



**FRA PRAKSIS**

# Traumebevissthet i barnevernet

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

**TEKST**

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

**KONTAKT**

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

**ILLUSTRASJON**

Marie Payan

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

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

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

## FAGLIG FORANKRING

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

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

## Traumesensitivt barnevern

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

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

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

### HandleKraft

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

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

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

### DEN TREDELTE HJERNEN

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

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



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



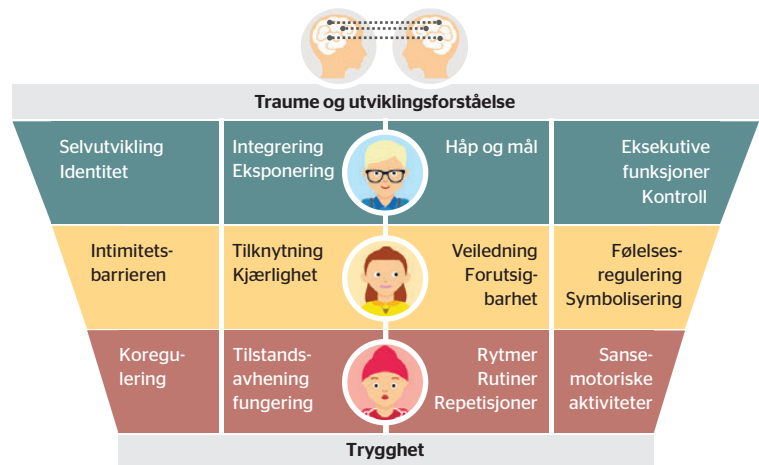
Marius som bor i fosterhjem og som tidligere har vært utsatt for vold og omsorgssvikt. Vi blir kjent med «Anton Alarm» som skal forestille overlevelseshjernen, «Sara Søke» som forestiller følelses- og relasjonshjernen, og «Tore Tenke» som skal forestiller tenkehjernen. I filmen får vi se hvordan disse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

### Å VEKKE VERSUS Å BYGGE

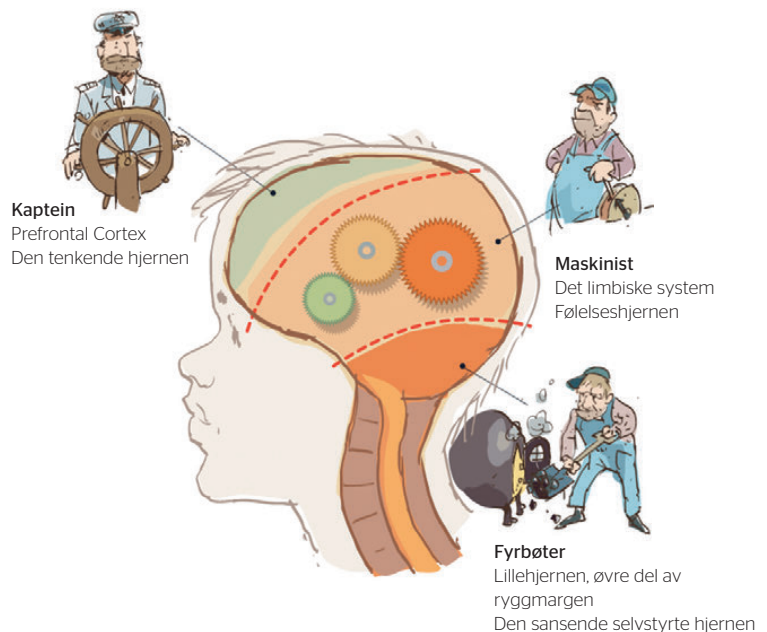
I arbeid med traumatiserte barn som har vært utsatt for enkeltstående hendelser, kan tilfriskning handle om å vekke en kapasitet som allerede er utviklet, men som er midlertid blokkert. I arbeid med utviklingstraumatiserte vil det ofte handle om å bygge en kapasitet som ennå ikke er utviklet. Forbigående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

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

### TRAUMESENSITIVT BARNEVERN



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



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

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

### TRAUMEBEVISST OMSORG

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

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

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

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

### REGULERINGSSTØTTE

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

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

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



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

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

#### **EVALUERING AV PROGRAMMENE**

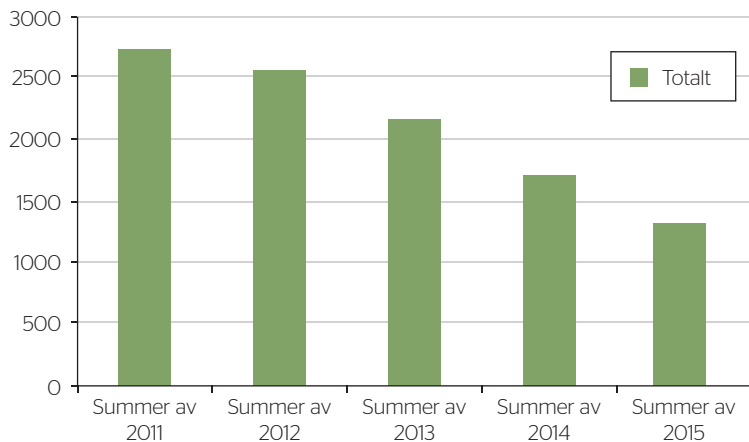
Omsetting av ny kunnskap til praksis er en krevende prosess som tar tid (Fixen et al., 2005). Det er vanskelig å dokumentere om ønsket endring har funnet sted, og i hvilken grad traumekunnskap faktisk bidrar til at barna får det bedre. Evalueringer fra kursdeltagerne er imidlertid et første skritt i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

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

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

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





Antall registrerte voldshendelser (Rød, 2016)

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

#### AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

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

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

#### REFERANSER

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



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

## Årets doktorgrad for tourettes-forskning

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



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

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

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