

# Den skjulte epidemien



ILLUSTRASJON Hilde Thomsen

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

## TEKST

**Ane Ugland Albæk**  
**Mogens Albæk**

PUBLISERT 5. oktober 2017

EMNER

Usynlig epedemi

Omsorgssvikt

vold

Symptomer

Utvikling

traumer

## UTVIKLINGSTRAUMER

**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.

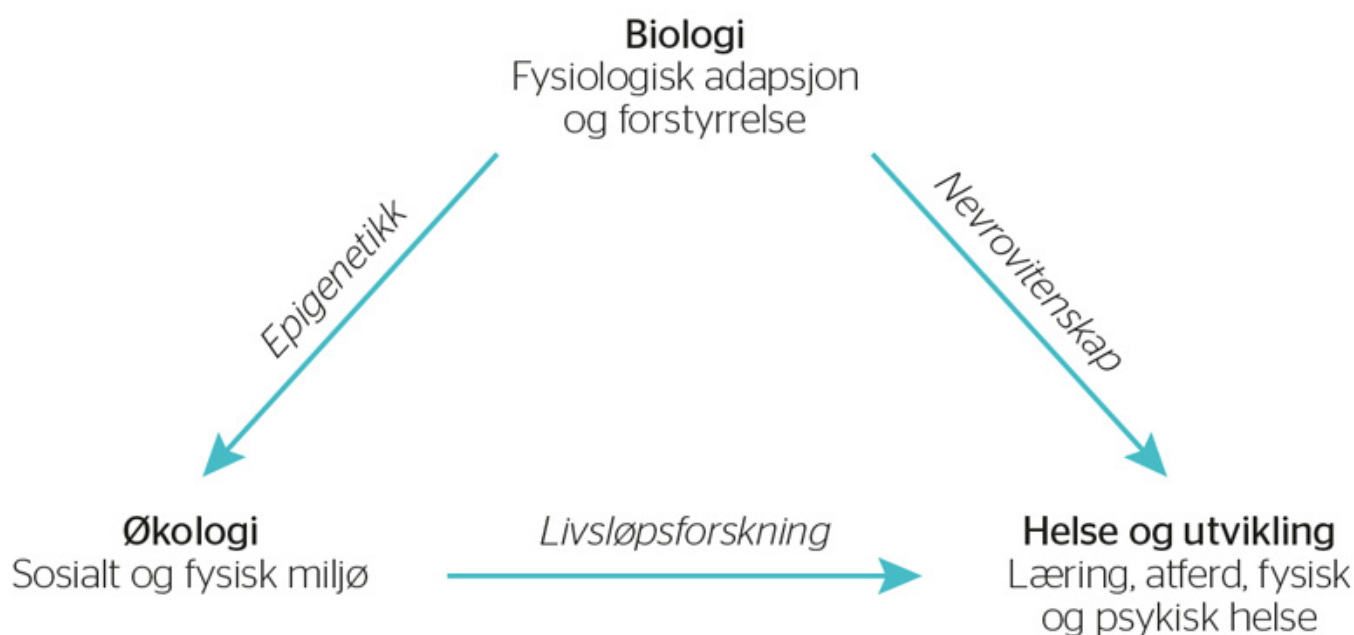
## Sykdomskilden

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 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 terapiforskning. Dette komplekse kunnskapsfelt skisseres i figur 1.



FIGUR 1 gir en oversikt over fag- og forskningsområder utviklingstraumefeltet har hentet kunnskap

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 sykkelighet (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).

**«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»**

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 familiearbeid, 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 innhenting 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 kromatinet 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 genmethylering) (Perroud et al., 2013). De menneskelige og samfunnsøkonomiske gevinster av å sikre utviklingstraumatiserte tilgang til virksom ( 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 affektreguleringsvansker, hukommelsesvansker, feilpersipering av stimuli, labilt stemningsleie og læringsvansker.

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 helsevansker.

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 krenkelseskapt smerte. Dette betyr at blikket flyttes fra deskriptive til kausale forståelser, som igjen utfordrer måten vi kategoriser 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.

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.

**«Traumeforståelse kan 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 gjenklang 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.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 10, 2017, side 1010-1014*

#### TEKST

**Ane Ugland Albæk**

**Mogens Albæk**

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

Andersen, R. (2014) «Psykiatrisk 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