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591  
**Per Halvorsen**, webredaktør, e-post per.halvorsen@psykologforeningen.no

**Administrasjonsavdeling**

**Linda T. Grønås**, administrasjonssjef, e-post linda@psykologforeningen.no

**Toril Dyrhovd**, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

**Forhandlingsavdeling**

**Christian Zimmermann**, forhandlingssjef  
**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

**Fagpolitisk avdeling**

**Andreas Høstmælingen**, fagsjef, e-post andreas@psykologforeningen.no  
**Aina Fraas Johansen**, nestleder, e-post aina.f.j@psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

**Bjørnhild Stokvik**, utdanningssjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no  
**Eva Danielsen**, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no  
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
Faks 22 42 42 92  
E-post post@psykologforeningen.no  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
 Besøksadresse:  
 Grev Wedels plass 4

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi

**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda  
**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen

**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI

**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

**Til bidragsyterne:** Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no). Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav ([psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

**Annonser:** Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for innlevering av annonser:**  
 18.10, 17.11, 14.12, 18.01, 15.02, 16.03, 17.04,  
 16.05, 18.06, 18.07, 17.08, 17.09, 18.10, 16.11



