

Traumesensitivt barnevern

Mari Kjørseth Bræin, prosjektleder og psykologspesialist, RVTS Øst

Barn som blir plassert i barneverninstitusjoner, beredskapshjem eller fosterhjem befinner seg i en svært sårbar og stressende situasjon. Situasjonen i hjemmet er av en eller annen grunn blitt uholdbar, og plassering vurderes som nødvendig for å sikre barnet. Det kan handle om omsorgssvikt, neglekt, overgrep eller alvorlige atferdsvansker og rusproblematikk. Mange av barna kan ha levd med fare over lengre tid – og har befunnet seg i en tilstand av alarmberedskap hvor fokuset har vært på overlevelse. Selve plasseringen kan også oppleves skremmende for barna, særlig hvis det er en akutt plassering, og medføre en tilleggsbelastning, selv om målsettingen fra barnevernets side er å bedre barnets livssituasjon. For flere kan plasseringen også være en lettelse og medføre håp om at ting kan bli bedre. Baugerud og Melinder (2012) fant at barn som blir akutt plassert ofte har et høyt stressnivå under selve plasseringen, særlig når plasseringen ikke er forberedt. Den anerkjente traumeeksperten Bruce Perry (2006) fant at flere av barna han arbeidet med som hadde opplevd ekstreme hendelser, hadde et forhøyet kortisolnivå også flere måneder etter at faren var over. Nyere hjerneforskning har dokumentert at omsorgssvikt, vold og neglekt over tid er skadelig for barnets hjerneutvikling. Det er en rekke studier som viser at barn som har vært utsatt for komplekse traumer slik som vold, omsorgssvikt og neglekt er i risiko for å utvikle atferdsvansker, psykiske vansker, somatisk sykdom, rusproblematikk og tidlig død. (ACE studien, Felitti et al., 1998.). Samtidig er det også evidens for at den omsorgen barna får i etterkant av traumatiske hendelser kan virke reparerende på hjernen. Det er derfor viktig at de ansatte i barnevernet har tilstrekkelig kompetanse om traumer hos barn, og er i stand til å ivareta barna på en måte som kan virke reparerende og være med på å forebygge senskader.

Kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser

Barn som plasseres i barnevernets regi har ofte vært utsatt for en, eller flere potensielt traumatiserende hendelser. Med potensielt traumatiserende hendelser mener vi hendelser som ville oppleves skremmende på de fleste, og som truer en persons psykiske eller fysiske integritet. Det innebærer også å være vitne til at en nær person utsettes for slike hendelser. Det anbefales at de ansatte i barnevernet har en åpen og direkte holdning i forhold til å snakke om traumatiske hendelser. Ved at omsorgsgivere tør å sette ord på det vanskelige, formidler de en holdning om at det vonde kan snakkes om. Strukturert kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser anbefales også som et ledd i en større utredning av barnet. ACE studien viser at det er en lineær sammenheng mellom antall belastende hendelser og helseplager senere i livet.

Spørreskjema som *Kartlegging av traumeerfaringer – Barn (Kate B,)* eller *Opplevelsesskjema for barn*, kan brukes som screening, og som en måte å tilnærme seg hendelsene. Noen barn ønsker i liten grad å snakke om disse hendelsene og har ulike unngåelsesstrategier for å unngå tema. Da kan det være viktig å snakke om disse hendelsene «på overskriftsnivå» dvs. ikke gå inn i detaljer, men f.eks bli enige om noen ord man kan bruke som viser til de vonde opplevelsene (eks «den dagen»).

Deltagerne fra kompetanseprogrammet «traumesensitivt barnevern» formidler at de i løpet av programmet ble mer direkte i forhold til å spørre barna om hva de har vært utsatt for. Dette mener de ga bedre innsikt i barnets vansker og større åpenhet rundt hendelsene. På denne måten skaper de en allianse med barnet og en gryende tillit om at de voksne er der for å hjelpe.

Stressreaksjoner hos barn

Barn har utviklingsoppgaver forbundet med de ulike alderstrinn. Stressreaksjoner kan forstyrre disse oppgavene, og det er derfor viktig at barnet får hjelp til å senke stressnivået så raskt som mulig, slik at det ikke skader utviklingen. I de første leveårene er barn ekstra sårbar for intense og smertefulle stimuleringer og for fravær av stimulering. Moderne kunnskap om hjernen har gitt ny forståelse om hvordan stress i miljø og samspill kan skade barnets utvikling. Bruce Perry (2009) er opptatt av at hjernen utvikler seg på en forutsigbar og hierarkisk måte, der de mest primitive områdene i hjernen (hjernestamme og midthjerne) utvikler seg før de mer komplekse områdene i hjernen (korteks). Optimal utvikling av de komplekse systemene i hjernen (korteks) er avhengig av sunn utvikling i de mindre komplekse hjernesystemene. Dersom hjernestamme og midthjerne utvikler seg på en mindre optimal måte, kan dette påvirke utviklingen i resten av hjernen. Barn er derfor spesielt sårbar for traumatisk stress i de første leveårene, særlig hvis det vedvarer over tid og barnet ikke får god reguleringsstøtte av voksne.

De fleste stressreaksjoner går over når barn får reetablere trygghet. En oversikt over vanlige stressreaksjoner på ulike alderstrinn finnes i «*Traumeguiden*» og på screeningskjemaene «*Mulige reaksjoner på stress hos barn*». Disse skjemaene kan brukes til å følge barns utvikling over tid.

Forutsigbarhet, kontroll, tilstrekkelig informasjon om hva som kommer til å skje, samt en god omsorgsbasis er avgjørende for å dempe stressreaksjoner. I noen tilfeller går ikke reaksjonene over, men utvikler seg til å bli symptomer som krever psykiatrisk behandling. Dette kan handle om tilknytningsforstyrrelse, posttraumatisk stresslidelse, depresjon, angstlidelser og ulike somatiske plager. Henvvisning til barne- og ungdomspsykiatrien er da nødvendig. Det er viktig å gi støtte og anerkjenne de reaksjonene barnet har som normale reaksjoner på vanskelige hendelser. De ansatte må følge barnets utvikling nøye og være i stand til å vurdere endringer i stressnivået hos barna.

Hjernen formes av bruken

Hjernen utvikles på en «bruksavhengig måte» ved at nevralt nettverk som brukes hyppig blir sterkere enn de som brukes mindre hyppig (Perry, 2009, 2013). Det er disse «bruksavhengige» endringene i hjernen som ligger under de observerte emosjonelle, atferdsmessige, kognitive, sosiale og fysiologiske endringer man kan se etter vedvarende og

alvorlige traumer i barndommen. Barn som lever i fare får en overstimulering i hjernens «stressresponsystem» i de basale hjernestrukturere og sensitivisering av nevrale nettverk som identifiserer fare. Samtidig understimuleres og underutvikles forbindelsene mellom de basale hjernestrukturere og andre høyere kortikale områder som omhandler språk, planlegging og resonnering (Perry, 2009). Nervesystemet hos disse barna blir utviklet for å sikre overlevelse fremfor utforskning, noe som kan medføre et trusselorientert oppmerksomhetsfokus, mistenksomhet og mistillit til andre. Et sensitivt alarmsystem og et underutviklet reguleringsystem kan vise seg som omfattende reguleringsvansker også beskrevet som utviklingsstraumer (Nordanger og Baarud, 2011, 2014).

Diagnosen *Developmental Trauma Disorder (DTD)* (Nordanger m.fl, 2011) er blitt foreslått som en måte å kategorisere disse vanskene på. Reguleringsvanskene kan vise seg på særlig tre områder:

- *Regulering av affekt og kroppslige tilstander:* Dette inkluderer en veksling mellom intense affektive tilstander; overfølsomhet for følelseladete stimuli og for lyder og berøring; vansker med å roe seg ned etter sterke følelsesmessige opplevelser, langvarig nedstemthet; forsinket eller forstyrret motorisk utvikling; søvn-, spise- og fordøyelsesvansker, samt manglende bevissthet om og språk for følelser og kroppslige tilstander.
- *Regulering av oppmerksomhet og adferd:* Dette inkluderer et innsnevret og trusselorientert oppmerksomhetsfokus; mistolkning av sosiale signaler og sammenhengen man er i, sosial utrygghet og mistillit til andres intensjoner; impulsivitet; svekkede evner til å vurdere risiko, samt uhensiktsmessige strategier for selvtrøst (som selvskading og liknende)
- *Sosio-emosjonell regulering:* Dette inkluderer opplevelse av verdiløshet og skam; separasjonsangst; overopptatthet av å bli tatt vare på; beredskap for avvising; opposisjonell atferd, samt for fysiske og seksualiserte strategier for kontaktetablering.

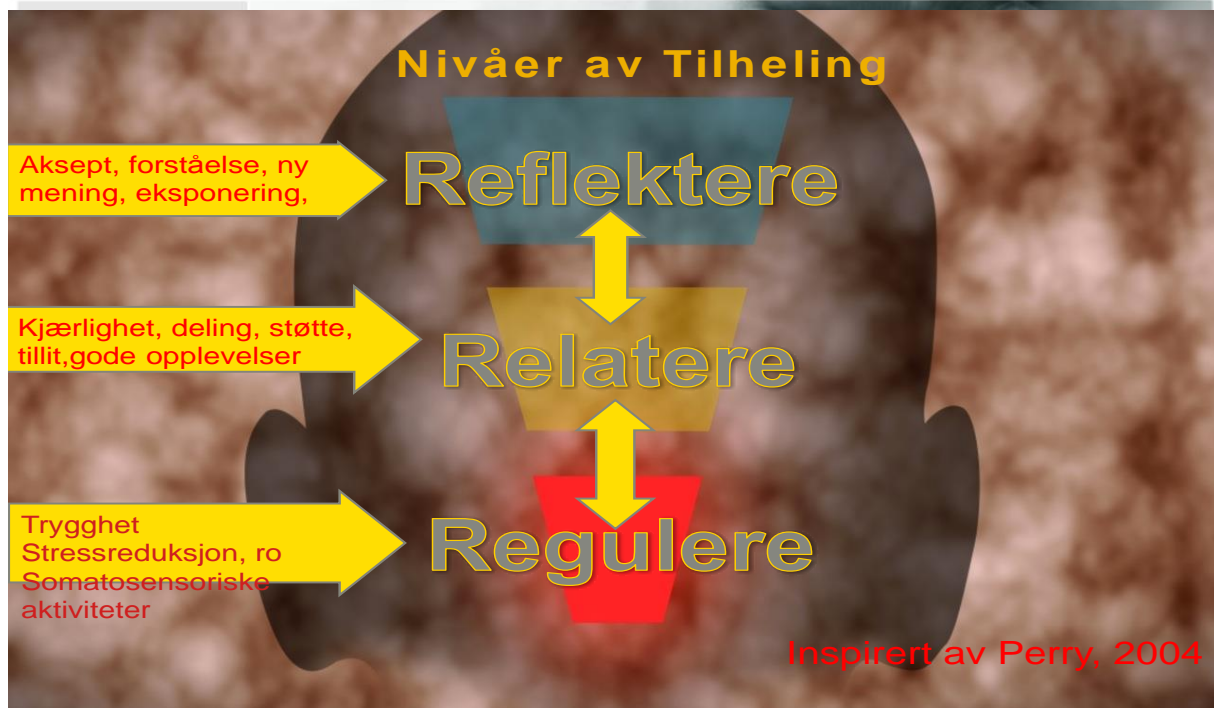
En systematisk kartlegging av barnets funksjon er hensiktsmessig for å få oversikt over barnets vansker. Nevrosekvensiell utredning (NMT) er et mulig kartleggingsverktøy som nå er under utprøving i Norge i regi av RVTS.

Omsorg som fremmer tilheling

Stressreaksjoner går oftest over av seg selv når omsorgssituasjonen normaliseres, mens omfattende vansker krever omfattende tiltak. Når det gjelder barn som plasseres, vil omsorgsgivere se alt fra normale stressreaksjoner – til reguleringsvansker i tråd med utviklingsmessige traumer. Det vil derfor variere hva slags hjelp barna vil trenge, alt fra «å bygge grunnmur i et uferdig hus» til «å pusse opp og rengjøre i et solid hus». I akuttarbeid kan det være vanskelig å vite om barnet har store vansker, eller normale stressreaksjoner. Barn og unge må følges over tid for å se hvordan de drar nytte av de tiltak som iverksettes. Noen barn vil raskt fungere bedre som følge av en bedre omsorgssituasjon, mens andre barn strever med å dra nytte av den nye omsorgssituasjonen.

Tiltak kan struktureres ut i fra kunnskap om hvordan traumer angriper ulike systemer i hjernen, slik det ble beskrevet over. Tiltakene kan deles inn på følgende måte (fritt tilpasset etter Bruce Perrys (2009) nevrosekvensielle modell (NMT));

- 1) *Regulerings tiltak*; trygghet, omsorg og stressreduksjon koregulering, beskyttelse, ivaretagelse, kontroll, forutsigbarhet
- 2) *Relasjonelle tiltak*; Kjærlighet, støtte, positive relasjonelle erfaringer, arbeide med å regulere nærhet og avstand
- 3) *Refleksjon, bearbeiding og meningsorienterte tiltak*: eksponering for det vanskelige, integrering av traumeminner, samtaler og refleksjon, eksistensielle tema.



«Omsorgstrakten»

Modellen tar utgangspunkt i at hjelpetiltak må rettes mot hjernen som helhet, og spisses mot de systemer som er mest angrepet av traumehendelser. Perry (2009,2013) er opptatt av at tradisjonell terapi (eks kognitiv atferdsterapi) som i stor grad retter seg mot forståelse og refleksjon, har en tendens til å mislykkes med barn som har omfattende reguleringskader, fordi de nedre hjerneområdene er underutviklet, skadet eller forstyrret. Modellen bygger på at det først må arbeides med å redusere aktivering i de nedre delene av hjernen, slik at aktiveringen i stressresponssystemet reduseres. En metafor kan være at «husets grunnmur må bygges, før rommene innredes eller pusses opp». Tiltak som iverksettes gjennom barnets omsorgsgivere, anses å være av størst betydning for barnet. Dersom man lykkes med stressreduksjon er det mulig å endre mønstre av aktivering i hjernen, slik at nye forbindelser og ny læring kan skje. Dette innebærer altså et «bottom up»-arbeid, der hovedfokus er å bygge trygghet og styrke i de basale områdene i hjernen. Når barn er trygge her og nå, har hjelperne mulighet til å komme til med tiltak i forhold til andre funksjoner, slik som å danne nye relasjoner til andre, etablere ny mening og å tilegne seg ny kunnskap. Modellen er formet som en «trakt» som først må fylles nederst/bottom up (med trygghet og omsorg), men som også trenger påfyll ovenfra/top down (mening, kunnskap,

håp). Målet er å fremme god flyt både opp og ned i trakten- slik at nye forbindelser kan dannes (på hjernenivå). «Omsorgstrakten» er i overenstemmelse med en faseorientert modell (Anstorp, Benum, Jacobsen, 2006), der trygghet og tilstedeværelse her og nå må være på plass før bearbeiding av traumeminner.

Reguleringsarbeid

Nederst i trakten må det lages et fundament som bidrar til at barnet føler seg trygg og ivaretatt. Barnet trenger oversikt, kontroll og forutsigbarhet i forhold til hva som har skjedd og kommer til å skje videre. Barn som er atskilt fra sine foreldre, trenger også informasjon om hvordan foreldrene blir ivaretatt, så langt det er mulig å gi informasjon. Den nye omsorgsbasen må etablere et miljø preget av ro, vennlighet og adekvat stimulering. Gode rutiner med hensyn til mat og søvn gir trygghet. Begrepet toleransevindu brukes om den aktiveringen som er optimal for læring og utvikling. Da fungerer hjernen godt som en integrert helhet. Et barn som er i alarmberedskap trenger først og fremst hjelp til regulering slik at det kommer innenfor sitt toleransevindu. Barn som har et sensitivisert stressresponsystem vil ofte være enten overaktivert eller underaktivert. Traumatiserte barn har ofte et smalt toleransevindu og det skal svært lite til før de faller utenfor. Dersom barnet er overaktivert vil det trenge hjelp fra voksne til å roe seg ned, - og dersom det er underaktivert vil det trenge hjelp til stimulering. For hver gang barnet klarer å komme tilbake til toleransevinduet styrkes og utvikles reguleringsmekanismen. På denne måten utvides toleransevinduet slik at barnet tåler mer stress.

De ansatte i barnevernet bør ha ferdigheter i stressreducerende teknikker (stabiliseringsmetoder), slik som pusteteknikker, innsovningsmetoder, mindfulnessøvelser og avspenningsmetoder. Bruk av musikk og rytmer kan også være stressreducerende. Det bør oppfordres til bruk av ulike kroppslig og sensoriske aktiviteter avhengig av hvilke aktiviteter barnet liker. Dette kan være kontakt med dyr, svømming, lek med såpebobler, lek med sand og vann. Dette er tiltak som kan virke regulerende på barns stressresponsystem (Gasell og Perry, 2012).

En av de viktigste omsorgsfunksjonene voksne har er å hjelpe barn til å regulere affekter og fysiske tilstander slik at barnet gjenetablerer komfort etter å ha følt ubehag, eller vært frustrert (Baarud og Nordanger, 2011). Når et barn får støtte til dette, utvikles de hjerneområdene som kan kontrollere og regulere ned frykt og stressreaksjoner, slik at barnet etter hvert kan være i stand til selvregulering. Det å reagere konstruktivt ovenfor barn som har store reguleringsvansker kan være meget krevende for hjelpere. Begrepet koregulering eller samregulering handler om at de voksne fokuserer på hva barnet trenger og har behov for, heller enn å reagere spontant på barns atferd (Bath, 2010). De voksne må kunne gjenkjenne og regulere egne reaksjoner i møtet med barna. Samregulering kan ta mange former slik som genuin omsorg, en beroligende stemme, støttende ro og en invitasjon til refleksjon rundt problemløsning. Når stressresponsystemet i hjernen aktiveres, mister barnet kontakt med den delen av hjernen som er fornuftig og reflekterende. Barnet går ut av sitt «toleransevindu», og kan oppfattes som uforståelig eller urimelig (Jørgensen og Steinkolf, 2013). Når barn er overaktivert, eller underaktivert, er det lite mulighet for utvikling og læring av nye atferdsmønstre. Den utfordrende atferden mange traumatiserte barn og unge viser, kan vekke kontrollerende og straffende reaksjoner hos voksne. Dette kan skape utrygge miljø og en videreføring av samspillsmønstre barna tidligere har erfart. Utfordringen

blir å møte smerten som ligger under atferden, uten å skape ny smerte ved straffende og kontrollerende reaksjoner (Anglin, 2002).

Flere av deltagerne i programmet «traumesensitivt barnevern» formidler at det har vært nyttig å arbeide med å identifisere «triggere» og forsøke å forstå hva som ligger bak atferden barnet viser. De klarer nå i større grad å sette ord på det barna opplever og å hjelpe barn til å roe seg ned. Videre legges det i større grad opp til aktiviteter som virker stressreducerende slik som kontakt med dyr, beroligende musikk, fysisk aktivitet og lek. Fokus på det som skjer her og nå gjennom kroppslige sansemotoriske aktiviteter gjør at området rundt alarmsystemet blir aktivert på en annen måte. Hvis vi skal endre på et område i hjernen må dette området stimuleres, men ikke på en måte som aktiverer stress.

«Etter å ha hoppet på trampoline en time, eller etter å ha lekt i sanden en ettermiddag, kommer han inn igjen mye roligere..» Mens vi før arbeidet med å *kontrollere* barna, kan vi nå i større grad hjelpe barna med å *regulere* seg». (Uttalt av en ansatt ved en akuttinstitusjon på Østlandet)

Den samme institusjonen kan også vise til betydelig mindre bruk av tvang, etter at de begynte å arbeide på en mer traumesensitiv måte.

Relasjonelle tiltak

Barna trenger sensitive, direkte, og utforskende voksne som gir tilstrekkelig med informasjon og som tør å spørre. For mange som har opplevd gjentatte skuffelser og krenkelser vil det ta tid før de kan begynne å stole på voksne. Ny tillit til voksne kan bidra til å endre underliggende antakelser (indre arbeidsmodeller) om at andre mennesker ikke er til å stole på. I denne prosessen må de ansatte tåle avvisninger og vanskelig atferd, uten å reagere tilbake med avvisning. Dette er et krevende arbeid hvor veiledning, kollegastøtte og kunnskap blir viktige ingredienser. Arbeidet krever at hjelperne er i stand til å reflektere over seg selv og egne reaksjoner, både i forhold til egne erfaringer og utfordringer i møtet med barna. Hjelperne må være bevisst i forhold til regulering av nærhet og avstand slik at de kan gi en form for kontakt som barnet tåler og kan dra nytte av. Det er viktig å ha spesifikt fokus på fysisk kontakt. Alle barn trenger fysisk kontakt, men mange barn med relasjonsskader kan ha store vansker med å ta i mot nærkontakt. Da kan "high-five", gre håret, ta pulsen eller bruk av ulike rytmeleker/klappeleker være mindre truende enn lange klemmer. Mange barn vil trenge hjelp til å fortolke andre menneskers kroppsspråk, blick og øyekontakt. Arbeid med å ta initiativ og å sette grenser for andre kan være viktige. Veiledning basert på metoder Circle of security (COS), Trygg base eller Theraplay kan være spesielt hensiktsmessige innfallsvinkler.

Kontakt med biologiske foreldre vurderes i hver sak, og mange av barna vil trenge hjelp, støtte og veiledning i forhold til samvær og eventuell tilbakeføring.

Det er også viktig å tilrettelegge for positiv samhandling med andre barn. Opprettholdelse av kontakt med barn fra eget miljø bør prioriteres dersom det er mulig. Barn som har store relasjonelle vansker vil ofte fungere bedre i aktiviteter der det legges opp til parallelle aktiviteter/lek, heller enn til kompleks samhandling (Perry, 2009). Det å avslutte mens det går bra er også viktig. Det gjelder å samle på, og fremheve gode erfaringer.

Refleksjon, bearbeiding og meningsdannelse

Når barn opplever hendelser som er overveldende, utfordrer dette barnets kapasitet til å integrere det som har skjedd. Traumeminner karakteriseres som fragmenterte og uintegrerte i barnets hukommelsessystem. Traumeminner kan «poppe opp» og komme uanmeldt gjennom visuelle, auditive og kroppslige gjenopplevelser. Gjenopplevelser kan være så sterke som at en persons ansikt forandrer seg til å bli overgriperens ansikt. Det kan være forvirrende og gi en opplevelse av å være «gal». Barn forsøker å skape mening i det som skjer i deres liv, selv om det som skjer kan virke meningsløst. Ansatte i barnevernet må sørge for aldersadekvat informasjon om hva som har skjedd og hva som vil skje. Det blir viktig å forklare sterke følelser og å normalisere barnets reaksjon. Psykoedukasjon som gir kunnskap om reaksjoner kan være viktig og virke regulerende. Det er viktig å fremme mestring hos barnet og å anerkjenne reaksjoner som overlevelsesstrategier. Positiv reformulering slik som « hele mitt liv har jeg måtte kjempe for å overleve» eller «jeg har trengt å beskytte meg mot andre» kan være starten på utviklingen av selvspekt og selvanerkjennelse. Mange barn vil trenge hjelp fra voksne til å starte denne endringsprosessen - og må få hjelp til å formulere slike utsagn.

Barn som får hjelp til å snakke om flyttingen i etterkant kan klare å integrere hendelsen i sin livshistorie. Slike samtaler kan hjelpe barnet til å forme en historie om det som har skjedd og gjenopprette kontroll og få hendelsen inn i en sammenheng (Melinder og Baugerud, 2012). Dersom hendelsen ikke omtales i etterkant kan den plasseres utenfor historien - og lagres på en fragmentert måte. Mangelfull informasjon kan gi grobunn for fantasier og selvbebreidelser. Skyldfølelse kan påvirkes av frodig fantasi og tolkninger av sammenhenger som kan bygge på magisk tenkning. Ulike redningsfantasier kan oppstå og kan gi en post hoc opplevelse av kontroll over hendelsen. Leken gir mulighet for bearbeiding og det bør legges til rette for at barn kan leke, tegne eller snakke om det som har skjedd. I sin lek kan barnet endre, omgjøre, reversere handlingen eller hevne seg. De kan lage seg indre handlingsplaner som kan gjøre dem mer usårlige, «innbille» seg at de ringte ambulanse, at de kan reparere skadene osv”. Noen barn kan leke den samme leken om og om igjen uten at den har en spenningsdempende effekt og barnet kan da trenge hjelp til å finne alternative utfall. (Dyregrov, 2000).

Barn går inn og ut av tema knyttet til det som har hendt. De kan uttrykke følelsesmessige reaksjoner - for så å fortsette å leke som om ingenting har skjedd. Det er viktig å la barn få lov til å veksle på denne måten. Det hjelper barn til å regulere hvor mye følelser de kan kjenne på og til å bearbeide hendelsen på en måte som er tålelig. Barn trenger hjelp til å skape sammenheng, mening og helhet i sin livshistorie (Antonovsky, 1987). Barn som er i krise trenger hjelp til å lage denne sammenhengen. Barn som har opplevd traumatiske hendelser, eller som har store plager knyttet til det som har skjedd, f.eks plaget av mareritt, gjenopplevelser, unngåelse eller hukommelsestap kan få hjelp gjennom strukturert bearbeiding innen psykisk helsevern. Barn holder imidlertid på med mye spontan bearbeiding som bør støttes av barnet i det miljøet det befinner seg. I ulike roller og i kontakt med barn i krise, kan alle gi større eller mindre bidrag til barnets livsfortelling (Øvreeide, 2013). Bruk av kreative tilnæringer slik som musikk, skriving drama, tegning og maling kan være nyttige virkemidler i jakten på meningsdannelse. Omsorgsgivere bør legge til rette for dette.

Det å kunne snakke om eksistensielle tema («hvem er jeg, hvorfor skjer det meg, har livet noen mening?») kan være viktig for barn som har opplevd krise, krenkelser og sorg. Mange har liten tro på hva fremtiden vil bringe. Det å tåle barnets smerte, men samtidig lete etter spirer med håp kan være avgjørende for mange barn og unge. Poenget er ikke alltid at barnet skal snakke, men at de voksne formidler empati og forståelse for barnet, og hjelper barnet med å knytte mening til det som har skjedd.

«I de rette øyeblikk kan et anerkjennende ord være begynnelsen på noe nytt» (Øvereide i «Vekst i det vanskelige», 2013).

Oppsummering og konklusjon:

Kunnskap om hvordan traumer kan skade barns utvikling og bruk av nye verktøy som virker stressreducerende har vist seg nyttig i akuttarbeid med barn og unge. Tilgjengelige og tydelige voksne som tåler barns smerte og kan beholde roen hjelper barn med å regulere seg. Rask stressreduksjon, etablering av trygghet, hjelp til å finne mening og sammenheng i opplevelser, samt god tilrettelegging i hverdagen, er blant tiltakene som fremmer tilheling etter traumatiske hendelser.

Implementering av ny kunnskap vil være avhengig av hvordan lederne klarer å opprettholde og videreutvikle kompetansen i de ulike enhetene. Videre fagutvikling kan foregå i samarbeid mellom fagpersoner i Bufetat, RVTS og andre kompetansemiljøer som f.eks RBUP og NKVTS. Utvikling og utprøving av nye kartleggingsverktøy og behandlingsverktøy vil være av stor betydning for arbeidet videre.

Litteratur:

Anstorp, T., Benum, K., Jacobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonskader. Integrering av et splittet jeg*. Universitetsforlaget.

Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. New York: Hayworth Press

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Bath, H. (2008). *The Three Pillars of Trauma-Informed Care*. Journal of safe management of disruptive and assaultive behaviour. 3, 4-7.

Bath, H. (2010). *Calming together: The Pathway to self-control*. Retrieved May 4. 2011 from <http://cyc-net.org/cyc-online/cyconline-mar2010-bath.html>

Baugerud, G.A., Melinder, A. (2012) *Maltreated Children's Memory of Stressful Removals from Their Biological Parents*. Applied Cognitive Psychology Volume 26, Issue 2, pages 261–270, March/April 2012

Braarud, H.C og D. Nordanger. *Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse*.

Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2011. 10: s 968-972

Dyregrov, A (2000) *Barn og traumer*. Fagbokforlaget.

Felitti, V. (2012) The ACE Study, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, DI, Williamson, D. FSpitz, A.M.,

Edwards, V., et al. (1998). *Relationships of childhood abuse and household dysfunction to many of the*

leading causes of death in adults- The adverse childhood experiences (ACE) study.

American Journal
of Preventive Medicine, 14 (4)245-258

Jørgensen, T.W og Steinkopf, H. *Traumebevisst omsorg, teori og praksis*. fra www.rvts.sør.no

Gasill, D, Perry. B (2013) *The neurobiological Power of Play. Prefinal draft In press*

Nordanger, D.Ø., Braarud, M H, Albæk, M og Johansen, V. A (2011). *Developmental trauma disorder:*

En løsning på barnetraumatologifeltets problem? Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48 (11),

1086-1090

Nordanger, D.Ø., Braarud, M. H, (2014) *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*: Tidsskrift for Norsk Psykologforening vol 51.s 530-536

Perry, B., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog: What Traumatized children can teach us about loss, love and healing*. New York: Basic Books.

Perry, B og Dobson (2009) *The Neurosequential model of therapeutics*. Kap 13. I Ford, J.d and Cloitre (Eds)

Treating complex traumatic stress disorder: and evidence-based guide. New York: the GuildfordPress.

Perry, B. (2006). *Applying principles of neurodevelopment to clinical Work with maltreated and traumatized children*. In N. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare*(pp. 27-52). New York: The Guilford Press.

Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to shape who we are*. New York: The Guildford Press

Shore, A.(2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W.W. Norton

Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annuals*, 33(5), 401-408.

Øvereide, H. (2013) *Barns evne til samspill og meningsdannelse*. i *Vekst i det vanskelige. Utsatte barns liv og fortellinger*. S 357-363. Johnsen. H (red). Gyldendal.



BESØKSADRESSE:

Gullhaugveien 1-3

POSTADRESSE:

Postboks 4623 Nydalen, 0405 Oslo

T: 22 58 60 00

E: post@rvtsost.no

www.rvtsost.no

