

**BSOBAC\_3**  
**Bacheloroppgave med forskningsmetode**  
**2021**

**KONSEKVENSER AV**  
**TILKNYTNINSTRÅUMER**  
**I VOKSENLIVET**



Det samfunnsvitenskapelige fakultetet

Sosialt arbeid

Kristiansand 13/5.2021

Kandidatnummer 3024

Ord i oppgaven: 11858

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 KAPITTEL – HVA BACHELOR OPPGAVEN HANDLER OM.....</b>	<b>3</b>
1.1 PRESENTASJON AV TEMA: .....	3
1.2 PROBLEMSTILLING: .....	4
1.3 BAKGRUNN FOR PROBLEMSTILLING: .....	5
1.4 AVGRENSNING .....	6
1.5 SENTRALE BEGREPER.....	6
1.5.1 Utviklingstraumer – Relasjonstraumer- Tilknytningstraumer: .....	6
1.5.2 Skjevutvikling: .....	7
1.5.3 Omsorgssvikt .....	7
1.5.4 Arv og generasjonsoverføring.....	7
1.5.5 Primær intersubjektivitet: .....	7
1.5.6 Dissosiasjoner: .....	7
<b>2.0 KAPITTEL - TEORI.....</b>	<b>8</b>
2.1 OPPGAVENS RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID .....	8
2.2 SOSIALPOLITISKE RAMMER .....	9
2.3 TRAUMETEORI .....	10
2.3.1 Utviklingstraumer. ....	11
2.3.2 Traumebevisst omsorg.....	11
2.3.3 Toleransevinduet .....	12
2.3.4 Triggere.....	12
2.3.5 Emosjonsregulering .....	12
2.3.6. Mentalisering – sosial kognisjon.....	13
2.3.7 Toksisk Stress .....	13
2.4 TEORI OM BARNES UTVIKLING.....	13
2.4.1 Tilknytning .....	14
2.4.2 Desorganisert tilknytning:.....	14
2.4.3 DISSOSIASJON.....	15
2.4.4 Selvregulering .....	15
2.4.5 Mentalisering.....	16
2.4.6 Risiko- og beskyttelsesfaktorer: .....	16
2.4.7 Primær Intersubjektiv .....	16
2.5 ARV OG GENERASJONSOVERFØRING .....	17
2.5.1 Resiliens, traumer og tilknytning .....	17
2.5.2 Kontinuitet i oppdragerstil.....	17
<b>3.0 KAPITTEL - METODE: .....</b>	<b>18</b>
3.1 Hva er metode?.....	18
3.2 Kvalitative og kvantitativ metode.....	19
3.3 Litteraturstudium som metode.....	19
3.4 Et selvkritisk blikk på utvalget.....	19
3.5 Analysemetode .....	20
<b>4.0 KAPITTEL - FUNN .....</b>	<b>21</b>
4.1 Artikkel av Anna Louise Kirkengen: «Diagnose: Barndomsforgiftning» Tidsskrift for psykisk helsearbeid, (2017) .....	21
4.2 Artikkel av Arne Blindheim: «Ettverknninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst». Tidsskriftet Norges barnevern, (2012).....	21
4.3 Kapittel av Kirsten Benum: Når tilknytningen blir traumatisert. Fra boken, Dissosiasjon og relasjonstraumer (Anstorp m. fl.,2010).....	23

4.4 Kristine Warholm, «Beretninger om det ubærlige», Artikkel fra magasinet Fokus på familien, (2020). .....	24
<b>5.0 KAPITTEL - DRØFTING.....</b>	<b>25</b>
5.1 PSYKISK OG FYSISK HELSE .....	26
5.1.1 HVORFOR ER DET SÅ VANSKELIG Å FÅ HJELP ELLER Å HJELPE? .....	27
5.1.2 OVERLEVELSESSTRATEGIER ETTER TRAUMER.....	29
5.2 OMSORGSEVNE - UBEARBEIDETE TRAUMEERFARINGERS PÅVIRKNING PÅ OMSORGSEVNEN TIL EGNE BARN.....	30
5.3. GENERASJONSOVERFØRING .....	33
<b>6.0 KAPITTEL - AVSLUTNING.....</b>	<b>34</b>
<b>7. EGENREFLEKSJON OVER ARBEIDET .....</b>	<b>36</b>
<b>LITTERATURLISTE: .....</b>	<b>37</b>

# TITTEL: KONSEKVENSER AV TILKNYTNINGSTRAUMER HOS FORELDRE.

*«Mennesker utsatt for krenkelses, får ofte ødelagt sitt selvbilde,  
sin selvspekt, sin tro på livet, gleden og andre mennesker.*

*Disse tapene er det egentlige traumet», sier Mogens Albæk 2015 (Dønnestad, 2015).*

## 1.0 KAPITTEL – HVA BACHELOR OPPGAVEN HANDLER OM.

### 1.1 Presentasjon av tema:

Det finnes mengder med litteratur og forskning om traumer som tradisjonelt har omhandlet traumatiske livshendelser som fysisk vold, fysiske overgrep, krig og katastrofer. Det har i nyere tid blitt rettet et større søkelys på traumer etter emosjonell omsorgssvikt, fravær av trygghet og

utrygg tilknytning. Traumer etter emosjonell omsorgssvikt kalles type 2 – traumer, og beskrives som emosjonell eller psykisk vold som skjer i relasjon mellom omsorgspersoner og barnet over tid de første leveårene (Helgesen, 2017, s. 224). Jeg ønsker å finne ut hva forskning sier om hvordan konsekvensene av utviklingstraumer påvirker den traumeutsatte som voksen og etter hvert som foreldre til egne barn. Sagt på en annen måte hvordan påvirker ubearbeidede tilknytningstraumer personens omsorgsevne. For å se sammenhengen mellom opplevelser i tidlig barndom til senere traumenes påvirkning i voksenlivet, og til selv å ha omsorg for barns utvikling, vil det i teoridelen bli presentert en gjennomgang av utviklingspsykologi og traumeforståelse.

Relasjonstraumer er alvorlige, fordi det handler om at de som skulle ha beskyttet barnet, påfører det smerte og skade (Lauveng, 2020, s. 254).

Oppgaven tar utgangspunkt i begrepene omsorg, traumer, utviklingsstøtte, tilknytning og generasjonsoverføring. Relasjonstraumer, tilknytningstraumer og utviklingstraumer blir av forskere brukt litt om hverandre, i denne oppgaven viser de alle til samme fenomen, emosjonell omsorgssvikt som skader barnets tidlige relasjonelle utvikling og tilknytning.

Målet med oppgaven er å bedre kunne gjenkjenne type 2- traumer hos foreldre og voksne man kommer i kontakt med i arbeid som sosionom, samt få en bedre forståelse for deres og deres barns utfordringer, for på den måten gi både barn og foreldre god støtte og riktig veiledning.

## 1.2 Problemstilling:

I oppgaven er det ønskelig å finne svar på følgende problemstilling:

- Hvilke konsekvenser får ubearbeidede relasjonstraumer inn i voksenlivet for den traumeutsatte og som omsorgsperson for egne barn?

For å besvare problemstillingen, har jeg valgt ut to sentrale funn fra artiklene: 1) Traumer spåvirkning på psykisk og fysisk helse og 2) Traumers påvirkning på omsorgsevnen gjennom et tilknytningsperspektiv.

### 1.3 Bakgrunn for problemstilling:

I mitt arbeid i skole og i barnevern er det barn og unge jeg primært jobber med, mange av disse med en svært krevende atferd. Uttrykk i atferden kan være komplekse og ofte ikke sammenfallende med det som er forståelig eller godt for hverken barnet eller omgivelsene, som uro, manglende konsentrasjon og dårlig følelsesregulering, sosiale vansker, nedstemthet og destruktive handlinger. Ofte finner man ingen naturlig eller medisinsk forklaring til atferden hos barnet, derimot ved å dykke ned i forhold hos foreldrene og foreldrenes oppvekst avdukes det noen ganger hos dem, historier fra en utrygg og ødelagt barndom.

Etter mange år i familiearbeid rundt barn og unge har jeg møtt voksne som har slitt med ettervirkninger fra en emosjonelt utrygg oppvekst. Enkelte har fått hjelp til å stille en diagnose og startet den lange veien til endring, andre har ikke noen diagnose, men bare en ide om at noe er galt i livet deres. Felles for dem alle har vært at de strever i relasjoner, de føler seg som dårlige foreldre og barna deres strever og har ofte ulike vansker og atferd som skaper problemer.

Traumeforståelse er noe mange i sosialt arbeid etter hvert kan endel om. Vi har de siste tjueårene fått større innsikt i traumer etter vold og seksuelle overgrep fra omsorgspersoner. Slike hendelser blir avdekket gjennom synlige funn etter skade eller endringer/symptomer hos barnet som indikerer slike hendelser. Min antagelse er at vi ikke like lett fanger opp eller ser barn som er utsatt for utviklingstraumer (type 2 – traumer), traumer som kan forekomme uten fysiske overgrep, av foreldre som også viser kjærlighet og som utad fremstår som velfungerende. Jeg har jobbet i slike hjem. Et eksempel er da jeg som ansatt av barnevernstjenesten skulle flytte hjem og bo hos en familie og jobbe med barnas atferd. Det var barna som var problemet. Barnevernet hadde hatt tiltak i denne familien i mange år, men nå var forholdene endret for moren var blitt syk, derfor flyttet jeg inn. Når man bor sammen med mennesker så går det ikke lang tid før man ser sider av den andre som personen ikke viser utad. Kort fortalt, moren var et ustabil «monster» hjemme og en strålende sol og hjelper i arbeidslivet og sosialt. Jeg ble boende lenge (2 år) frem til moren døde. Denne tiden ble god både for henne og ikke minst for barna. For jeg så og satte ord på hva barna opplevde, - «så var det ikke vi som var gale», utrykte den ene. Morens oppvekt i vold og rus hadde gitt henne skader som hun nå overførte til egne barn. Denne historien er ikke unik, men dessverre er det sjeldent slik at man kan flytte inn hos folk man ønsker å hjelpe. Derfor

ønsker jeg å finne mer ut av hvordan vi «utenifra» kan gjenkjenne traumeutsatte voksne, hvordan de har det og hvordan de fungerer i omsorg for egne barn.

#### 1.4 AVGRENSNING

Tilknytningstraumer brukes her som gjentakende krenkelser og manglende trygg tilknytning fra deres omsorgspersoner, i barnas første fem-seks leveår. Oppgavens hovedfokus er tilknytningstraumer, de mer usynlige traumene som kan komme av manglende tilknytning og fravær av trygghet og trygge voksne, ikke traumer etter enkelthendelser som krig, vold, seksuelle overgrep og katastrofer.

For å holde meg innenfor oppgavens rammebetingelser har jeg valgt å kun undersøke utfordringer ved å leve med traume erfaringer, behandlingsforløpet har jeg i mindre grad gått inn på.

#### 1.5 SENTRALE BEGREPER

Begrepene som her er tatt med er sentrale for problemstillingen og vil bli ytterligere utdypet og brukt i teoridelen.

1.5.1 Utviklingstraumer – Relasjonstraumer- Tilknytningstraumer: Tre begreper som ligger tett opp mot hverandre og brukes noe om hverandre litt etter hvem som bruker dem.

Utviklingstraumer benyttes der barn utsettes for omsorgssvikt av andre typer enn vold og overgrep og går også under Type-2 traumer som rammer barn under tidlig utvikling.

Begrepet er et resultat av at vi i nyere tid har fått økt kunnskap om den nyfødte hjernen og dens utvikling (Helgesen, 2017, s. 225). Relasjonstraumer handler om at de som skulle ha beskyttet barnet, påførte det smerte og skade gjennom psykisk eller fysisk vold i oppveksten, og er alvorlig fordi det påvirker nye relasjoner og kan gjøre dem vanskelige (Lauveng, 2020, s. 254). Traumatiske påkjenninger fra dem som står aller nærmest skaper ikke bare ulidelig smerte og ensomhet, men undergraver utviklingen av den mentale og relasjonelle kapasiteten personen trenger for å regulere stress og affekter. Når det gjelder vedvarende påkjenninger fra barnets nærmeste omsorgspersoner, kan en godt bruke

begrepet relasjonsraumer generelt, men snarere vil begrepet tilknytningstraumer være mer presist om tidlig påkjenning (Benum, 2010, s. 25).

1.5.2 Skjevutvikling: Når små barn stadig utsettes for opplevelser som skaper angst og utrygghet, kan hjernen bli utsatt for alvorlig skjevutvikling (Helgesen, 2017, s. 225).

1.5.3 Omsorgssvikt – er et normativt begrep. Sentralt i foreldrenes ansvar er å gi barnet «omsut og omtanke», det vil si omsorg og omtanke, samt forsvarlig «oppsetting og forsyting», altså forsvarlig oppfostring og forsørgelse, jf. bl.§30 første ledd første punktum og annet ledd første punktum. Det store flertallet av foreldre klarer å oppfylle ansvaret overfor barna sine. Noen ganger er det imidlertid forhold hos foreldre som gjør at de ikke kan gi det barna deres trenger og ivareta behovene deres (Kvalø & Köhler-Olsen, 2016, s. 141).

1.5.4 Arv og generasjonsoverføring handler i denne sammenhengen om at kvaliteten i både utøvelsen av barneomsorg og hvordan personer tilrettelegger oppvekstmiljøet for sine barn, tenderer mot å overføres mellom generasjoner i en familie. Forskning har vist at kvaliteten på barneomsorg er tilnærmet like stabil mellom generasjoner, enten den er god eller dårlig. (Kvello, 2015, s. 220).

1.5.5 Primær intersubjektivitet: handler om et relasjonelt og eksistensielt plan i barns liv som kommer forut for all læring og kognisjon, og som er en primær «værensrelasjon» mellom barnet og omsorgspersonene, snarere enn en vitensrelasjon (Lorentzen, 2020, s. 25).

1.5.6 Dissosiasjoner:

En forsvarsmekanisme som oppstår når to biologiske tilknytningssystemer som kommer i konflikt med hverandre. Dissosiasjon innebærer å koble ut noen av kroppens funksjoner under sterke opplevelser, slik at en slipper å ta dem inn med hele sin overmannede styrke (Helgesen, 2017, s. 76).

## 2.0 KAPITTEL - TEORI.

Litteratur og forskning om traumer starter med en teoretisk innføring i hvordan traumer oppstår. Tilknytningstraumer som denne oppgaven skal omhandle, bør nødvendigvis starte ved å gi en sammenheng mellom barnets utvikling, hjernens utvikling og tilknytning fra fødsel og frem de neste seks årene. Det er her i barnets tidlige utvikling og tilknytning, at tilknytningstraumer oppstår. For å forstå traumers påvirkning på den traumeutsattes videre liv må vi kjenne til hvordan traumer blir påført barnet. Det vil i denne teoridelen bli presentert grunnleggende teoretiske prinsipper om traumer med hovedvekt på tilknytningstraumer, emosjonelle relasjonstraumer og utviklingstraumer i tidlig utviklings år. Hva konsekvensene er ved å i voksenlivet leve med ubearbeidede relasjonstraumer har vært utfordrende å finne forskning om, men ved å grundig gjennomgå traumeforståelse er det ønskelig at oppgaven gir et grunnlag for å forstå hvilke utfordringer det traumeutsatte barnet kan få som voksen og på den måten også finne mulige svar på problemstillingen. Innledningsvis vil jeg også presentere nytten av denne kunnskapen i forhold til sosialt arbeid og sosialpolitiske rammer.

### 2.1 Oppgavens relevans for sosialt arbeid

I sosialt arbeid settes det biologiske prinsippet høyt. Det biologiske prinsippet forklares enkelt i (NOU 2012:5): «Å vokse opp hos sine biologiske foreldre anses å være det beste for barn». Tilknytning til biologiske foreldre er i seg selv en resurs for barnet. Det er med andre ord sterke føringer for å ta hensyn til det biologiske forholdet mellom barn og foreldre når det skal tas beslutninger i barnevernet (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 66-67). Vi vet at ikke alle foreldre evner å gi barna en trygg tilknytning. Raundalen - utvalget (NOU 2012:5) har foreslått at tilstedeværelse av utviklingsstøttene tilknytning skal veie tyngre enn biologisk tilhørighet, spesielt for de minste barna, hvis samspillet med foreldrene over tid ikke gir tilstrekkelig utviklingsstøtte (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 70). En hovedoppgave i barnevernstjenestens arbeid er å vurdere foreldres omsorgsevne. Utover de materielle forhold og det å vurdere om barnet blir utsatt for fysiske overgrep, kommer vurderingen av barnets tilknytning, støtte og emosjonelle utvikling. Forhold som kan være vanskeligere å avdekke fordi det er av en mer usynlig art og kan forekomme i tilsynelatende «oppegående hjem» med kjærlighet og tidvis mye god omsorg.



Det er vanlig å operere med fire former for omsorgssvikt, fysisk mishandling, seksuelt misbruk, emosjonell trakassering og neglisjering. Alle disse formene for omsorgssvikt kan føre til at barnet blir traumatisert, og senere utvikler både psykiske og fysiske vansker (Blindheim, s. 6). Summen av en rekke studier viser at barn som lever med store konflikter mellom foreldrene og/eller alvorlige psykiske vansker hos en av dem, statistisk øker risikoen for vansker hos barnet ikke bare i nåtid, men også i framtid. Forskning viser videre at det er større sjans for at barn som har dette som en del av sin hverdag, klarer seg dårlig på skolen, får egne psykiske vansker enn de som ikke opplever disse vanskene i sin oppvekst (Christiansen & Kojan, 2016, s. 21-22). Som sosionomer kan vi møte traumeutsatte mennesker enten vi jobber i barnevernstjenesten, på institusjoner, i nav, skole eller ulike behandlingsinstitusjoner m. fl. Det er da viktig å ha god kunnskap om hvordan traumeerfaringer og krenkelser påvirker mennesket gjennom hele livsforløpet og som omsorgspersoner for egne barn, for best å kunne forstå utfordringer og atferd, samt møte menneskene på en måte som kan fremme vekst og «heling» ved å gi riktig veiledning og tiltak.

## 2.2 Sosialpolitiske rammer

Flere undersøkelser viser at barns oppvekst under belastende livsvilkår har en betydelig større risiko for skjevutvikling og generelt for et dårligere liv enn de barna som har hatt gunstige oppvekstsvilkår. Undersøkelser viser også at risikoen økes omtrent proporsjonelt med stigende belastning (von er Lippe & Wilkinson, 2005). Den mest omfattende av studiene tatt på voksne som alle hadde vært utsatt for en eller flere former for traumer er ACE – Studien. Studien viser klare sammenhenger mellom traumatiserende hendelser og psykisk helse og ble foretatt av Felitti og Anda, (1998). Det kom frem at mennesker som har opplevd det de kaller «adverse childhood experieeces», har 4600 prosent økt risiko for å utvikle rusmisbruk hvis det er gutter, 460 prosent økt risiko for å utvikle depresjon, og 300-5100 prosent økt risiko for selvmordsforsøk, enn de som ikke har slike erfaringer fra barndommen. Risikoen for å utvikle fysisk sykdom er også langt høyere for disse menneskene, og generelt sett fører ACE til tidligere død (Blindheim, 2012, s. 4). Det kan derfor knyttes store samfunnsøkonomiske belastninger til traumeproblematikken.

Ferske tall fra helsebarometeret viser at 32000 barn, unge og voksne som ble henvist for psykiske problemer i 2020, ikke fikk innpass hos spesialhelsetjenesten. Det er 23 prosent av alle henvisningene. Jeg antar at det er mange avslag som bunner i manglende kapasitet og økonomi, men frykter også at flere av disse som blir avvist er mennesker med vonde barndomserfaringer. Erfaringer som ikke blir fanget opp av helsevesenet. De er rett og slett ikke syke nok, eller har riktige ikke symptomer. Videre i artikkelen leser vi at forsker og helseøkonom Per Holman mener det er urimelig at pasienter henvist til psykiatrien, ikke får de samme mulighetene som de med fysiske sykdommer. Bakgrunnen for dette er tall fra barometeret som viser at bare 5 prosent av de med fysiske plager blir avvist, mens det inne psykisk helsevern var vanlig med 25-30 prosent, og noen tilfeller opp mot 50 prosent. Holman sier videre at hans oppfatning er at pasienter i psykisk helsevern oftere avvises etter kun å ha lest henvisningsbrevet. De blir sjeldnere undersøkt klinisk enn i somatikk, sier han (Helsepolitiskbarometer, 2019). Kan årsaken til at mange med tilknytningstraumer og relasjonstraumer ikke får hjelp tidlig, være at de ikke har «riktige» symptomer? Eller at legestanden ikke har tilstrekkelig kunnskap til å fange opp denne pasientgruppen?

### 2.3 Traumeteori

Traumer er «in». Det har aldri vært skrevet så mye om traumer som nå. Vi skal ikke langt tilbake i tid før vi tenkte at traumet var selve hendelsen. Traumet var overgrepet, tsunamien eller volden. Nå vet vi at traumet er den skade som påføres personen av den ytre hendelsen (Dønnestad, 2015, s. 1). Her kommer nevrobiologien inn. den forteller noe om hvilke skader et traume kan gjøre, men dette er bare ett trinn på veien. Traumet er ikke utelukkende hjerneforbindelser og celler, Traumet er hvordan livet leves og oppleves. Mennesker utsatt for krenkelsler, får ofte ødelagt sitt selvbylde, sin selvrespekt, sin tro på livet, gleden og andre mennesker. Disse tapene er det egentlige traumet. Det er dette vi må gjøre alt vi kan for å forstå, understreker psykologspesialist Mogens Albæk (Dønnestad, 2015, s. 2).

### 2.3.1 Utviklingstraumer.

Traumelitteraturen skiller tradisjonelt mellom to hovedtyper av psykiske traumer. Type 1-traumer er enkeltstående hendelser av særdeles belastende karakter som for eksempel Utøya. Type 2-traumer dreier seg om påvirkninger som jevnlig kommer tilbake som mishandling i en familie, gjentatte seksuelle overgrep, mobbing osv. Nå i nyere tid brukes også traumbegrepet der barn utsettes for omsorgssvikt av andre typer enn vold og overgrep (Helgesen, 2017, s. 224). Et fellestrekk her er at det er foreldrene (omsorgspersonene) som svikter i å gi barna en forutsigbar og trygg omsorg, og at de prioriterer egne behov foran barnas. Det er det uforutsigbare som rokker ved barnets trygghet og uavhengig av hvordan det kommer til uttrykk, kan det gi små barn traumatiske utviklingsvilkår, også der vold og overgrep ikke er til stede. Når denne type traumer rammer barn under utvikling, kaller vi det utviklingstraumer. Begrepet er et resultat av at vi i nyere tid har fått økt kunnskap om den nyfødte hjernen og dens utvikling. Når små barn utsettes for opplevelser som skaper utrygghet, kan hjernen bli utsatt for alvorlig skjevutvikling. Jo yngre barna er når den traumatiske påvirkningen begynner, og jo lenger den varer, desto større er risikoen for utvikling av alvorlige helseskader. Skadene kan gi utslag både på det somatiske og på det psykiske området (Helgesen, 2017, s. 225).

### 2.3.2 Traumebevisst omsorg.

En god forklaring på traumers påvirkning på barnets og hjernens utvikling forløp får vi gjennom fagbegrepet TBO (traumebevisst omsorg), som innebærer en helt ny teoretisk forståelse av traumer og er en ny behandlingstilnærming som benyttes overfor traumatiserte personer.

En grunnantagelse i TBO er at traumatiserte personer har et hypersensitivt nervesystem. Når en person rammes av en traumatisk påvirkning, settes han i umiddelbar beredskap. Som et pedagogisk grep har TBO lansert en modell av der hjernen som helhet blir sammenlignet med et dampskip. Hjernebarken kalles kapteinen og har en bevisst kontrollfunksjon og håndterer språket. Maskinisten styrer aktiviteten i det limbiske system med sine emosjonelle funksjoner, herunder amygdala og hippocampus. I hippocampus ligger den emosjonelle hukommelsen. Nederst i det autonome nervesystem har vi fyrbøteren, med ansvar for å skaffe drivstoff som skipet trenger for å seile. Basert på begrepene i denne modellen kan en traumeutløst alarmreaksjon beskrives slik: En

traumatisk opplevelse mottas av amygdala i maskinrommet, herfra går det umiddelbart melding ned til fyrbøteren, som skuffer på mer kull. Alt dette skjer uten kapteinens (hjernebarkens kontrollfunksjon) medvirkning. Med andre ord så er skipet uten kontroll og personens handling er mer eller mindre ubevisste og følelsesstyrt (Helgesen, 2017, s. 225).

### 2.3.3 Toleransevinduet

Et annet sentralt begrep er toleransevinduet. Begrepet betegner de områder i hjernen som befinner seg under bevisst kontroll. Personer som har god kontakt med den fornuftsstyrte delen av seg selv, er følgelig innenfor toleransevinduet. En person i alarm modus befinner seg utenfor sitt toleransevindu. Personen er totalt under kontroll av de ubevisste funksjonene i hjernen, og er utilgjengelig for normal menneskelig kontakt.

Alarmreaksjoner kan ha to forskjellige uttrykk. Et reaksjonsmønster er utagering, der personen er i kamp-eller fluktmodus (fight- or -flight), framtrer som hysterisk, hylar og skriker. En annen reaksjon er å gå inn i en form for nummenhet og apati. Når fornuftshjernen er utkoblet er det trygghet og emosjonsregulering som kan få personen tilbake inn i sitt toleransevindu (Helgesen, 2017, s. 226).

### 2.3.4 Triggere

Stimuli som reaktiverer barnets alarmfunksjoner, kalles triggere. Her har den emosjonelle hukommelsen i hippocampus en sentral funksjon. Den gir signal om en ny trussel så snart personen støter på en situasjon som på en eller annen måte kan assosieres med det opprinnelige traumet (Helgesen, 2017, s. 226).

### 2.3.5 Emosjonsregulering

Emosjonsregulering henger nøye sammen med toleransevinduet. Hovedproblemet hos personer som har opplevd traumer er at de har vanskelig for å regulere sine følelsesuttrykk. I TBO bruker man begrepet samregulering, der en person hjelper den traumeutsatte ved å møte personens følelser og sette ord på dem, slik foreldre flest gjør overfor barna sine (Helgesen, 2017, s. 226).

### 2.3.6. Mentalisering – sosial kognisjon

Mentalisering er en evne som består enkelt sagt i å se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra. Vi tolker mening inn i det som ligger bak både vår egen og andre atferd.

Utvikling av mentaliseringsevne forutsetter alminnelige gode oppvekstbetingelser, og gir grunnlag for gode og utviklende relasjoner. Den skaper basis for empati og regulering av følelser. (Helgesen, 2017, s. 133-134).

Mentalisering står i forhold til beskyttelsessystemene som er et ikke bevisst system for å oppdage trusler og at vi tilpasser oss i ulike trusselsituasjoner. Som nevnt tidligere de to Freeze, Fight/Flightsystemene. Et tredje systemet tilknytningssystemet, er også av stor betydning hos menneske og henger sammen med utviklingen av god mentalisering. Det foregår slik at man ved fare, søker beskyttelse hos tilknytningspersoner noe vi kommer mer inn på i neste kapittel. Det viktige poenget her er at hvis det blir for stor aktivisering av disse systemene, så får man ikke utviklet mentaliseringsevnen. Det blir ikke rom for å forstå og fortolke sosiale hendelser. Aktivering av disse alarm/aktiveringssystemene må nedreguleres for at god mentalisering eller sosial kognisjon skal utvikles. Så hvis barnet leve i et farlig og truende oppvekstmiljø så vil deres evne til å utvikle sosial kognisjon lide (Urnes, 2019, s. 11).

### 2.3.7 Toksisk Stress

Vi har ulike former for stress. Positivt stress som er kortvarige og moderat. Når det bufres av, er det utviklingsfremmende. Tolerabelt stress betegner betydelige stresssituasjoner (eks dødsfall), men hvis det bufres av støttende og omsorgsfullt miljø, gir liten stressrespons over tid. Toksisk stress betegner betydelige, gjentakende stresssituasjoner som ikke bufres av støttende og omsorgsfullt miljø og medfører betydelige endringer i stressreguleringssystem der nevronale nettverk kan inntreffe og gi livslange konsekvenser.

## 2.4 Teori om barns utvikling

Hvordan foreldrene påvirker barnets utvikling forstår vi gjennom barns grunnleggende behov for en trygg utvikling og tilknytning. I første leveår utvikler barna et særskilt emosjonelt bånd til foreldrene som vi kaller tilknytning. Men den endelige utformingen er det imidlertid miljøet som bidrar til. Man kan si vi blir født med forskjellige former for sårbarhet så vel som en positiv

formbarhet. Noen typer påvirkning vil kunne trigge sårbarheten og bidra til problemutvikling. Andre påvirkninger kan medvirke til frigjøring av muligheter som den genetiske utrustningen også disponerer for (Helgesen, 2017, s. 150).

#### 2.4.1 Tilknytning

Barn er født med en forbausende perseptuell kompetanse. Utviklingsforløpet passerer tre viktige milepeler i løpet av barnets 4-5 første år: tilknytning, selvregulering og mentalisering. Skal barnet oppnå en sunn sosial utvikling, er en vellykket passering av disse milepelene langt på vei å betrakte som en forutsetning. Allerede kort tid etter fødselen viser de spesiell preferanse for ansiktsslignende figurer og de foretrekker menneskestemmen fremfor andre lyder. Utover første leveår blir de stadig mer sensitive på hva foreldrenes ansikts uttrykk formidler av emosjonell informasjon. Foreldrenes følelsesuttrykk får dermed stor betydning for barnets utvikling. Den første tiden i barnets leveår har barnet kun fokus på foreldrene, det foregår en gjensidig dialog som følger nøyaktig de samme reglene for turtaking og gjensidighet. Denne fasen kalles Primær intersubjektivitet. Senere utvikler barn og foreldre sekundær intersubjektivitet, der de har felles oppmerksomhet mot et tredje objekt. Foreldre-barn dialogen er av stor betydning for den tidlige utviklingen, noe som vi særlig ser når den er mangelfull. Tilknytningen har to hoved funksjoner. Den ene er å sikre barna trygghet når de føler seg utrygge eller engstelige. Så snart tryggheten er oppnådd, tar den andre funksjonen over. Den vises ved at barna begir seg ut på utforskning i sine nære omgivelser. Trygg tilknytning gir svært godt grunnlag for barnas sosiale utvikling. Barn som er trygt tilknyttet, fungerer bedre sosialt og har færre atferdsvansker enn barn med utrygg tilknytning. De har også stor kapasitet til å takle stress og å vise andre omsorg (Helgesen, 2017, s. 158-160).

#### 2.4.2 Desorganisert tilknytning:

Desorganisert tilknytning innebærer at barnet ikke har lyktes med å finne en organisert strategi for å bevare tilknytningen til omsorgspersonen, fordi omsorgspersonen – som barnet er avhengig av for å overleve – er den samme som utgjør fare for barnet. Desorganisert tilknyttede barn er den gruppen som er mest utsatt for å utvikle de alvorligste traumelidelsene, som dissosiativ identitetslidelse (Hagen et al., 2016, s. 14).

Det er ikke uvanlig at pasienter med alvorlige dissosiative lidelser har opplevd manglende emosjonell tilgjengelighet, noe som også beskrives som vold (Hagen & Thelle, 2016, s. 90).

#### 2.4.3 Dissosiasjon

Dissosiasjon blir en måte å overleve på, en slags mestringsstrategi. Dette har imidlertid sin pris. Det er en prosess som skaper en endret tilstand i barnets tanker, følelser og handlinger, slik at visse deler av informasjon over et visst tidsrom ikke blir assosiert til eller integrert i annen informasjon, slik som ellers er vanlig. Når personen var i den ene av disse tilstandene, for eksempel der den *tilsynelatende normale personligheten* var aktivert, hadde han verken minner om det opprinnelige traumet, eller om det han opplevde når han var i tilstanden der *emosjonell personlighet* var aktivert. (Hagen & Thelle, 2016, s. 94). Dette kan ha sammenheng med at de primitive hjerneområdene som har med overlevelse å gjøre, dominerer, og at språksenteret «slås av», eller at den posttraumatiserende hendelsen skjer før barnet har utviklet språk. Barnet har dermed ingen mulighet til å integrere de overveldende følelsene slike hendelser fører til. I tillegg, og kanskje viktigst er at barnet sjelden får hjelp til å forstå det som blir gjort mot det, samt å regulere følelsene når det er nære omsorgspersoner som er årsaken til traumene. Barnet som blir utsatt for gjentatte traumatiske hendelser som får betydning for og påvirker spesifikke atferds tilstander, reagerer når lignende hendelser skaper assosiasjoner og trigger barnet, og senere ungdommen og den voksne, på en slik måte at disse atferds tilstandene blir aktivert. (Også kalt «flashbacks»).

Gjentatte traumer i en voksens liv tærer på strukturen til den personlighet som allerede er formet, mens gjentatte traumer i barndommen, former og deformerer personligheten (Hagen & Thelle, 2016, s. 97).

#### 2.4.4 Selvregulering

Selvregulering er definert som evnen vi har til å regulere våre tanker, følelser og handling og er nært knyttet til desorganisert tilknytning. Denne evnen er også et svært viktig mål i barnets utvikling. Selvregulering er en forutsetning for god sosial tilpasning, i barnehage på skolen, blant venner og i alt sosialt samspill. Barns tidlige erfaringer i hjemmemiljøet har mye å si for deres utvikling av selvregulering. Trygge barn vet at de har god støtte i

foreldrene når de opplever stressende situasjoner og blir derfor ikke overmannet av negative følelser. Det viser seg at de samme omsorgsferdighetene hos foreldre som bidrar til trygg tilknytning, også fremmer selvregulering, som emosjonell nærhet og sensitivitet (Helgesen, 2017, s. 161).

#### 2.4.5 Mentalisering

Barn utvikler ikke mentalisering automatisk. Noen type sosiale erfaringer er nødvendig for at denne utviklingen skal skje. Imitasjon og imitasjonslek er en slik erfaringstype. Mentalisering fremmes ved at foreldrene samtaler med barna om dere egne og andres følelser i relevante situasjoner. Evnen til å mentalisere viser seg vanligvis i fire års alderen (Helgesen, 2017, s. 133-134).

#### 2.4.6 Risiko- og beskyttelsesfaktorer:

All påvirkning som skaper uro, engstelse eller annet tydelig ubehag hos oss, kan vi kalle stressfaktorer eller stressorer. De kan variere fra høyt støynivå, økonomi, køer, sykdom og familiekonflikter. Stressorene fortolker vi kognitivt som en trussel. Emosjonelt føler vi oss bekymret, fysiologisk reaksjon kan være svette og høyere puls og atferdsmessig kan vi reagere med å arbeide febrilsk og gjerne mindre kontrollert (Helgesen, 2017, s. 210). Sosial støtte er en svært verdifull beskyttelsesfaktor mot skadelig stress effekter. Tilsvarende kan mangelen på slik støtte betraktes som en alvorlig risikofaktor for stressrelaterte lidelser (Helgesen, 2017, s. 218). Et annet begrep som hører med i en presentasjon om utviklingsfremmende betingelser i tillegg til mentalisering er mestringstillit. Mestringstillit innebærer å utvikle evnen til å sette seg klare handlingsmål kombinert med en sterk tillit til seg selv om at man mestrer disse målene. Bandura (1997), betraktet dette som en svært verdifull tilegnet egenskap, som styrker motivasjonen og dermed også blir en viktig byggestein i en veletablert personlighet (Helgesen, 2017, s. 133).

#### 2.4.7 Primær Intersubjektiv

Primær intersubjektivitet handler om barnets og omsorgspersonens opprinnelige kroppslige og emosjonelle kontakt – et samvær for samværets egen skyld. Det handler om en måte for barnet å være sammen med andre på som umiddelbart bringer det i kontakt



med og inn i det sosiale livet. Sentrale aspekter ved intersubjektivitet er gjensidighet, kroppslig het, kontakt, felles rytme, affektiv in-toning, deling av følelser og opplevelser. Daniel Stern (2007) snakker om subjektive og felles opplevelser av her og nå-øyeblikk som fører til forandring. Samværet har betydning i seg selv, er sitt eget formål, og utgjør sånn sett grunnlaget for trygg tilknytning. Likeledes er denne typen kontakt og samhandling med andre avgjørende for fremveksten av barnets indre motivasjon og lyst til å strekke seg litt videre, uten at det trengs andre kunstige forsterkninger /belønninger (Lorentzen, 2020, s. 25).

## 2.5 Arv og generasjonsoverføring

Forskning på flere generasjoner når det gjelder tilknytningsatferd, har vist at uløst sorg etter tidlig tap i eget liv eller andre traumatiske opplevelser hos foreldre kan påvirke både de voksnes (foreldrenes) muligheter for tilknytning og barnets tilknytningsatferd. Generelt vet vi at når foreldre ikke klarer å være gode omsorgspersoner for egne barn, har de selv lite erfaring med trygg omsorg. Ofte har de ikke bevissthet om påkjenningene i sin egen omsorgshistorie.

### 2.5.1 Resiliens, traumer og tilknytning

Noen foreldre kan bruke egne barn til å trøste seg, motvirke egen tomhetsfølelse, utagere sine reaksjoner på krenkelser, og i verste fall seksualisere sine egne omsorgsbehov. Man har funnet at hele 80 prosent av barn som har en desorganisert tilknytningsatferd, har blitt traumatisert tidlig i sin utvikling (Lyons-Ruth og Jacobvitz 1999). De som skulle være omsorgspersoner har selv tilknytningsforstyrrelser, og synes å være i betydelig risiko for å utsette egne barn for tilsvarende påkjenninger, enten bevisst eller i tilstander de ikke selv kan gjøre rede for (Anstorp et al., 2006, s. 25-26). Familier i norsk barnevern kan kjennetegnes av risikofaktorer som opprettholdes over tid. Familiestress tenderer mot å være stabilt over flere år og videreføres mellom generasjoner (Kvvello, 2015, s. 265).

### 2.5.2 Kontinuitet i oppdragerstil

Grunnlaget for barnets senere foreldrerolle legges gjennom forholdet barnet har til sine foreldre (Killén, 2013a, s. 53). Bailey og medarbeidere (2009) presenterer «the social development model», eller en modell for sosialiseringprosessen på norsk. Denne modellen inkluderer sosial kontroll, viktige faktorer for antisosial- eller problematferd, og

den ser atferd som et resultat av interaksjon og læring. Denne modellen presenterer kontinuitet av problematferd og omsorgsstiler mellom generasjoner. Begrepet «externalizing behavior» brukes hyppig i artikkelen, og beskriver atferd som rettes mot omgivelsene og andre mennesker, for eksempel mobbing av medelever på skolen eller fysisk utagering. Forfatterne forklarer generasjonsoverføringen av dette ved en hypotese om at foreldre som hadde slik problematferd som unge vil fortsette denne atferden som voksne, at de vil assosiere seg med andre som oppfører seg likt, og har integrert normer og holdninger som tilhører antisosial atferd. Kontinuitet i oppdragelsesstil er også forventet gjennom at voksne foreldre har internalisert normer og holdninger om oppdragelsesstil gjennom det de selv opplevde som barn. En faktor er også at foreldrene holder kontakten med sine egne foreldre, og dette forventes å bidra til styrkede delte normer og likhet i oppdragelsesstil (Bailey et al., 2009, s. 7).

Teoridelen har vist hvordan barnet blir påført skader og traumer av sine omsorgspersoner og hvordan en slik oppdragerstil har en tendens til å gjenta seg i generasjoner. I drøftingskapittelet vil jeg gå gjennom disse forholdene for å få et mer utvidet bilde av hvordan traumene påvirker personen videre i livet dersom de ikke blir bufret eller forblir ubearbeidede.

### 3.0 Kapittel - Metode:

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie og i dette kapittelet skal jeg gjøre rede for valg av metoden. Jeg vil definere hva metode er og hvordan jeg har benyttet metoden i studiet.

#### 3.1 Hva er metode?

Olav Dalland skriver at metoden forteller om hvordan en kan gå til verks for å skaffe kunnskap. Sosiolog Vilhelm Aubert formulerer metode slik. En metode kan ses på som et verktøy til å løse problemer og til å finne ny kunnskap. Dalland følger opp med «et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 111). Metoden blir redskapet og hjelper til innsamlingen av data vi ønsker å undersøke.

### 3.2 Kvalitative og kvantitativ metode

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Ved at de gir oss tall, gjør denne metoden det mulig å foreta regneoperasjoner. Kvalitativ metode går inn for å fange opp meningen og opplevelsen som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metoden bidrar på sin hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samarbeider. Kvalitativ metode er preget av åpenhet og andres meninger og er mer fleksibel til forskjell fra den kvantitative metode som kan kategoriseres og struktureres i form av statistikk (Dalland, 2017, s. 112).

### 3.3 Litteraturstudium som metode

Aveyard (2010) beskriver litteraturstudie som en metode for å oppsummere allerede eksisterende litteratur og forskning på en problemstilling innen et problemområde, på en systematisk måte. Et systematisk litteraturstudium betyr at man gjennomgår og samler tidligere forskning og litteratur på det feltet du ønsker å skrive om. Her kan en ved å analysere funnene, finne ny kunnskap i form av sammenhenger, innsikt og andre perspektiver.

Litteraturstudium skal derfor gjøres omfattende, slik at de data som blir innhentet ikke er tilfeldig eller et utvalg for å fremme et syn (Aveyard, 2010, s. 37). Et litteraturstudium kan både være kvantitativt og kvalitativt, alt etter mengden data som er innsamlet. For å besvare min problemstilling benytter jeg kvalitativ metode i form av litteraturstudium.

### 3.4 Et selvkritisk blikk på utvalget

Jeg har ønsket å bygge oppgaven på ny kunnskap, likevel valgte jeg å ta med noe litt eldre litteratur. Årsaken til det er todelt, en at jeg ikke fikk nok treff til å kunne besvare problemstillingen. Her kan nok grunnen knyttes til at jeg muligens ikke hadde nok forkunnskap til å navngi de tidsriktige «søke ordene». Utviklingen på feltet er i bevegelse og ord og uttrykk endres fortløpende. Den andre grunnen er at når jeg søkte 8-10 år bak i tid fikk jeg en større mengde med treff. Dette ser jeg i sammenheng med at forståelse av traumbegrepet slik vi ser det i dag, ikke er eldre enn et par tiår år, og at det den gang teoriene ble anerkjente, kom ut store mengder med empiri og forklaringsmodeller. Mange av disse var billedlige og gode og står seg godt den dag i dag, så av den grunn finner jeg

det rimelig å ta med noe eldre litteratur og forskning enn det som var anbefalt sammen med dagens ferskvare innen traume forskning.

Ikke alt som presenteres som kunnskap er like holdbart. Det er derfor nødvendig at kildene gjennomgår en prosess for at vi kan sjekke om de er brukbare. Kildene må vurderes både med tanke på kvalitet og relevans for arbeidet (Dalland, 2017, s. 150). Informasjonsmengden på internett øker stadig. Å gjøre en vurdering av hvem som har lagt ut kilden eller informasjonen, er en forutsetning for å kunne benytte internett på en forsvarlig måte. En utfordring blir å sile ut hva som er faglige kilder i mengden av alt som publiseres på internett. En annen utfordring er å finne ut hva som er godt, brukbart, seriøst og kvalitetssikret (Dalland, 2017, s. 151-152). Litteratur beskriver forventede relasjoner om hvordan ting skjer (Aveyard, 2010, s. 44). Formmessig består oppgaven av litteratur fra fagfelleverderte artikler og bokkapitler. Innholdsmessig består teksten av drøfting av enkeltfenomener med beskrivelse av refleksjoner rundt begrep, samt teoretiske forståelsesmodeller.

Jeg har brukt følgende søke ord; Traumer, omsorg, relasjonstraumer, utviklingstraumer, emosjonell omsorgssvikt, sosial arv, traumeatferd, skjevutvikling og sårbarhet, ved å søke i følgende databaser; Oria, Idunn.no, Regjeringen.no, Ssb.no.

Jeg har gjort dette siden det er viktig å finne fram til litteratur som er kvalitets sjekket på en eller annen måte. I disse databasene blir stoffet vurdert ut fra ulike kvalitetskriterier noe som ikke er tilfelle når stoff legges inn åpne databaser som for eksempel Google.

### 3.5 Analysemetode

Analysemetoden jeg har benyttet i denne oppgaven er tematisk analyse.

Som navnet tilsier, vil jeg se etter temaer i utvalget av litteratur. Et tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk, nærmere bestemt er hvert tema en gruppering av data med viktige fellestrekk. Temaene jeg velger å trekke ut vil bli gjennomgått i drøftings kapitlet og om mulig utgjøre svaret på forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018, s. 179).

I analyse/drøftingskapitlet har jeg måtte unnlate enkelte sentrale tema på bakgrunn av rammene for oppgaven. Utviklingstraumer er et stort område og jeg har valgt å fokusere

på utfordringer og skadelige ettervirkninger av ubearbeidede traumer Type-2, som voksen og som foreldre, og tatt med de tema fra artiklene jeg synes svarer best til problemstillingen.

## 4.0 Kapittel - Funn

### 4.1 Artikkel av Anna Louise Kirkengen: «*Diagnose: Barndomsforgiftning*» Tidsskrift for psykisk helsearbeid, (2017)

Artikkelen presenterer et kunnskapskondensat fra et bredt fagfelt som utforsker hvordan langvarig belastning, særlig i barndommen, beskatter kroppens sentrale systemer for bevaring av vitalitet og helse. Ut av det konvergerer budskapet om at tidlig, skjult og langvarig krenkelseserfaringer innebærer en høy risiko for senere sykdom. Gjennom tre autentiske sykdomshistorier viser hun hvordan erfaringer transformeres til sykdom via det som forskerne nå omtaler som «multisystemisk fysiologisk dysregulering».

Forfatteren retter søkelyset mot medisinfaget som hun mener har vært blind for at barn kan erfare et vidt spekter av krenkelser gjennom sine omsorgspersoner og at disse belastningene har vist seg å ha en generasjonsovergripende virkning og være en stor økonomisk byrde for samfunnet. Hun har fokus på ordet «barndomsforgiftning» ble legitimt som en medisinsk term av Jack Shonkoff, barnelege og leder ved Center on the Developing Child ved Harvard Medical School. Ordet «toxic», giftig, ble gitt som term for en type stress som er forskjellig fra det de definerer som positiv stress, hvilket omfatter utfordringer vi mennesker trenger for å vokse og utfolde våre evner (Kirkengen, 2017, s. 1-14).

### 4.2 Artikkel av Arne Blindheim: «*Ettervirkninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst*». Tidsskriftet Norges barnevern, (2012)

Artikkelen tar for seg vår tids økende kunnskap om konsekvensene som dårlig oppvekstvilkår kan ha for barn. Det slås fast at det ikke lenger er et spørsmål om

oppvekstvilkår *kan* ha negative konsekvenser for barn, men snarere hvilke typer oppvekstvilkår som gir hvilke konsekvenser, hvilke faktorer som har dempende eller forsterkende effekter og hvilke symptomer som fører risiko for senere skjevutvikling. Leserne blir fremstilt for konsekvensene fra traumer etter emosjonell trakassering og neglisjering tatt fra en større undersøkelse som gikk over 23 år. Konsekvenser var signifikant økning i en rekke ulike psykiske tilstander, negativ innvirkning på skoleprestasjoner og negativ atferd i skolen. Det kom også frem av undersøkelsen at den traumeutsatte hadde større sjanse for å selv påføre sine barn tilsvarende dårlige oppvekstforhold og at det å ha vært utsatt for emosjonell trakassering ser ut til å få like alvorlige konsekvenser som fysisk mishandling og seksuelle overgrep. Også i denne artikkelen pekes det på at de ulike formene for omsorgssvikt ikke blir tilstrekkelig oppdaget i hjelpeapparatet. En eldre undersøkelse fra 2006 (McFarlands), hadde 56 prosent av tilfellene i undersøkelsen ikke nevnt noe om sine traumeerfaringer i sine journaler.

I kapittelet om effekten av traumatiske hendelser på nervesystemet, leser vi at forskere har hatt vansker med å identifisere «vanskelige» barn, og mener at denne betegnelsen kan ha å gjøre med foreldrenes persepsjon og emosjonelle utilgjengelighet, og at reaktiv stil blir etablert de første leveårene. Etter en gjennomgang av hjernens utvikling og påvirkning av traumer, konkluderer artikkelen med at det kan se ut som traumatiserte barn kan få både et forhøyet og et senket kortisolnivå. Den vanlige responsen på trussel er et forhøyet nivå av kortisol, som over tid kan føre til celledød i viktige deler av hjernen, og få omfattende konsekvenser for den traumeutsatte. Langvarig og tidlig traumatisering kan også føre til et senket kortisolnivå, som medfører kroppslig og emosjonell nummenhet, noe som kan se ut som å være en enda mer alvorlig tilstand. Enda viktigere er det at denne tilstanden ikke er så lett å oppdage hos barnet, barnet kan tilsynelatende virke normalt, mens det egentlig er preget av nummenhet og undertrykte følelser. Disse undertrykte følelsene kan da komme ut som mer tydelig patologi (sykdomsforløp) senere.

Minnene blir båret av identiteten som «ikke fikk bli stor på naturlig vis», overlevelsen skjer ved at barnet fortrenger eller lever med en splittet identitet der det ytre tilsynelatende er velfungerende og tar kontroll over barnedelen som er den delen som bærer på smerten, skam og selvforakt. Barnedelen føler seg mye alene og avvist, og bærer på tristhet og

ensomhet. Mønsteret kan lett føre til et indre liv som er i sterk disharmoni og medfører sterkt funksjonstap. Noe som leder oss over på Dissosiasjon. Dissosiative symptomer handler om manglende integrasjon. Disse mekanismene kan høres merkelige ut, men når en snakker med kronisk traumatiserte mennesker er dette et mønster som er helt karakteristisk (Blindheim, 2012).

#### 4.3 Kapittel av Kirsten Benum: *Når tilknytningen blir traumatisert*. Fra boken, *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (Anstorp m. fl., 2010).

Her får vi en psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. Psykisk helse er nær forbundet med trygg tilknytning (Fonagy 1997). Forfatteren innleder med at traumer som er påført fra en nær omsorgsperson, utløser frykt for nærhet og fører til at selve tilknytningssystemet blir traumatisert. Forskning på flere generasjoner når det gjelder tilknytningsatferd, har vist at uløst sorg etter tidlig tap i eget liv eller andre traumatiske opplevelser hos foreldre kan påvirke både foreldrenes muligheter for tilknytning og barnets tilknytningsatferd. Det blir understreket at en slik forskning om sammenhenger mellom tidlige skader og omsorgssvikt og senere psykiske lidelser i voksen alder er svært komplisert. Generelt gjelder når foreldre ikke klarer å være gode omsorgspersoner for egne barn, har de selv lite erfaring med trygg omsorg (Benum, 2010, s. 25). Noen nevnte atferdsmønstre hos traumatiserte foreldre er at de ofte ikke har bevissthet om påkjenningene i sin egen omsorgshistorie. De kan utagere sine reaksjoner på egen krenkelse, bruke egne barn til å trøste seg og i verste fall seksualisere sine egne omsorgsbehov. Det nevnes at man har funnet at hele 80 prosent av barn som har en desorganisert tilknytningsatferd, er blitt traumatisert tidlig i sin utvikling. I tillegg til å ha opplevd neglisjering og generell omsorgssvikt, kan barnet også være utsatt for aktiv påført vold og seksuelle overgrep. De som skulle være omsorgspersoner/foreldre har selv tilknytningsforstyrrelser, og synes å være i betydelig risiko for å utsette egne barn for tilsvarende traumatiske påkjenninger som de selv har vært igjennom. Videre nevnes engstelige og tilbaketrukne omsorgspersoner som produserer hjelpeløshet og depressive reaksjoner hos egne barn. Selv om vold og seksuelt misbruk ofte blir nevnt understrekes også at tilknytningsforstyrrelser kan oppstå på grunn av emosjonell mishandling (Benum, 2010, s. 26). Det kan dreie seg om foreldre med sterk antipati for sine barn, med aktiv

avvisning, kulde, ignorering, favorisering eller kontinuerlig kritikk. En prospektiv studie så på konsekvensene av emosjonell neglisjering (Erickson og Egeland 1996), og fant at emosjonell utilgjengelighet hadde mer omfattende konsekvenser for barnets utvikling enn fysisk og seksuell misbruk. Og hun tar med at det er først nå i nyere tid at det kommer studier om konsekvensene av det emosjonelle misbruket av barn (Benum, 2010, s. 27).

#### 4.4 Kristine Warholm, «Beretninger om det ubærlige», Artikkel fra magasinet Fokus på familien, (2020).

Kristine Warholm har skrevet en artikkel om boken «komplekse traumers psykologi – beretninger om det ubærlige» til den danske psykologen, Anette Holmgren. Hun skriver at Holmgren ønsker med denne boken å fortelle om vold på en måte som ikke fyller leseren med motløshet, men som gir alle som vil forstå traumer, noe å arbeide videre med (Warholm, 2020, s. 1). Det er samtalen om det ubærelige og smertefulle erfaringer som er en rød tråd i artikkelen og boken.

Mange terapeuter snakker med mennesker som har vært utsatt for traumer, uten at de nødvendigvis arbeider i en kontekst for traumebehandling, spørsmålet som da stilles er: - kan alle snakke med mennesker om deres traumer? Svaret hennes er Ja. Forfatteren skriver at det er en misforståelse at bestemte yrkesgrupper er utelukket fra å kunne snakke om alvorlige traumer. Vi må våge å snakke med dem som setter døren på gløtt. Da må vi våge å snakke om volden (Kristine, 2020, s. 3).

*Det verste man kan gjøre, når man møter tegn på vold, er at være stille, og det er forkert at tro, at varsomme samtaler om traumatiske hendelser kan gjøre noget værre. Det værste er allerede skæet. Det som gør det værste værre, er stillhed (Holmgren, 2019, s.288).*

Forfatteren beskriver hvor viktig lek og språk er for barn, og særlig de lekende samtaler, videre om forståelser av hvordan vold og traumatiske hendelser bringer personen bort fra seg selv, og skaper distanse til andre mennesker. Det skjøre og sårbare selvet oppløses. Utgangspunktet for forfatterens tilnærming til samtaler om vold og traumatiserende hendelser, er et ønske om å kaste lys over de erfaringer som ennå ikke er en del av historiefortelleren. Barnet husker best det som var annerledes. Det kan være det gode



minnet fra den dagen barnet lærte å sykle av sin far, eller minnene om lukten av kaffe og nystekte boller hos sine besteforeldre. Det er disse unntakene, og kampen for overlevelse som skal bli deler av den alternative fortelling og helende prosess.

For å forstå etterdønningene etter traumer forklarer forfatteren hvordan traumer er fragmenter eller bruddstykker i vår erindring som fortsetter å skape ubehag lenge etter handlingene fant sted. De vonde følelsene fra fortidens traumer kan plutselig fremtre i nåtidens situasjon og forsterke nåtidens følelser. «Triggere» kan eksempelvis være bilder, lukt og lyder. Følelsene som oppleves skaper utrygghet i nåtiden. Siden traumer ofte er utenfor vår bevissthet, klarer ikke alltid den som har vært utsatt for vold og overgrep, å se at nåtidens smerte har sammenheng med fortiden.

Til slutt er vi tilbake i samtalen om det ubærlige. Å snakke med mennesker om traumatiske hendelser har to vesentlige sider ved seg: å se etter hvordan makten konkret ble utført og opprettholdt, samtidig som man har øye for de handlinger som ble utført for å minske eller holde den ut. Dette kan være begynnelsen på en gjenetablering av selvet. Traumearbeid krever trygghet, tillit, hjelp til selvberoligelse og sorgarbeid (Warholm, 2020, s. 8).

Jeg har bare denne følelse at, at jeg godt kan avsløre det onde. For uanset hvad der sker, så kan det ikke blive værre end nu, hvor onde har makten over mig. Så må der skedet, der sker. Om jeg så bliver fulstændig sindsyg for en stund og skærer mig selv i stykker. Så ved jeg, at jeg vender tilbage, og at det onde får sværere og sværere ved at tage mig vær, for nu har jeg ikke længere lyst at blive væk. Jeg vil faktisk gerne blive her og være hos mig selv- Jeg åbner døren ganske lidt op på klem, hvis du tør kigge. Herinde bor det onde (Holmgren, 2019, s. 263)

## 5.0 KAPITTEL - DRØFTING

Som nevnt innledningsvis så er min problemstilling: **Hvilke konsekvenser får ubearbeidede relasjonstraumer inn i voksenlivet?** I dette kapitlet synliggjør jeg noen av funnene som går igjen i forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven. Funn jeg vil drøfte har jeg samlet under tre hovedtema: 1) Psykisk og fysisk helse. 2) Omsorgsevne 3) Generasjonsoverføring

## 5.1 Psykisk og fysisk helse

Jeg antar at barn som lever med relasjonstraumer som forblir ubearbeide, vokser opp og inn i voksenlivet, de som alle andre. Noen tar sin utdanning, stifter familie og kommer seg ut i arbeidslivet, andre ikke. Det vi nå vet fra teoridelen er at de har med seg sår og tap som utfordrer dagliglivet og dagligdagse gjøremål gjennom dårlig psykisk og fysisk helse. Kirkengen (2017) sier «Langvarig belastning, særlig i barndommen, beskatter kroppens sentrale systemer for bevaring av vitalitet og helse. Ut av det konvergerer budskapet om at tidlig, skjult og langvarig krenkelseserfaringer innebærer en høy risiko for senere sykdom» (Kirkengen, 2017, s. 5). Hva slags sykdom er det så snakk om? Psykolog Mogens Albæk ved RVTS-sør sier at utfallet av en oppvekst i krenkelser ofte er ødelagt selvbilde, de har mistet sin selvrespekt, mistet gleden, sin tro på livet og andre mennesker (Dønnestad, 2015). Å leve med tap av livsglede og tillit til seg selv og andre påvirker personens psykiske helse. Noe som bekreftes av Christiansen & Kojan, (2016), «forskning sier at utfallet av å leve med disse tapene over mange år, gir større sjanse for alvorlige psykiske vansker i oppveksten ...»(Christiansen & Kojan, 2016, s. 21-22). Manglende livsglede er en ting, at konsekvensen kan bli alvorlig sykdom gjør det straks mer potent. I artikkelen til Blindheim (2012) viser han til forskning der konsekvenser fra emosjonell trakassering og neglisjering gav signifikant økning i en rekke ulike psykiske tilstander, negativ innvirkning på skoleprestasjoner og negativ atferd i skolen (Blindheim, 2012, s. 4), noe som delvis samsvarer med mine egne opplevelser som er gitt i bakgrunn for problemstillingen, der jeg snakket om barn av traumatiserte og om hvordan foreldrenes traumer påvirket barna. (Dette vil jeg komme mer tilbake til i drøftingen om generasjonsoverføring i neste avsnitt). Andre konsekvenser er, langt større risiko for overvekt i voksen alder, utvikling av tidlig pubertet, større risiko for gynekologiske vansker, svakere immunsystem og generelt dårligere fysisk og psykisk helse. (Blindheim, 2012, s. 4). Sammenhengen mellom traumatiske hendelser og sykdom får vi også i ACE – studien til Felitti og Anda, (1998). Den traume usatte har en markant økning for å utvikle rusmisbruk, økt risiko for å utvikle depresjon, økt risiko for selvmordsforsøk, enn de som ikke har slike erfaringer fra barndommen. Risikoen for å utvikle fysisk sykdom er også langt høyere og generelt sett fører ACE til tidligere død (Blindheim, 2012, s. 4). Det er forhøyet eller et senket, kortisol nivå, som Kirkengen (2017) viser til som en medisinsk

konsekvens av «forgiftningen» som er det hun kaller barnas dårlige erfaringer (Kirkengen, 2017, s. 3).

Forhøyet nivå av kortisol, kan føre til celledød i viktige deler av hjernen. Senket kortisol nivå, kan medføre kroppslig og emosjonell nummenhet, noe som kan se ut som å være en enda mer alvorlig tilstand (Blindheim, 2012, s. 4). Nummenhet, manglende tilstedeværelse og evne til å lese sosiale kontekster synes å være gjentakende mønstre og som muliggjør en forståelse for hvordan traumene på lang sikt også vil ha en negativ påvirkning på relasjoner og tilknytning til egne barn.

Det er veldokumentert og en bred enighet i artiklene at langtidsvirkningene av omsorgssvikt er omfattende og påvirker fysisk helse så vel som psykisk helse. Igjen tenker jeg at det er vel å bra å vite om skadevirkninger av traumer, en helt annen ting er å bruke denne kunnskapen til å fange opp, gjenkjenne og å tilby riktig hjelp. Jeg ønsker mer kobling til forebyggende forståelse, hvordan vi som sosionomer og resten av helsevesenet kan nyttiggjøre oss kunnskapen om koblingen mellom skader i barndommen og sykdom til tidlig intervensjon for å unngå sykdom.

#### 5.1.1 Hvorfor er det så vanskelig å få hjelp eller å hjelpe?

Tallene fra ACE undersøkelsen taler for seg, barndommens krenkelser er belastninger man drar med seg og bruker store resurser på å holde i sjakk. Jeg vil påstå at med den kunnskap vi har i dag om utviklingstraumer og latent sykdomsforløp burde kunnskapen gitt en mulighet for forebyggende intervensjoner før psykiske og fysiske lidelser oppstår. I artikkelen til Kirkengen (2017), «barndomsforgiftning», rettes søkelyset mot medisinfaget som hun mener har vært blind for realiteten om hvor skadelige krenkelser fra omsorgspersoner er for barn i tidlig utvikling. Hun bemerker at det i ACE studien kom frem at majoriteten av deltagerne aldri hadde nevnt barndomserfaringene i medisinsk sammenheng og tilsvarende at ingen lege hadde spurt dem om slikt (Kirkengen, 2017, s. 3-4). Også Arne Blindheim viser til at de ulike formene for emosjonell omsorgssvikt ikke blir tilstrekkelig oppdaget i hjelpeapparatet (Blindheim 2012, s.6). Man kan med andre ord ane en sammenheng mellom manglende kunnskap, tid, resurser og relasjon mellom pasient og lege, og det at traumer aldri blir et tema koblet til helseutfordringene. Hagen (2016) mener det er behov for mer forskning på relasjonstraumer og at dette er en forsømt

gruppe i hjelpeapparatet (Hagen et al., 2016, s. 30-31). Utfordringene kan også ligge i kompleksiteten hos den traumeutsatte som mangler tillit til andre og seg selv og som kanskje ikke erindrer eller evner å sette ord på barndommens erfaringer eller senere utfordringer. Et nevnt atferdsmønster var at traumeutsatte ikke hadde bevissthet om påkjenningsene i sin egen omsorgshistorie (Benum, 2010, s. 25). En hypotese kan være at tilknytningstraumer er vanskeligere å vise til enn fysiske overgrep og konkrete hendelser, og derfor også vanskeligere å beskrive eller snakke om. Unnvikelse fra pasienten fra å gjenoppleve sår og smerter kan også være en mulig årsak til at de ikke søker hjelp. «Et av symptomene ved skjevutvikling er unngåelsesatferd for å ikke trigge nye smertefulle gjenopplevelser av traumet» (Helgesen, 2017, s. 225). Likevel burde legen eller personer i helsevesenet være den som bærer det faglige ansvar for å bringe en slik samtale på banen. En slik samtale kan være svært krevende. Warholm (2020) «beretninger om det ubærelige», sier det verste vi kan gjøre i forhold til traumer er å være stille. «*Vi må tørre å snakke om det «ubærelige» om døren blir satt på klem....*» (Warholm, 2020, s. 3). Utfordringen igjen er at døren ikke settes på klem uten at den traumeutsatte er trygg. Også manglende mestringstillit kombinert med manglende mentaliseringsevne som begge kan være underutviklet eller manglende, ser jeg som en medvirkende årsak til at den traumeutsatte ikke erkjenner behov for hjelp eller klarer å hente motivasjon for en slik snuoperasjon. «Mestringstillit innebærer å utvikle evnen til å sette seg klare handlingsmål kombinert med en sterk tillit til seg selv om at man mestrer disse målene» (Helgesen, 2017, s. 133). Manglende mentaliseringsevne svekker ferdigheten til selvobservasjon (Kvillo, 2015, s. 121)

En annen side av saken som jeg ikke synes kommer frem av artiklene i forhold til behandling og «reparasjon» av skadene, er at utfordringene ennå ikke har resultert i sykdom, innleggelser eller behov for konsultasjon hos lege fordi personen selv ikke erkjenner at de har noen problemer. Det virker som det er et gap mellom godt beskrevet og utredet skade omfang hos barnet når de utsettes for sviktende omsorg og frem til pasienten blir «syk» nok til at de fanges opp av helsevesenet. Benum (2010) sier at dissosiasjon ofte kan gi alvorlig funksjonssvikt, men det er ikke alltid det *synes* så godt. Hun bekrefter min påstand og sier mennesker med slike lidelser er flinke til å ta seg

sammen og kan fremstå som tilsynelatende godt fungerende i mange sammenhenger. Hun sier videre at mange med traumelidelser har vært ut og inn av behandlingsapparatet mange ganger før symptomene manifester seg tydelig i voksenalder (Benum, 2010, s. 90). Jeg tror vi mangler kunnskap om hvordan traumeutsatte har det før de blir innlagt eller starter i behandling og hvordan de ubearbejdede traumene påvirker eller hindrer dem i dagliglivet, i omsorgssituasjonen for egne barn og i relasjon til partner eller andre nære relasjoner.

Jeg velger derfor å prøve å finne noen svar ved å lese litt «mellom linjene» av funn i artiklene og teorien. Først ved å se på overlevelsesstrategier.

### 5.1.2 Overlevelsesstrategier etter traumer

Min antagelse innledningsvis i dette kapittelet er at traumeutsatte som voksne lever tilsynelatende normale liv, et liv der konsekvensene av barndommens ødelagte tilknytning er godt kamuflert. De unngår situasjoner som er vanskelige som store sosiale lag, den indre uroen holdes i sjakk med en overdreven ytre kontroll på avtaler, barn, hus og hjem. Uforutsigbare hendelser kan skape emosjonell påkjenning og er en trigger i seg selv (Thelle, 2016, s. 106). Overlevelse eller flukt fra smerten kan skje ved fortrenning eller dissosiering. Hverdagen kontrolleres ved at de lever med en splittet identitet der de ytre tilsynelatende er velfungerende og tar på den måten kontroll over barnedelen som er den delen som bærer på smerten, skam og selvforakt. Barnedelen føler seg alene og avvist, og bærer på tristhet og ensomhet (Thelle, 2016, s. 106). Blindheim (2012) sier at et slikt mønster kan føre til et indre liv som er i sterk disharmoni og medfører sterkt funksjonstap. (Blindheim, 2012, s. 3). Min opplevelse av «moren i historien» i «bakgrunn for oppgaven», var en slik. Moren klarte å kamuflere eller holde i sjakk «barnet som bærer smerten» utenfor hjemmet. Hun beskrev det selv slik at hun brukte alle sine krefter på arbeid og med venner, mens hun hjemme trengte å være seg selv. Slik jeg ser det slapp hun da ned garden og ble derfor mer sårbar og lettere «trigget». På den måten levde hun en splittet tilværelse der hun brukte alle sine resurser på fasaden, mens hun på hjemmebane ikke hadde krefter til å bekjempe sin indre uro, en uro som ble ekstra trigget i nære relasjoner. Som sosialarbeidere er det derfor viktig å kjenne til utfordringer og

strategier den traumeutsatte har for å overleve. Mona I Thelle (2016) har gitt oss syv sentrale punkter knyttet til overlevelse etter traumer.

1. Følelsesregulering. Vanskeligheter med å tolerere og regulere sterke følelser som sinne, maktesløshet, skam og glede.
2. Problemer med oppmerksomhet og bevissthet, f.eks. hukommelse, konsentrasjon og mental frakopling.
3. Endringer eller problemer med selvopplevelse, «jeg er skitten, ødelagt, motbydelig, hjelpeløs og ond.»
4. Problemer med relasjon til andre, f.eks. tillit/mistillit, nærhet/avstand, selvhevdelse.
5. Påvirkning/endring av oppfatning av overgriper, «kanskje fortjente jeg det?»
6. Fysiske symptomer, somatisering og medisinske problemer.
7. Endringer i egne meninger og menings- og trossystem. Skifter mening og ideologi ofte (Thelle, 2016, s. 106).

De ulike strategier blir benyttet automatisk for å holde ut det uutholdelige, men har sin pris og resulterer i en oppsplitting av selvet, der deler av virkeligheten blir spaltet bort. Det blir derfor ikke rom for naturlig personlighetsutvikling (Thelle, 2016, s. 106). Hvordan slike strategier fungerer i forhold til omsorgsevne vil jeg drøfte i neste kapittel.

## 5.2 Omsorgsevne - Ubearbeidede traumeerfaringers påvirkning på omsorgsevnen til egne barn.

Barns utvikling er avhengig av og påvirkes av foreldrene. Foreldre som selv har en tilknytningsforstyrrelse har med seg emosjonelle og relasjonelle utfordringer (som en eller fler av de syv punktene over), som ikke er forenelig med trygg omsorg (Benum, 2010, s. 25). Benum (2010) gir også en beskrivelse av traumeutsatte med en desorganisert tilknytning: «de kan være engstelige, tilbaketrukne omsorgspersoner som produserer hjelpeløshet og depressive reaksjoner hos egne barn». Videre nevner han antipati og aktiv avvisning av barna, ignorering, favorisering eller kontinuerlig kritikk som resultat av en desorganisert tilknytnings atferd mot egne barn (Benum, 2010, s.26). Denne kunnskapen er viktig å ha med seg for alle som skal arbeide med voksne omsorgsgivere. Det er ikke vanskelig å tenke seg at en oppvekst under slike forhold også skader barnet. Erickson og Egeland (1996), fant at emosjonell utilgjengelighet hadde mer omfattende konsekvenser

for barnets utvikling enn fysisk og seksuell misbruk (Benum, 2010, s. 27). Mona I Thelle (2016) sitt første punkt knyttet til overlevelse etter traumer er at følelsesregulering gir vanskeligheter med å tolerere og regulere sterke følelser som sinne, maktesløshet, skam og glede (Thelle, 2016, s. 106). Vi har fra teoridelen sett hvordan manglende mentaliseringsevne er en konsekvens etter utviklingstraumer og fører til at man strever med å oppfatte eller fortolke hendelser. Blikk, utsagn og atferd hos andre kan utfordre den traumeutsatte og alt handler om dem. Vansker med å se seg selv utenfra eller sette seg inn i andres situasjon gjør at de blir sentrum i enhver situasjon og misforstår ofte sosiale kontekster (Urnes, 2019, s. 12). Manglende omsorgsferdigheter hos foreldre utfordrer systemer som skal bidra til å gi barna trygg tilknytning. Foreldrenes tidlige erfaringer påvirker dermed deres omsorgsevne som igjen har mye å si for deres barns utvikling av selvregulering. Barn trenger god støtte i foreldrene når de opplever stressende situasjoner for ikke å bli overmannet av negative følelser (Thelle, 2016, s. 109). Det viser seg at de samme omsorgsferdighetene hos foreldre som bidrar til trygg tilknytning, også fremmer selvregulering, som emosjonell nærhet og sensitivitet. Selvregulering er definert som evnen vi har til å regulere våre tanker, følelser og handling, og er en forutsetning for god sosial tilpasning, i barnehage på skolen, blant venner og i alt sosialt samspill (Helgesen, 2017, s. 161).

Tar vi med oss et par punkter til fra Thelle (2016) som problemer med oppmerksomhet, hukommelse, konsentrasjon og mental frakopling og problemer med relasjon til andre (f.eks. tillit/mistillit, nærhet/avstand, selvhevdelse), som også kan spores tilbake til dårlig mentalisering og sosial kognisjon så blir det veldig tydelig hvordan foreldrenes traumereaksjoner kan skade barnas tilknytning og sosiale utvikling (Thelle, 2016, s. 106). Foreldrene er våre læremestre, barnet speiler foreldrenes følelser, så hva med de barna som ikke får muligheten til å utvikle evnen til å mentalisere og regulere følelser? Jo, da kan det oppstå brudd i barnets mentaliseringsevne i større eller mindre grad, slik at barnet ikke klarer å integrere spesifikke atferdstilstander. Det å reflektere over seg selv og andre er beste redskap for å holde avstand til følelser og tanker, og øker muligheten for å integrere det som er overveldende vondt (Hagen & Thelle, 2016, s. 97). Ordet «barndomsforgifning» synes å være en berettiget beskrivelse av en slik oppdragerstil preget av foreldrenes mangelfulle oppvekst. Foreldre som gjøre sitt beste for å holde ut

egne smertefulle erfaringer bruker de fleste ressursene på seg selv. Og selv om de sikkert gjør sitt beste for egne barn, er de i fare for å «forgifte» barna og barnas utvikling med belastende forhold som ikke bufres og som derfor gjør skade, uten kanskje å forstå det selv (Kirkengen, 2017, s. 5).

Dessverre er det først når barn av traumeutsatte begynner i barnehage eller i skole at utenforstående får mulighet til å oppdage hvordan barna har det i forhold til foreldrene. En skulle tro at slike negative «atferds uttrykk» som her ble beskrevet var enkle å avdekke. Min erfaring er at det dessverre ikke er slik. (Jf. historien om «moren» innledningsvis der både barnevernet og også familievern og ABUP, hadde vært i kontakt med familien i mange år). I barnehage eller på skolen er det barnets atferd og eventuelle utsagn som gir barnet en mulighet og en åpning for at vansker skal bli fanget opp. Det kan bli satt i gang mange flotte tiltak på og rundt barnet, tiltak som ofte er veiledning til foreldrene om hvordan de skal håndtere barnets utfordringer, men hvis foreldrenes tilknytningssystem og mentaliseringsevne er skadet, hvordan skal den/de kunne forstå å ta imot veiledning om å trygge barnet, og å møte barnet på dets følelser? Når vi nå vet hvilke utfordringer traumeutsatte foreldre kan ha, ser jeg også viktigheten av å grundig sjekke ut foreldrenes oppvekstforhold for å best mulig kunne gi riktig utviklingsstøttene tiltak, ikke bare rettet mot barnet, men først og fremst mot foreldrene (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 22).

Holmgren (2019) tar opp et viktig tema når hun sier, «*Vi må tørre å snakke om det «ubærelige»*» (Warholm, 2020, s.3). Siden traumer ofte er utenfor vår bevissthet, klarer ikke alltid den som har vært utsatt for vold og overgrep, å se at nåtidens smerte har sammenheng med fortiden (Warholm, 2020, s. 6). Det er ikke alltid at foreldrene selv er klar over sammenhengen mellom egen fortid og fare for å overføre eller yte mangelfull omsorg for egne barn. Derfor må vi som sosialarbeidere trekke en slik sammenheng og våge å utforske foreldrenes omsorgshistorier og tilknytning. Jeg tror det gjøres mye godt arbeid her både i barnehager og i barnevernstjenesten, likevel tror jeg ikke alltid vi kommer i posisjon til eller har relasjon til å få foreldrenes dør helt på klem. Det er så lett å tenke at en slik samtale må foreldrene heller ta med sin terapeut eller lege. (Holmgren, 2019, s.288).



### 5.3. Generasjonsoverføring

Et godt utgangspunkt for en samtale om foreldrenes påvirkning på barna er nettopp å være nysgjerrig å snakke om foreldrenes oppvekstforhold i lys av generasjonsoverføring. Det er ganske klare fakta som kommer frem i artiklene til Benum (2010) og Blindheim (2012). Den traumeutsatte hadde større sjanse for å selv påføre sine barn tilsvarende dårlige oppvekstforhold. (Blindheim, 2012, s. 2). Benum (2010) sier at de foreldre som selv har tilknytningsforstyrrelser, synes å være i betydelig risiko for å utsette egne barn for tilsvarende traumatiske påkjenninger som de selv har vært igjennom. (Benum, 2010, s. 25). Også Kirkengen sier det i klartekst: «De skadelige belastningene viste seg å ha en generasjonsovergrepene virkning». (Kirkengen) Både oppdragerstil og problematferd hos barn viser kontinuitet mellom generasjoner. Samtidig er det ingen automatikk i en slik overføring (Killén, 2013a, s. 18-20). Kari Killén (2013) har skrevet bok med tittelen «barndomen varer i generasjoner». Hun viser til resultater fra tilknytningsforskning som underbygger dette utsagnet. Det handler om «indre arbeidsmodeller» og mentaliseringsevne (Killén, 2013, s.12). Heldigvis har barnet ofte flere omsorgspersoner rundt seg og kan få av andre nære omsorgspersoner det de ikke her får av den traumeutsatte (et like viktig tema jeg har unnlatt å gå inn på i denne oppgaven). De mest utsatte barna er derfor de som lever alene med den traumeutsatte, noe som dessverre ofte er en realitet. En konsekvens av å være relasjonstraumatisert er jo nettopp at relasjoner er vanskelig og at de ikke får til stabilt familieliv. Oppsummerer vi konsekvenser av relasjonstraumer så kan det være en partner med mye indre stress, manglende livsglede, som ikke snakker om følelser, som kan oppleves svært selvopptatt (manglende mentalisering) og som på grunn av manglende følelsesregulering og triggere kan være emosjonelt ustabil (Thelle, 2016, s. 106). Det er med andre ord ikke bare barnets oppvekst som forgiftes, men også relasjonen til partneren, slik jeg forstår det.

Går vi til Kvello (2015) så bekrefter han forholdene rundt risikofaktorer knyttet til generasjonsoverføring av skadelig omsorg i tre punkter: 1) Det er foreldre som ikke forsoner seg med sin egen oppveksterfaring og som preges av at mye psykisk energi bindes til bitterhet eller mental flukt. 2). Foreldre som ikke er seg bevisst sin egen mangelfulle oppvekst, og derfor heller ikke ser behov for å bryte dette mønsteret i omsorg

for egne barn. 3). Foreldre som ser at den omsorg de selv fikk, ikke var god nok, men som ikke ser seg selv i lys av egen barndom (Kvillo, 2015, s. 222).

Viktigheten i foreldrenes refleksjon og bevisstgjøring setter også Holmgren (2019) på dagsorden når hun snakker om at det er selvet som traumatiseres. Hun er opptatt av å ta tilbake selvet gjennom å snakke med mennesker om traumatiske hendelser. Slike samtaler har to vesentlige sider ved seg: å se etter hvordan makten konkret ble utført og opprettholdt, samtidig som man har øye for de handlinger som ble utført for å minske eller holde den ut. Dette kan være begynnelsen på en gjenetablering av selvet.

*Intimitet skabes når vi mærker os selv sammen med en anden, som mærker sig selv.*

(Holmgren, 2019, s.71). Helbredelsen ligger i å gjenfortelle (Warholm, 2020, s. 3). Det paradoksale ved Traumer er at traumet skaper frykt for mennesker, samtidig er det mennesker som kan lege traumet.

Vi som sosionomer skal ikke stille diagnoser, men det betyr ikke at vi skal unnlate å handle. Barnevernstjenesten har som primær oppgave å vurdere foreldrenes omsorgsevne. Når vi mistenker at foreldrene ikke klarer å møte barna på deres behov for trygg tilknytning, kan det kanskje ligge en åpning til fruktbar samtale ved å snakke med foreldrene om deres egen oppvekst heller enn å gå etter deres omsorgsevne. Som foreldre er vi sårbare overfor kritikk på vår foreldrerolle, men gjennom refleksjoner over egen oppvekst kan vi lettere forstå egne barns behov tror jeg. Artikkel forfatterne er her svært enige i sine argumenter om generasjonsoverføring av oppdragerstil og oppvekstvilkår, likevel synes jeg artikkelen til Warholm (2020) har en friskere innfallsvinkel. Ved å bruke ordet barndomsforgiftning og å fokusere på samtalen som «avgiftning» blir det for meg som sosialarbeider mer håndgripelig. Samtale blir mer enn bare en åpning for videre samarbeid, men også selve verktøyet til «heling». Det er håp og det er hjelp å få, hjelpen går gjennom å gjenfortelle og på den måten gjenopprette selvet og å bearbeide erfaringene. Gjennom dialog gis en mulighet til å forhindre å «smitte» neste generasjon.

## 6.0 KAPITTEL - AVSLUTNING.

Funnene i denne oppgaven har vist at konsekvenser fra emosjonell trakassering og neglisjering gev signifikant økning i en rekke ulike psykiske og fysiske tilstander senere i

livet. Av Kirkengen (2012) fikk vi begrepet «barndomsforgiftning» som gav oss en god beskrivelse av de belastninger som følger av en skadelig oppvekst og hvordan erfaringer transformeres til sykdom via det som forskerne nå omtales som «multisystemisk fysiologisk dysregulering (Kirkengen, 2017, s. 7). Jeg vil våge å utvide begrepet til å ikke bare handle om en forgiftet barndom, men «et forgiftet liv», funnene har vis at tilstanden vedvarer gjennom hele livet om den ikke bufres gjennom en gjenetablering av selvet og det skadede barnet. En slik gjenetablering kan ifølge Warholm (2020) komme gjennom samtale om det «ubærlige» (Warholm, 2020, s. 8).

Giften som det her er snakk om er en skadelig form for stress fra en ødelagt tilknytning og manglende mentaliseringsevne. Funnene viser hvor vesentlig mentaliseringsevnen er i alle ledd av menneskets utvikling og tilpasning og for hvordan vi fortolker verden og at manglende mentaliseringsevne gir utfordringer i forhold til relasjoner, i forhold til helse og å yte god omsorg for egne barn (Helgesen, 2017, s. 133-134). Traumer og ettervirkningene fra disse, ser ut til å ha individuelle forløp, alt etter hvilken støtte man har rundt seg og hvor mye kontakt man har med egen utviklingshistorie. Her spiller språket inn, om man kan sette ord på følelsene eller hendelsene, og hvilke helsetjenester man blir fanget opp av. Forskningen har tydeliggjort hvor vanskelig det er å fange opp og å hjelpe voksne med tilknytningstraumer. Jeg har ikke klart å finne tilstrekkelig forskning som retter seg inn mot den voksne traumeutsatte, det kan se ut som det er mindre forskning rundt denne gruppen frem til de blir så syke eller livet er blir så vanskelig at de får behov for medisinsk hjelp og behandling noe som bekreftes av (Urnes, 2019).

Samtidig vet vi nok til å kunne hevde at regulerende voksne (helsearbeidere, hjelpere, lege ol.) må være et fundament i hjelpen til utviklingstraumatiserte, ikke bare barn, men også voksne. Som sosionomer må vi derfor være flinkere til å ta ansvar og å bruke kunnskapen om hvor mye som kan ligge skjult i omsorgsgiveres barndomserfaring. Vi må våge å ta vanskelige samtaler og legge til rette for at døren skal settes på klem. Tall fra ACE-studien (1998) underbygger min mistanke om at traumeutsatte er et underkjent samfunns problem også økonomisk (alderen på undersøkelsen til tross), - like aktuell i dag, noe også ferske tall fra helsebarometeret viser. Jeg våger å tenke at mange av de 23 prosent avslagene i psykiatrien og helsevesenet i dag, er mennesker som strever med

livene sine etter vonde barndomsopplevelser. Kormobiditet og sammensatte helseutfordringer gjør at pasientgruppen er vanskelig å fange opp.

En ting står tydelig frem, - ubearbeidede utviklingstraumer er alvorlige både for fysisk og psykisk helse. Og det påvirker relasjoner og omsorgsevne. Resurser som skulle gått til vekst, familieliv og livsglede, forbrukes i kampen for å holde eget hode over vann (Killén, 2013b, s. 74)

## 7. Egenrefleksjon over arbeidet

Utgangspunktet for valg av tema var egne erfaringer fra praksis og tidligere arbeidsforhold. Erfaringer som dekket et felt av traumeforskningen som jeg synes var viet liten interesse. Jeg var forberedt på at jeg var noe forutinntatt og hadde en forforståelse som kunne bli en snubletråd i søken etter ny kunnskap, likevel var det nettopp dette som utfordret meg mest i oppgaven.

Jeg har i oppgaven valgt å kort referere til egne erfaringer gjennom en historie. Av etiske hensyn har jeg satt sammen en fiktiv historie basert på flere ulike tilsvarende oppdrag jeg har hatt. Historien skal slik den er fortalt ikke kunne lede tilbake til enkelt personer.

Likevel står den som et troverdig eksempel basert på egne erfaringer.

I forsøk på å avgrense oppgaven til å omhandle voksne og foreldre, endte jeg opp med å måtte ta med de fleste ulike teoretiske sider fra hele utviklingsforløpet for å gi et teoretisk bakteppe. Selv synes jeg oppgaven derfor ble noe repetitiv. Artikkene jeg brukte i forskningen utfordret meg også ved å være veldig «enige». Hadde jeg skulle skrevet oppgaven på nytt tror jeg jeg hadde brukt mer tid på å finne forsknings artikler med større bredde eller ulike innfallsvinkler. Men dette er første gang jeg skriver en slik oppgave og jeg har lært masse, spesielt nå i sluttspurten. Jeg er blitt godt kjent med egen forforståelse, at den er vanskelig å distansere seg fra.

## Litteraturliste:

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer : integrering av det splittede jeg*. Universitetsforl. \*247-261
- Aveyard, H. (2010). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S. & Hawkins, J. D. (2009). Parenting Practices and Problem Behavior Across Three Generations: Monitoring, Harsh Discipline, and Drug Use in the Intergenerational Transmission of Externalizing Behavior : The intergenerational transmission of parenting. *Developmental psychology*, 45(5), \*1214-1226.
- Benum, K. (2010). Når tilknytningen blir traumatiser. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjoner og relasjonstraumer*. Univerisitetsforlaget. \*22-41
- Blindheim, A. NOU 2012:5 [NOU]. *Regjeringen.no*, 228.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec19> \*1-56
- Blindheim, A. (2012). ettervirkninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. [https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tnb/2012/03/ettervirkninger\\_av\\_traumatiserende\\_hendelser\\_i\\_barndom\\_og\\_o](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tnb/2012/03/ettervirkninger_av_traumatiserende_hendelser_i_barndom_og_o) \*1-54
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Gyldendal akademisk. \*22-117
- Christiansen, Ø. & Kojan, B. H. (2016). *Beslutninger i barnevernet*. Universitetsforl. \*22-117
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dønnestad, E. (2015). Mer enn hjerne. *RVTS-sør*, 3, 1. <https://rvtssor.no/aktuelt/95/mer-enn-hjerne/> \*1-7
- Hagen, M. B., Barbosa da Silva, A. & Thelle, M. I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid : fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Universitetsforl. \*9-72
- Hagen, M. B. & Thelle, M. I. (2016). Konsekvenser av tidlige alvorlige relasjonstraumer på lang sikt. I M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget. \*88-100
- Helgesen, L. A. (2017). *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* (3. utg. utg., Bd. 1Ù. Cappelen Damm akademisk. \*15-230
- Helsepolitiskbarometer. (2019). *Helsepolitisk barometer* [79]. Kantar.  
<https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2019/presentasjon-helsepolitisk-barometer-2019.pdf>\*1-21
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl. \*23-33
- Killén, K. (2013a). *Barndommen varer i generasjoner : forebygging er alles ansvar* (3. utg. utg.). Kommuneforl. \*13-24, 32-47
- Killén, K. (2013b). *Du ser det ikke før du tror det*. I.-o. i. Barne-, H.-o. omsorgsdepartementet, J.-o. beredskapsdepartementet & Kunnskapsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du\\_ser\\_det\\_ikke.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf)\*1-43
- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: Barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Nr.01-2017, 14.  
[https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tph/2017/01/diagnose\\_barndomsforgiftning](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/tph/2017/01/diagnose_barndomsforgiftning) \*1-17
- Kristine, W. (2020). Anette Holmgren: Komplekse traumers psykologi - beretninger om det ubærlige. *Fokus på familien*, (4), 322-327. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2020-04-07>
- Kvalø, K. K. & Köhler-Olsen, J. (2016). *Barnerett : i et nøtteskall*. Gyldendal juridisk. \*322-327

- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget. \*16-58, 72-150, 212-239, 318-335
- Lorentzen, P. (2020). Traumebevisst omsorg - ett skritt frem og to til siden. *Tidsskriftet Norges barnevern*, (2), 146-161. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2020-02-06> \*146-161
- Thelle, M. I. (2016). Diagnoser og behandling. I M. B. Hagen, A. Da Silva & M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid* (s. 101-121). Universitetsforlaget. \*101-121
- Urnes, Ø. (2019). *Konsekvenser av toksisk stress og utviklingstraumer for hjerneutvikling og psykisk helse*. ROP-TV. <https://rop.no/roptv/konsekvenser-av-toksisk-stress-og-utviklingstraumer-for-hjerneutvikling-og-psykisk-helse/> \*1-17
- Warholm, K. (2020). Komplekse traumers psykologi. *Fokus på familien*, 48. <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/fokus/2020/04/anette-holmgren-komplekse-traumers-psykologi-beretninger> \*1-10