



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kan omsorgssvikt påvirke barns selvregulering på en negativ måte?

Can neglect affect children's self-regulation in a negative way?

274

Katrine Dall-Larsen

Bachelor i sosialt arbeid BSV5-300

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for velferd og deltaking

Veileder: Tone Larsen

Antall ord: 9695

25.05.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Summary

The purpose of this bachelor thesis is to explore how different aspects of neglect can send children's self-regulation towards a negative path. Through this literature assignment, I have investigated previous studies and relevant literature, which deals with adverse childhood experiences. The thesis sheds light on how the brain development in children in relation to self-regulatory abilities is affected. Development trauma is often accompanied by a lower self-regulation, which can be illustrated through the term «window of tolerance». This bachelor thesis discusses how neglect can be expressed through signs of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which have similar symptoms as the symptoms resulting from being exposed to trauma and underdeveloped self-regulation.

Keywords: Self-regulation, window of tolerance, childhood, neglect, development trauma.

Sammendrag

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan ulike former for omsorgssvikt kan påvirke barns selvregulering på en negativ måte. Gjennom dette litteraturstudiet, har jeg undersøkt tidligere forskning og relevant litteratur, som handler om risikofaktorer i oppveksten. Denne bacheloroppgaven belyser hvordan hjernens utvikling hos barn i forhold til hvordan barns selvregulering utvikles og blir påvirket. Utviklingstraumer er ofte assosiert med en lavere selvregulering, noe som kan bli illustrert gjennom begrepet «toleransevinduet». Denne bacheloroppgaven diskuterer hvordan omsorgssvikt kan komme til uttrykk som ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), noe som har lignende symptomer som de man finner der barn har vært utsatt eller er utsatt for traumer, og hvordan dette påvirker barns selvregulering.

Nøkkelord: Selvregulering, toleransevindu, barndom, omsorgssvikt, utviklingstraumer

Forord

Styggen på ryggen

«Føles som jeg er i helvete

Styggen på ryggen har blitt en av mine nærmeste

På skulderen min og minner meg på

Hvor jævla skeis det here livet mitt går

Er det rart jeg er redd

Når styggen på ryggen er han jeg prater med mest?

Oppå skulder'n min og sier at jeg kommer ingen vei her i livet

Som om ikke det er byrde nok å bære

Oppå ryggen er en spydig liten jævel

Forteller meg jeg er langt ifra den fyren jeg sku være

Burde titte ned i løpet på geværet

Noen leksjoner i livet jeg burde lære

Som meg og andre folk kan'kke dele atmosfære

Styggen på ryggen, men har noen fæler i gjerdet

Du er anbefalt å ikke være nære

Angsten er så motherfucking ekte

Alt jeg kan å få på alle drågene og drikke

Alle fucking anklager, alt jeg kan å nekte

Styggen på ryggen han sørger for at jeg blir brekt ned»

Av OnkelP & De Fjerne Slektningene

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.1.1 Begrepsavklaring.....	7
1.2 Oppgavens disposisjon og oppbygning.....	7
2.0 Litteratur	8
3.0 Metode	9
3.1 Innhentning av data.....	10
3.1.1 Artikkel 1: Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby (2015): <i>A revised inventory of Adverse Childhood Experiences</i>	10
3.1.2 Artikkel 2: Reigstad & Kvernmos (2014): ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer.....	11
3.1.3 Artikkel 3: Lackner et. al. (2018): Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference.....	11
4.0 Resultater	11
4.1 Artikkel 1: Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby (2015): <i>A revised inventory of Adverse Childhood Experiences</i>	11
4.2 Artikkel 2: Reigstad & Kvernmos (2014): ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer.....	13
4.3 Artikkel 3: Lackner et. al. (2018): <i>Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference</i>	14
5.0 Teori	16
5.1 Selvregulering.....	16
5.2 Omsorgssvikt.....	17
5.3 Utviklingstraumer.....	18
5.4 Hjernens alarm- og reguleringssystem.....	18
5.5 Toleransevindu.....	21
6.0 Diskusjon	22
6.1 Selvregulering gjennom toleransevinduperspektivet.....	22
6.2 Hvordan omsorgssvikt kan komme til uttrykk gjennom manglende selvregulering og tegn til ADHD.....	25
6.3 Kritiske bemerkninger.....	27
7.0 Konklusjon	30
Litteraturliste	32

1.0 Innledning

Å bli utsatt for omsorgssvikt i oppveksten kan være en stor risikofaktor for det totale sykdomsbilde i som vi finner hos befolkningen i dag (Reinar, Vist & Kornør, 2018 s. 6). Barn og ungdom som har opplevd traumatiske hendelser har oftere mer atferdsvansker og helseplager enn de ikke-utsatte (Dyb & Stensland, 2016, s. 47). I tillegg har barn og ungdom med slike historier generelt sett større problemer med tilpasning til normer i samfunnet enn ikke-utsatte (NOU:12, 2017, s. 34-35). Barn som blir tidlig traumatisert vil gjerne utvikle en rekke symptomer som blant annet kan innebære konsentrasjonsvansker, dette kan begrunnes med at barnet eksempelvis gjenopplever tidligere traumatiske hendelser. Dette kan føre til en høy indre uro, slik at barnet viser angst og opptrer urolig. Dette er symptomer som blant annet kan være sentrale i en ADHD-diagnose (Blindheim, 2012, s. 172). For en sosionom er det essensielt å se personen-i-situasjonen. Grunnen til dette handler om at når en ser på *relasjonen mellom individet og omgivelsene*, går en inn med et bredere perspektiv for å forstå menneskets helhetsbilde og den subjektive opplevelsen individet har på sin livssituasjon (Hansen, Solem & Nybø, 2017, s. 26). Hvis den subjektive opplevelsen og opplevelsen fra omgivelsene allerede har definert noe som et problem, kan konsekvensen av problemet bli en selvpoppfyllende profeti, kjent som «Thomas-teoremet» (Ellingsen & Levin, 2015, s. 50). Ut fra denne forståelsen ønsker jeg å undersøke hvordan risikofaktorer i oppveksten kan påvirke barns selvregulering, ettersom jeg alltid har hatt en interesse for å forstå hva som ligger bak menneskers uttrykte atferd. Denne forståelsen kan være spennende i forhold til forebyggende arbeid, ettersom omsorgssvikt i oppveksten kan være en risikofaktor for senere belastninger i livet.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Min valgte problemstilling er relevant i møte med barn og ungdom, ettersom sosionomutdanningen sitt verdigrunnlag bygger på prinsippet om menneskets egenverd og menneskerettigheter (Høgskulen på Vestlandet, 2015-2018). En sosionom kan jobbe innenfor forskjellige etater hvor man blant annet møter barn og ungdom som kan ha være utsatt for omsorgssvikt eller fremdeles er det. Det å fordype seg i denne tematikken kan gi en bredere forståelse av hvordan risikofaktorer i oppveksten kan påvirke barns selvregulering. I Bergens Tidene 22. juni 2017 tas debatten opp i innlegget «Når diagnoser kamuflerer vold». Der beskrives det at omsorgssvikt, vold og overgrep kan ligge bak lidelser som angst, depresjon, ADHD og atferdsvansker (Olsen & Nordanger, 2017). Forfatterne viser tydelig at det fortsatt

finnes flere barn og unge som får behandling for disse lidelsene mens overgrepene fortsatt pågår. De begrunner dette med at det er mange av symptomene på eksempelvis ADHD, og det å være utsatt for vold, seksuelle overgrep og / eller omsorgssvikt som kan være like. Slike symptomer kan være problemer med konsentrasjon, impulsivitet, uro og aggresjon.

Nordanger og Braarud (2017) skriver innledningsvis at hvis man ser på barns reguleringsvansker i forhold til dets belastende erfaringer i oppveksten, og / eller i tillegg har omsorgspersoner som ikke gir barnet den støtten det trenger, vil dette ha en innvirkning på barnets selvregulering. Dette kan forstås og illustreres gjennom begrepet «toleransevinduet» som forklares nærmere i kapittel 5.5. Det er denne komplekse traumatiseringen jeg ønsker å se i forhold til hvordan det kan påvirke barns selvregulering.

Min problemstilling er: «Kan omsorgssvikt påvirke barns selvregulering på en negativ måte?»

1.1.1 Begrepsavklaring

Begrepet «omsorgssvikt» handler om at et barn utsettes for ulike former for belastninger på en slik måte at det setter barnets psykiske og / eller fysiske helse og utvikling i en risikosituasjon (Killén, 2015, s. 17). Jeg har i teoridelen prøvd å avgrense og definere begrepet «omsorgssvikt» på en slik måte at det fremmer den komplekse traumatiseringen, fordi det finnes flere ulike former for omsorgssvikt. Med begrepet «barn» mener jeg barn og ungdom under 18 år, på grunnlag av hjernens utvikling i forhold til selvregulering. «Selvregulering» handler om hvordan barnet klarer å styre sine egne følelser og tanker, og hvordan dette kommer til uttrykk gjennom atferden i omgivelsene barnet befinner seg i (Kraft, 2014, s. 12). Dette begrepet vil bli grundigere gjort rede for i kapittel 5.1. Ettersom jeg har avgrenset problemstillingen min ved å se på «selvregulering på en negativ måte», vil derfor teori og litteratur angående resiliens bli ekskludert fra denne bacheloroppgaven.

1.2 Oppgavens disposisjon og oppbygning

Jeg vil begynne med å presentere litteraturkapittelet, hvor jeg går igjennom relevant forskning og litteratur, i henhold til vinkling i oppgaven. Deretter beskriver jeg metode og fremgangsmåte som er brukt. Etter dette presenteres resultatet av de valgte vitenskapelige artiklene. I teorikapittelet klargjør jeg den faglige og teoretiske plattformen. Dette er utgangspunktet mitt for videre drøfting av problemstillingen. I diskusjonen vil jeg først

drøfte «Selvregulering gjennom toleransevinduperspektivet», deretter «Hvordan omsorgssvikt kan komme til uttrykk gjennom manglende selvregulering og tegn til ADHD» og til slutt komme «Kritiske bemerkninger» til de valgte forskningsartiklene. Avslutningsvis vil jeg komme med oppsummering og en konklusjon.

2.0 Litteratur

NOVAs (Norsk institutt for forskning om velferd og aldring) rapport fra 2016 har samlet data fra de to tidligere NOVA-undersøkelsene fra UngVold 2007 og UngVold 2015. Siden det er åtte års mellomrom mellom disse undersøkelsene, kommer det frem når man sammenligner materialet i undersøkelsene at mild vold fra foreldre er redusert, mens den grove volden og den seksuelle volden ikke har endret seg noe vesentlig i denne perioden (Mossige & Stefansen, 2016, s. 9-11). Den amerikanske ACE-studien (Adverse childhood experiences / risikofaktorer i oppveksten) undersøkte den over 17 000 voksne for å finne ut om det forekom en kongruens mellom risikofaktorer i oppveksten og helseproblemer i voksen alder (Felitti et. al., 1998). Resultatene viste en økt risiko for en rekke helseplager og funksjonsvansker, som psykiske og fysiske plager hvis en hadde vært utsatt for flere typer ACEs i oppveksten. Studien tok blant annet for seg belastninger som omhandlet fysiske-, seksuelle overgrep, omsorgssvikt, og om foreldre som hadde et rusmisbruk eller psykiske lidelser (Felitti et. al., 1998). Etter at ACE-studien ble publisert, er det kommet flere internasjonale studier som også ser på korrelasjoner på det å være utsatt for vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og lignende i oppveksten, og på sammenhengen med at man på et senere tidspunkt blant annet har en økt sannsynlighet for å røyke eller få et rusmisbruk (NOU:12, 2017, s. 32). Borge (2010) skriver at barn kan ha beskyttelsesfaktorer i de belastende omgivelsene som kan redusere sannsynligheten for fremtidig negativ psykososial fungering frembrakt av risikofaktorer i oppveksten. Disse beskyttelsesfaktorene kan for eksempel være gode venner, en støttende voksen (lærer, trener, slektning), økonomisk støtte og lignende [referert i Hansen, Solem & Nybø, 2017, s. 34].

Hendelser som oppleves som truende eller katastrofale kan defineres som traumer.

Traumeopplevelser kan gi sterke følelser av frykt, hjelpeløshet og ubehag hos de fleste mennesker (Dyb & Stensland, 2016, s. 46). Når en blir utsatt for ulike former for seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt i oppveksten, setter det sine spor i livet på ulike måter. Dette betegnes som noe av de største truslene mot vår folkehelse (NOU:12, 2017, s. 27). I tillegg

har barn med slike historier generelt sett større problemer med tilpasning til normer i samfunnet enn barn uten slike erfaringer. Litteraturen skiller mellom eksternaliserende- og internaliserende funksjonsvansker. Eksternaliserende vansker blir også kalt for utagerende eller sosiale vansker. Internaliserende vansker blir i tillegg kalt for emosjonelle eller innagerende vansker (definisjon jfr. avsnitt 5.1 Selvregulering). Begge formene er vanlige å finne ved belastningsforhold i oppveksten (NOU:12, 2017, s. 34-35). Killén (2015, s. 70) skriver at slike ulike former for omsorgssvikt i oppveksten hver for seg er knyttet opp mot angstforstyrrelser, depresjon, suicidal atferd, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), lav selvfølelse, spiseforstyrrelser, dissosiative forstyrrelser og rusmiddelproblemer i et senere livsløp. Agnew (2003) og Ladouceur et. al. (2010) skriver at hvis et barn har en oppvekst med en oppdragelse som er uheldig og / eller mangelfull med tanke på grensesetting, vil dette øke risikoen for at barnet utvikler en svak selvregulering. Dette kan føre til atferdsvansker, en svak sosial tilpasning, som igjen kan føre til rusmiddelmisbruk og / eller kriminalitet [referert i Kvello, 2015, s. 76].

McLeer (1994) sin studie viser at det er en kongruens med barn som har blitt seksuelt misbrukt og som får en ADHD-diagnose. Rucklidge et. al. (2006) sin studie sammenlignet voksne med og uten ADHD-diagnose. De viste at 20 prosent av mennene og 17,6 prosent av kvinnene uten ADHD-diagnose hadde opplevd moderat til alvorlig omsorgssvikt, mens 56,3 prosent av mennene og 56,4 prosent av kvinnene med ADHD-diagnose hadde opplevd moderat til alvorlig omsorgssvikt [referert i Blindheim, 2012, s. 172].

3.0 Metode

Jeg har valgt litteraturstudie som tilnærming til min bacheloroppgave. Litteraturstudie innebærer en orientering om allerede eksisterende kunnskap og forskning. Dette vil jeg undersøke opp mot min problemstilling (Dalland, 2017, s. 52). Innen forskning skiller en mellom primærdata og sekundærdata (Jacobsen, 2015, s. 106). Litteraturstudie samler inn data av andre og gjengir det i lys av den valgte problemstillingen, dette kalles for sekundærdata (Jacobsen, 2015, s. 54).

Vitenskapelig metode skal bidra til en troverdig innhenting av kunnskap, noe som innebærer at dataene som innhentes må være pålitelige og ha en relevans og gyldighet. Sagt med andre ord må dataene oppfylle kravene på reliabilitet og validitet (Dalland, 2017, s. 40 & 51;

Jacobsen, 2015, s. 53). Av den grunn vil man automatisk ha et kritisk blikk på datainnhenting og bearbeidelsen og tolkningen av dataene. En skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode handler om innhenting av data i form av å fange opp opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes. Kvantitativ metode bidrar til kunnskap ved innhenting av data av enheter som er målbare (Dalland, 2017, s. 52). Et litteraturstudium kan hente inn forskning som både er kvalitativ og kvantitativ. En god forskning innebærer grundige søk som gir en forståelse, klarhet eller sammenheng i det som skal undersøkes (Dalland, 2017, s. 38).

3.1 Innhentning av data

I søkeprosessen har jeg blant annet brukt biblioteket ved Høgskulen på Vestlandet sin database «Oria» og databasen «Academic search elite». Kriterier for inkludering i denne oppgaven har vært at forskningsartiklene til empirien må være vurdert av fagfeller, og nyere enn fem år. Jeg har også undersøkt og vurdert forskernes bakgrunn. Jeg har vurdert artiklene som relevante for problemstillingen i oppgaven. Jeg har vurdert reliabilitet og validitet av dataene. Forskningen i de vitenskapelige artiklene jeg valgte kan en kalle for kumulativ forskning, ettersom de bygger videre på den forskningen som allerede eksisterer, og som i tillegg er anerkjent (Dalland, 2017, s. 58).

3.1.1 Artikkel 1: Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby (2015): *A revised inventory of Adverse Childhood Experiences*

Denne vitenskapelige artikkelen er publisert i «Child Abuse & Neglect». Den originale ACE-studien til Felitti et. al. fra 1998 blir fortsatt referert til i nyere litteratur. Finkelhor et. al. (2015) har forsket videre på ACE-studien. Denne studien fant jeg gjennom søket «ACE study» i Oria. Finkelhor et. al. (2015) belyser at det finnes flere faktorer som også kan ha en innvirkning på uhelse i voksen alder enn det den originale ACE-studien viser. Variablene som Finkelhor et. al. (2015) snakker om er «mobbing», «isolering / utestenging», «eksponering for vold i samfunnet» og «lav sosioøkonomisk status».

Studien ble gjort i USA, noe det må tas hensyn til siden den er basert på amerikanske standarder og ikke norske. Norge har et helt annet støtteapparat og sikkerhetsnett for sine borgere enn det USA har. Videre i oppgaven vil «eksponering for vold i samfunnet» bli

ekskludert i denne oppgaven på grunnlag av avgrensningene i oppgaven, og blant annet forskjellene mellom Norge og USA. For eksempel forekommer det episoder med skoleskyting i USA, noe som det ikke gjør i Norge. Variabelen «lav sosioøkonomisk status» vil også bli ekskludert fra den videre diskusjonen på grunn av avgrensning i problemstilling.

3.1.2 Artikkel 2: Reigstad & Kvernmos (2014): ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer

Denne vitenskapelige artikkelen er publisert i «Tidsskrift for norsk psykologforening». På bakgrunn av den interessante debatten «Når diagnoser kamuflerer vold» (Olsen & Nordanger, 2017), ønsket jeg å se nærmere på denne publikasjonen som jeg fant på «cactusnettverk.no». Publikasjonen ser på om det er en sammenheng med ADHD-symptomer og belastende livshendelser. «Belastende livshendelser» kan inngå i begrepet «omsorgssvikt».

3.1.3 Artikkel 3: Lackner et. al. (2018): Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference

Denne vitenskapelige artikkelen er publisert i «Biological Psychology». På «Academic search elite» bruke jeg søkeordene «Circle of security childhood trauma self-regulation». Da fant jeg denne canadiske studien, som fordyper seg grundig i hjernens funksjoner. Den er relevant fordi den tar for seg uheldige barndomserfaringer som blant annet inngår i begrepet «omsorgssvikt», og er koblet opp mot barns selvregulering.

4.0 Resultater

4.1 Artikkel 1: Finkelhor, Shattuck, Turner & Hamby (2015): *A revised inventory of Adverse Childhood Experiences.*

De originale ACE-variablene til Felitti et. al. (1998) omhandler emosjonell-, fysisk- og seksuelt misbruk, samt emosjonell vanskjøtsel, fysisk vanskjøtsel, vitne til vold mot mor, ha noen i familien med rusproblemer (alkohol eller narkotiske stoffer), psykisk syke foreldre (psykiatriske diagnoser eller selvmordsforsøk), separasjon og skilsmisse, og hvis en i familien

er eller har vært i fengsel. Finkelhor et. al. (2015) har brukt kvantitativ metode og mener at de har forbedret den originale ACE-studien til Felitti et. al. (1998) ved å trekke inn nye viktige variabler som mobbing, isolering / utestenging, eksponering for vold i samfunnet (det å være vitne til vold i samfunnet inngår her også) og lav sosioøkonomisk status (etter amerikansk standard). De mener at disse variablene som er utelatt i den gamle studien er viktige momenter å inkludere. Svarene ble vurdert ut ifra en anerkjent målemetode «Trauma Symptoms Checklist for Children», og alle fremgangsmåter er autorisert av «Review Board of the University of New Hampshire» (Finkelhor et. al., 2015).

Finkelhor et. al. (2015) brukte en nasjonal undersøkelse av barns eksponering for vold i 2014 som var laget for å få en oppdatert forekomst av barndomstraumer. Denne undersøkelsen fokuserer på 1949 barn og ungdommer i alderen 10-17 år. Intervju ble gjort over telefon fra august 2013 til april 2014. De brukte fire kilder for å få et nasjonalt utvalg. (1) Adressebasert utvalg av hushold som har mobiler eller husetelefon. (2) Husholdninger fra tilfeldigplukkede telefon nummere som hadde barn i husholdningen. (3) Husetelefonlister som har barn i husholdningen. (4) Mobil telefonnummer som ble tatt fra en tilfeldig liste (Finkelhor et. al., 2015). De kombinerte dette for å sikre seg at de fikk en nasjonal dekning av husholdninger, inkludert de med bare mobiltelefon, og at de fikk tilstrekkelig mange husholdninger med barn for å få nok data til undersøkelsen. De påpeker at det er en utfordring å få en tilfeldig dekning over hele landet, og å få tak i husholdninger med barn. De har tatt hensyn til hvilken type telefon og hvilken inntekt familien har, antall barn, utdanningsnivå og arbeidssituasjon, barnas aldersfordeling, kjønn, og rase / etnisitet. Intervjuet begynte med en samtale med den voksne personen i familien for å få informasjon om familiens sammensetning. Man spurte så om tillatelse til å intervju barna. Informasjonen om helsen til barnet ble hentet fra foreldre og det ble gitt en forsikring om anonymitet i undersøkelsen, samt at man fikk \$ 20 (160 kr) for å delta.

Hensikten med studien er å forbedre den statistiske forutsigbarheten ved bruk av undersøkelser som baserer seg på ACE-systemet. Hensikten er å finne frem til ungdom og voksne som har behov for videre støtte for å forhindre ytterligere helse- og atferdsproblemer. Svarene fra deltakerne ble inndelt i fire forskjellige grupper. Kilde (1) hadde en svarprosent på 67 %, kilde (2) hadde en svarprosent på 22,9 %, kilde (3) hadde en svarprosent på 30,6 % og kilde (4) hadde en svarprosent på 14,2 %. Selv om dette er lave svarprosenter, er den normal i forhold til hva som er vanlig ved telefonundersøkelser (Finkelhor et. al., 2015).

Finkelhor et. al. (2015) sin studie bekrefter at det finnes andre belastende forhold barn kan bli utsatt for enn i de som er beskrevet i den originale ACE-skåren til Felitti et. al. (1998). Det å bli utsatt for mobbing, isolasjon / utestenging og annen mishandling som emosjonell-, fysisk- og seksuell mishandling viste ingen korrelasjon med fysiske helseplager, men gav en signifikant sammenheng for psykiske problemer. Resultatene i denne studien viser at det kan være forskjellige veier fra barnebelastninger til risikofaktor for uhelse i voksen alder, med tanke på de nye variablene. Denne undersøkelsen fra 2015 viser helt klart at en trenger å vurdere flere faktorer for å vurdere fremtidige psykososiale problemer enn de som er beskrevet i den originale ACE-studien (Felitti et. al., 1998).

4.2 Artikkel 2: Reigstad & Kvernmos (2014): ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer.

Bakgrunnen for denne studien er å se om det er en korrelasjon mellom det å ha ADHD-symptomer og ha opplevd belastende livshendelser de siste tolv månedene. Green, MacGinnity, Melzer, Ford og Goodman (2005) skriver at barn med en ADHD-diagnose etter ICD-10 (International classification of diseases and related health problem, 10th edition) har ofte i tillegg andre lidelser som depresjon og atferdsforstyrrelser [referert i Reigstad & Kvernmos, 2014].

Undersøkelsen ble utført av Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø og Folkehelseinstituttet i 2003-2005. Det ble utført en ungdomhelseundersøkelse blant 15-16 åringer i de tre fylkene i Nord-Norge. Alle 10. klasse elever i Nord-Norge ble invitert til å delta i undersøkelsen. De som samtykket fylte ut to skjemaer i skoletiden. 4881 elever samtykket, 50,1 % gutter og 49,9 % jenter. Svarprosenten var 88 % i Nordland, 82 % i Troms og 71 % i Finnmark. De brukte en kvantitativ metode i form av selvrapporing i spørreskjema som inneholder temaer som levekår, fysisk helse, livshendelser og sosiodemografiske forhold. Målemetoden «Strength and Difficulties Questionnaire» (SDQ) ble brukt som mål på psykisk helse. SDQ er egnet for kartlegging av oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet. Spørreskjemaet var anonymisert, ettersom spørsmålene på belastende livshendelser kan være sensitive, og forskning viser at sensitive opplysninger kan lettere

rapporteres når det gjøres anonymt. Undersøkelsen var godkjent av Datatilsynet og Regionalt etisk komité (Reigstad & Kvernmos, 2014).

Basert på selvrappotereringen ble ungdommene delt opp i en gruppe med klinisk ADHD-skåre versus de ungdommene som ikke hadde kliniske tegn på ADHD. Undersøkelsen viser at 5,1 % av 15-16 åringene hadde ADHD-symptomer i klinisk område på SDQ. Halvparten av disse hadde også en SDQ-symptomskåre i klinisk område for både atferdsproblemer (50,4 %) og emosjonelle problemer (52,9 %) mot 2 % og 3,9 % blant unge uten klinisk ADHD-skåre. Noe av det de fant overaskende var det det var en klar overvekt blant jenter (66,4 %) i gruppen med klinisk ADHD-skåre (Reigstad & Kvernmos, 2014).

Av de 5,1 % av ungdommene med ADHD-skåre i klinisk område rapporterte 58,1 % dem to eller flere belastende livshendelser sammenlignet med 26,3 % av unge som ikke hadde med klinisk ADHD-skåre. Av unge med klinisk ADHD-skåre og med komorbide atferdsproblemer i klinisk område målt med SDQ hadde 67,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 26,9 % av unge uten klinisk ADHD-skåre. Av de unge med kliniske ADHD-symptomer i klinisk område på SDQ, hadde 59,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 27,1 % av unge utenfor klinisk område (Reigstad & Kvernmos, 2014).

De med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ skårer høyere på alle punkter av ulike belastende livshendelser enn de uten ADHD-skår i klinisk område. Funnene på belastende livshendelser forekom dobbelt så hyppig blant unge som skårer i klinisk område for ADHD sammenlignet med unge uten klinisk ADHD-skårer. Voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer hos foreldre var sterkt relatert til ADHD-skårer i klinisk område for SDQ (Reigstad & Kvernmos, 2014).

4.3 Artikkel 3: Lackner et. al. (2018): Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference.

Lackner et. al. (2018) så på barndomsbelastninger i oppveksten (adverse childhood experiences, ACEs) i forhold til ungdommens ERN (feil-relatert negativitet i hjernen) og selvregulering. Bakgrunnen for studien er at traumeopplevelser er assosiert med redusert

selvreguleringskapasitet, og tilsynelatende redusert selvregulering er assosiert med traume og feil-relatert negativitets bølger (ERN-bølger) i hjernen. Studien har delt deltakerne inn i tre grupper i forhold til grad av utsatthet for ACEs. ACEs er faktorer som kan endre strukturen og funksjonaliteten i hjernen, spesielt i medial prefrontal korteks og hippocampus-området, noe som kan ha en innvirkning på selvreguleringsferdigheter. Undersøkelsen var støttet av Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada (NSERC) og Canadian Institute of Health Research (CIHR).

92 ungdommer i alderen 12-15 år deltok i en todelt studie utført på Brock University, Ontario, Canada. Av de 92 ungdommene rapporterte 41 av dem fra null til en ACE, disse ungdommene ble inndelt i en lav-traume gruppe, hvor 41,46 % var jenter. 31 ungdom rapporterte to, tre eller fire ACEs og ble inndelt i medium-traume gruppe, hvor 74,19 % var jenter. De 10 siste ungdommene rapporterte at de har opplevd fem eller seks ACEs og ble inndelt i høy-traume gruppe, hvor 60 % var jenter (Lackner et. al., 2018). Ungdommene ble testet i den tradisjonelle Eriksen Flanker-testen fra 1974, som har blitt modifisert for å kunne anvendes på barn og ungdom, ved å bruke fisker istedenfor piler eller bokstaver. Det ble brukt et elektroencefalogram (EEG) for å måle hjernebølger under testingen (Lackner et. al., 2018).

Foreldrene skulle svare på ACE-spørsmålene i en tilpasset versjon av «Childhood Trust Events Survey». Temaer om seksuelle misbruk, psykisk misbruk og mishandling ble fjernet etter ønske fra ungdommenes skoler. Foreldrene skulle også evaluere barnet sitt etter «Behavior rating inventory of executive function» (BRIEF). Denne rapporten inneholdt flere enhetsmål i forhold til evaluering av barnets daglige atferd for å måle barnets selvregulering. Fokuset på denne studien var den generelle «Global Executive Composite» (GEC) og viste barnets evnenivå til å forstå informasjon, styre følelser og kontrollere sine handlinger, i tillegg til barnets forståelse av selvstendige oppgaver og hvordan de legger merke til folks reaksjoner til deres handlinger (Lackner et. al., 2018).

Av de uavhengige komponentene av oppgaver / tester som bidro til å måle ERN's (Feil-relatert negativitet i hjernen) og tester for å måle CRN (korrekt-relatert negativitet i hjernen), fant de en større pålitelighet på oppgaver / tester som var mer kongruente, enn de som ikke var det. De kunne ikke predikere nøyaktigheten på oppgavene ved å se på om oppgavetyperne var kongruente eller ikke når man sammenlignet lav-, medium- og høytraumegruppe (Lackner et. al., 2018).

På individnivå viste resultatene av selvreguleringen at BRIEF og GEC-skår viste en korrelasjon med antall traumer ungdommene hadde opplevd, slik at en større grad av traumeeksponering var assosiert med lavere selvregulering. Dette resultatet ble replisert gjennom en gruppebasert analyse (det vil si sammenligning av traumegruppene med BRIEF-skårene og ikke bare hvert enkelt individ), og man fant en tendens til gruppeforskjeller innenfor skårene de ga på BRIEF. De tre traume gruppene: lav, moderat / medium og høy, hadde en trend i retning av å ha forskjellig seg imellom innenfor hva hver gruppe skåret på BRIEF (Lackner et. al., 2018).

Det ble også gjort en undersøkelse av graden av traume (0-6) korrelert med utslagene av ERN, CRN eller med differansen mellom CRN og ERN. Ingen av disse korrelerte med den totale mengden av traumer på individnivå. Ved å se deltakerne via en gruppebasert statistikk viste lavtraume gruppe større en gjennomsnittlig ERP utslag / svingninger i løpet av ERN og CRN enn høy traumegruppe, gruppene viste mere elektriske svingninger / utslag av de elektriske signalene som barna ble målte med i undersøkelsen. Det samme gjelder for medium traumegruppe versus høy traumegruppe. Den høye traumegruppen sammenlignet med den lave traumegruppen viste en større korrekt-feil og de samme forskjellene framkom ved høy sammenlignet med medium traumegruppe. Tester viste ingen signifikante funn mellom kjønnene, men de fant at alder hadde en stor innvirkning på ERN-hjernebølger (Lackner et. al., 2018).

5.0 Teori

5.1 Selvregulering

Baumeister et. al. (1994) skriver at «Selvregulering innebærer å ta styring over egne tanker, følelser og atferd» [referert i Kraft, 2014, s. 12]. Det å regulere seg selv i forhold til oppmerksomhets-, emosjons- og atferdsregulering er komplekse ferdigheter som det tar tid å utvikle. Selvreguleringsferdigheter har også en sammenheng knyttet til hjernens modenhet gjennom utviklingen av prefrontal korteks (Kvillo, 2015, s. 75). Prefrontal korteks er lokalisert i den fremste delen av hjernen og spiller en viktig rolle i det å knytte en mening til det vi opplever (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56).

Mortitt et. al. (2011) skriver at barns selvregulering er et viktig moment for å forutsi den psykiske og sosiale funksjon [referert i Kvello, 2015, s. 76]. Barn som har utviklet svak selvregulering har en økt risiko for utvikling av både internaliserende- og eksternaliserende vansker. Internaliserende vansker handler om spise- og sønnavnsker, tristhet og engstelse. Dette kan også kalles for innagerende eller emosjonelle vansker. Eksternaliserende vansker omfatter ofte atferdsvansker, kriminalitet og rusmiddelmissbruk. De blir i tillegg kalt for sosiale eller utagerende vansker (Kvello, 2015, s. 76 & 157). PTSD (posttraumatisk stress lidelse), depresjon og angst er eksempler på internaliserende vansker, mens ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse er eksempler på eksternaliserende vansker (NOU:12, 2017, s. 36). Tambelli et. al. (2012) henviser til studier som viser at ungdom som har vokst opp med utrygg tilknytning til foreldrene sine ofte viser en kombinasjon av internaliserende- og eksternaliserende vansker [referert i Kvello, 2015, s. 157].

Selv- og emosjonsregulering er blant de mest sentrale utviklingsoppgavene i barndommen, og kan legge premisser for voksnes psykiske og sosiale fungering (Kvello, 2015, s. 73). Reguleringsbegrepet er en samlebetegnelse på barnets evne til å regulere følelser, oppmerksomhet, atferd og kroppslige tilstander, og hvordan barnet forholder seg til andre mennesker (Holt & Hafstad, 2016, s. 289). Emosjonsregulering inngår i begrepet emosjonell kompetanse, som igjen er en del av selvregulering. Å bli utsatt for omsorgssvikt medfører en stor risikofaktor for at et barn utvikler en dårlig emosjonsregulering (Kvello, 2015, s. 77 & 81). Emosjonelle og innadvendte vansker hos barn kan også forekomme som en konsekvens av å ha vært eller være utsatt for mobbing. Forskningen på mobbing fokuserer mer på internaliserende vansker enn eksternaliserende vasker. I forhold til det at mobbing kan være en stressfaktor, kan det også bli synlig i form av eksternaliserende vansker, slik som atferdsproblemer. Det at barn kan være aggressive og være normbrytende, kan av omgivelsene vekke en irritasjon hos jevnaldrende, slik at barnet kan bli mer utsatt for å bli mobbet (Breivik et. al., 2017, s. 54)

5.2 Omsorgssvikt

Kempe (1979) sin forståelse av omsorgssvikt er når den parten som har omsorgen for barnet «utsetter det for psykiske og/eller fysiske overgrep eller vanskjører det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare» [referert i Killén, 2015, s. 17]. Det å bli utsatt for seksuelle overgrep og vold kan betegnes som alvorlig omsorgssvikt. De mest

skadelige belastningene et menneske kan oppleve skjer i en tidlig alder, i nære relasjoner og pågår over en lengre tid (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 99).

Killèn poengterer at «*Det som i utgangspunktet kan se ut til å være en risikosituasjon, kan ved nærmere undersøkelse vise seg å være alvorlig omsorgssvikt. Det er sjelden det er omvendt*» (2015, s. 17). Hennes forståelse av omsorgssvikt er at det dreier seg om barn og unge som blir utsatt for vanskjøtsel, fysiske-, psykiske- og seksuelle overgrep, og utsatt for omsorgssvikt i nettverket og fra det offentlig. Hun presiserer at en sjelden blir utsatt for bare én av disse formene for omsorgssvikt (Killèn, 2015, s. 39-40). Begrepene henger sammen, og de utgjør hver for seg sine egne kunnskapsfelt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 13). Ettersom disse barndomsbelastningene henger sammen, vil jeg i denne besvarelsen bruke Killèn sin betegnelse på begrepet omsorgssvikt, for å se hvordan det kan påvirke barns selvregulering.

5.3 Utviklingstraumer

Jfr. 2.0 Litteratur, «Hendelser som oppleves som truende eller katastrofale, kan defineres som traumer. Traumeopplevelser kan gi sterke følelser av frykt, hjelpeløshet og ubehag hos de fleste mennesker» (Dyb & Stensland, 2016, s. 46). En deler traumer opp i to forskjellige kategorier. Type 1-traume er en enkelthendelse av noe traumatisk (Dyregrov, 2010, s. 14). Type 2-traume er traumatiske hendelser som blir gjentatt, er vedvarende og har gjerne en uforutsigbar utvikling (Thelle, 2016, s. 102). Saakvitne et. al. (2000) definerer traumer som «*en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet*» [referert i Nordanger & Braarud, 2017, s. 19]. Utviklingstraumer (type 2-traume) handler om sammensatte belastningsforhold som pågår over lengre tid. Med belastningsforhold menes i denne besvarelse at barnet lever i en situasjon av omsorgssvikt over en lengre tid. Noe av det mest grusomme er når overgriper og omsorgsgiver er samme person. Denne kombinasjonen av traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte betegnes som utviklingstraumatisering (Nordanger og Braarud, 2017, s. 29-30).

5.4 Hjernens alarm- og reguleringsystem

Ogden et. al. (2006) nyanserte Paul MacLean's modell «The triune brain», som fremmet sin

forståelse av at hjernen vår består av tre deler: Neokorteks, det limbiske system og hjernestammen [referert i Nordanger & Braarud, 2017, s. 55-56]. (Fig. 1).

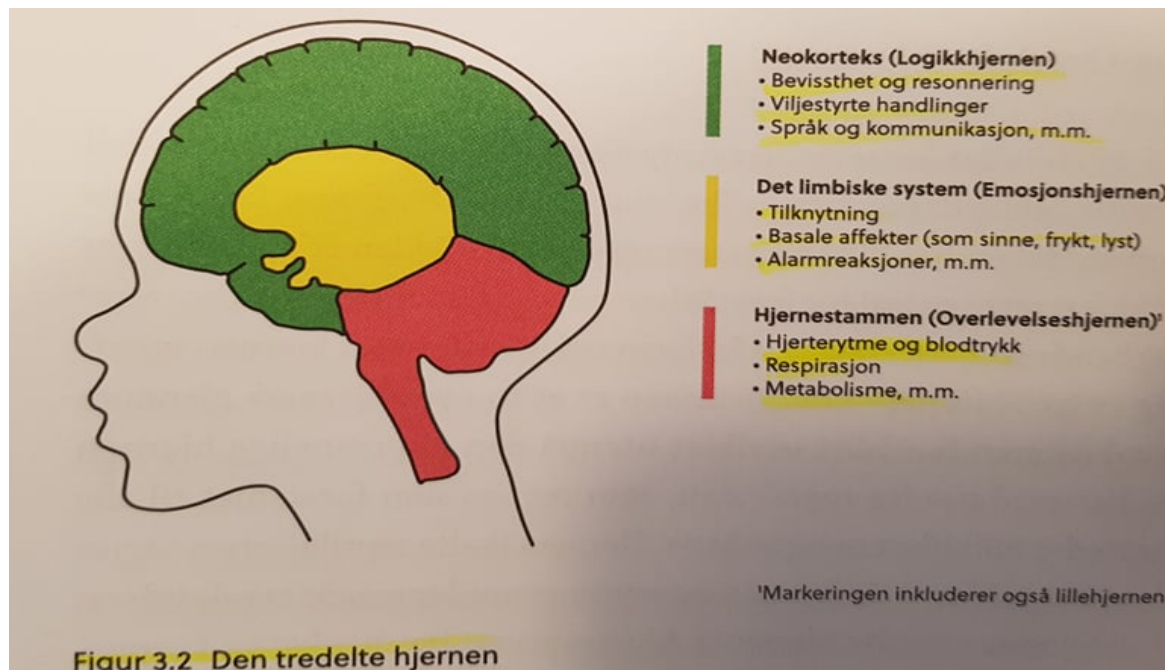


Fig. 1: «Den tredelte hjernen» (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56).

Figur 1 viser hvor de tre hjernedelene ligger. For å forstå hjernens alarm- og reguleringssystem vil jeg først redegjøre kort om den tredelte hjernes funksjon, for også forklare hva som skjer i hjernen når alarm- og reguleringssystemet settes i gang, gjennom en trigger.

Hjernestammen, styrer grunnleggende overlevelsesfunksjoner som respirasjon, hjerterytme, blodtrykk og kroppstemperaturer (homeostase) (Nordanger & Braarud, 2017, s. 55).

Amygdala blir ofte kalt for hjernens «alarmsentral», og befinner seg i overgangen mellom hjernestammen og det limbiske system (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59).

Det limbiske system, styrer blant annet tilknytningsatferd og grunnleggende følelser som lyst, frykt og sinne (Nordanger & Braarud, 2017, s. 55). Hippokampus er en del av det limbiske system og er sentral for hukommelse. Den gir oss tilgang på eksplisitte og episodiske minner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 60). Den eksplisitte hukommelsen vår lagrer tidligere opplevelser, det vi har lært, i tillegg det ubevisste. Det motsatte er implisitt hukommelse som eksempelvis handler om læring av ulike reaksjoner på emosjoner (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 32).

Neokorteks, styrer blant annet språk, bevissthet, evnen til å resonnere, og viljestyrke for motoriske handlinger. Den fremste delen av neokorteks er prefrontal korteks og fortolker hendelser, den bidrar til at vi kan knytte en mening til det vi opplever. Den er ferdig utviklet når man er i midten av 20 årene (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56). I medial prefrontal korteks befinner evnen til selvregulering, sosial funksjon og til å dempe reaksjoner fra det limbiske system (Blindheim, 2012, s. 178). Orbital korteks er viktig for kontrollfunksjon av impulser og emosjoner relatert til sosiale omstendigheter (Nordanger & Braarud, 2017, s. 61). Her fortolkes mellommenneskelige signaler, og de regulerende forbindelsene sendes til amygdala. Som det beskrives her, er de frontale delene i neokorteks viktig for selvregulering.

Amygdala varsler hjernens *alarm- og reguleringssystem* når den opplever en faresituasjon eller utsettes for en trussel. Forbindelsene i hjernen fanger trusselbildet raskt og vurderer om dette stemmer. Hvis trusselen viser seg å være ufarlig, meldes det tilbake til amygdala at den kan regulere ned alarmreaksjonen (Nordanger & Braarud, 2017 s. 62). For eksempel kan amygdala reagere på en trigger i form av lyd, lukt eller lignende. Deretter kobles hippokampus på og «husker» tidligere erfaringer. Tilslutt kommer prefrontal korteks på og fortolker om dette er en farlig situasjon eller ikke. Ettersom prefrontal korteks ikke er ferdigutviklet hos barn, betyr det at reguleringssystemet heller ikke ferdigutviklet siden det utvikles og formes litt etter litt. Derfor er det viktig for barn at de har trygge omsorgspersoner i oppveksten, og at de kan være en reguleringsstøtte for dem (Nordanger & Braarud, 2017 s. 63-65). Når amygdala oppfatter en situasjon som truende eller farlig, varsles hypothalamus som sender signaler til binyremargen, hvor adrenalin skilles ut. Når dette skjer, øker hjertefrekvensen som gir et økt blodtrykk til kroppen, øker sirkulasjonshastigheten og oksygentransporten, slik at kroppen er i beredskap til å handle mot trusselen. Deretter blir det sendt ut et hormonsignal fra hypothalamus til binyrebarken, via HPA-aksen (hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen). Da skilles det ut kortisol (stresshormon) som er en støttfunksjon for adrenalinet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-60). Barn som utsettes for ulike formene for omsorgssvikt, vil få en HPA-akse som er overfølsom på stress. Dette vil si at HPA-aksen vil være overfølsom i forhold til å sende ut signaler til binyrene, hvor stresshormonene adrenalin og kortisol skilles ut (NOU:12, 2017, s. 33). Denne funksjonen gjør at den kroppslige aktiveringen kan opprettholdes over et lengre tidsrom. Dette resulterer i en svekket kapasitet til å regulere affekter, altså at kroppen settes i eksempelvis en vedvarende kamp-fluktsituasjon (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-60). (Fig. 2)

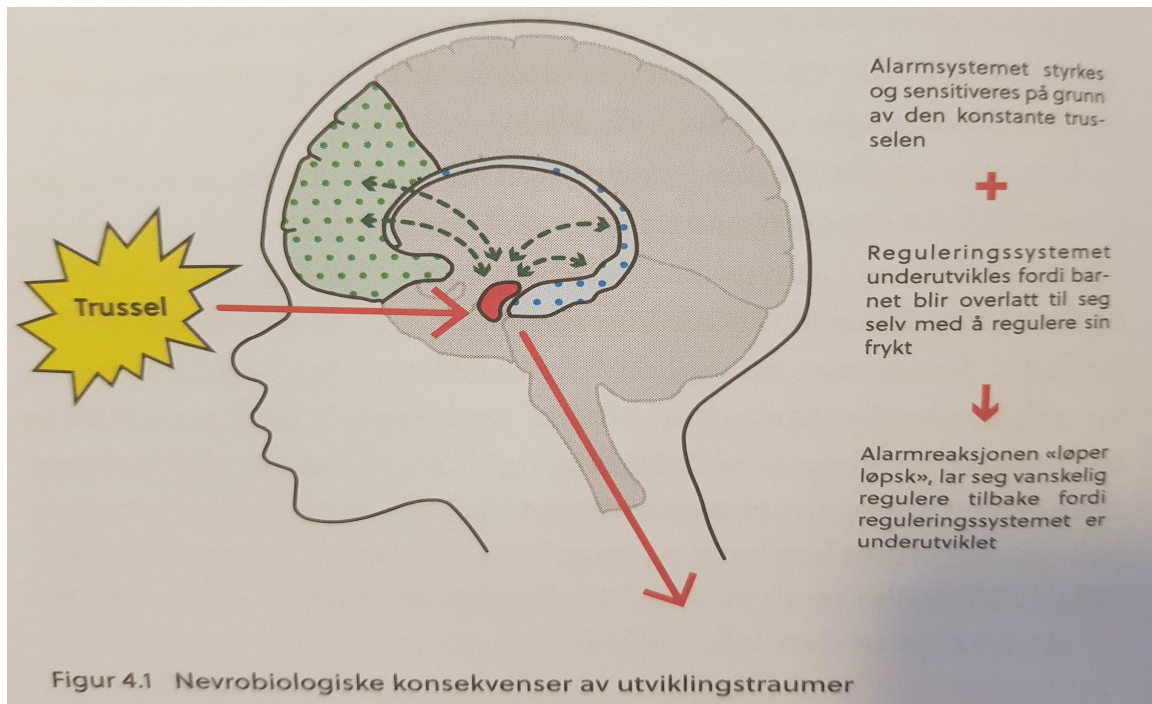


Fig. 2: «Nevrobiologiske konsekvenser av utviklingstraumer»

Her blir det vist hva som skjer med et underutviklet reguleringssystem. En underutviklet alarmreaksjon kan gjøre det utfordrende å regulere seg tilbake når en opplever en trussel (Nordanger & Braarud, 2017, s. 76).

5.5 Toleransevindu

Toleransevinduet er området for optimal aktivering (Holt & Hafstad, 2016, s. 289). Når man befinner seg i selve toleransevinduet vil man være tilstede emosjonelt og kognitivt.

Oppmerksomheten her gjør at man kan tenke rasjonelt og er i en posisjon hvor man lærer best. Barns toleransevindu er ofte smalere enn hos voksne, derfor er det omsorgspersonens oppgave å hjelpe barnet å regulere seg tilbake til toleransevinduet, dersom det faller utenfor. Dette gjøres via ytre regulering og samregulering (Kvello, 2015, s. 303). Den voksne skal være en reguleringsstøtte for barnet. Det er på denne måten barn utvikler sine selvreguleringsferdigheter, som gjør at de vil klare å mestre flere og flere utfordrende situasjoner, og holde seg innenfor toleransevinduet når spenningen øker.

Når man faller utenfor toleransevinduet, aktiveres alarmsystemet. Dette fører til at man enten blir hyper- eller hypoaktivert. En hyperaktivert kan innebære en sterk kaosfølelse, uro, impulsivitet, aggresjon og utagering (Nordanger & Braarud, 2017, s. 85). Da vil en få en økt hjertefrekvens, en begynner å puste fortere og vil få en økt spenning i musklene (Kvello,

2015, s. 303; Holt & Hafstad, 2016, s. 289). Hvis alarmsystemet fører til at barnet går ned til en hypoaktivering, vil det føle en fjernhet, nedstemthet, nummenhet og handlingslammelse (Nordanger & Braarud, 2017, s. 86; Holt & Hafstad, 2016, s. 290). Når dette skjer, vil barnet få en roligere hjerterefrekvens og pust, og hypoton muskulatur. Dersom en har vært utsatt for gjentagende traumatisering og en skjønner at en ikke vil klare å stoppe det eller komme seg vekk, vil dette være en naturlig reaksjon (Holt & Hafstad, 2016, s. 290). (Fig. 3)

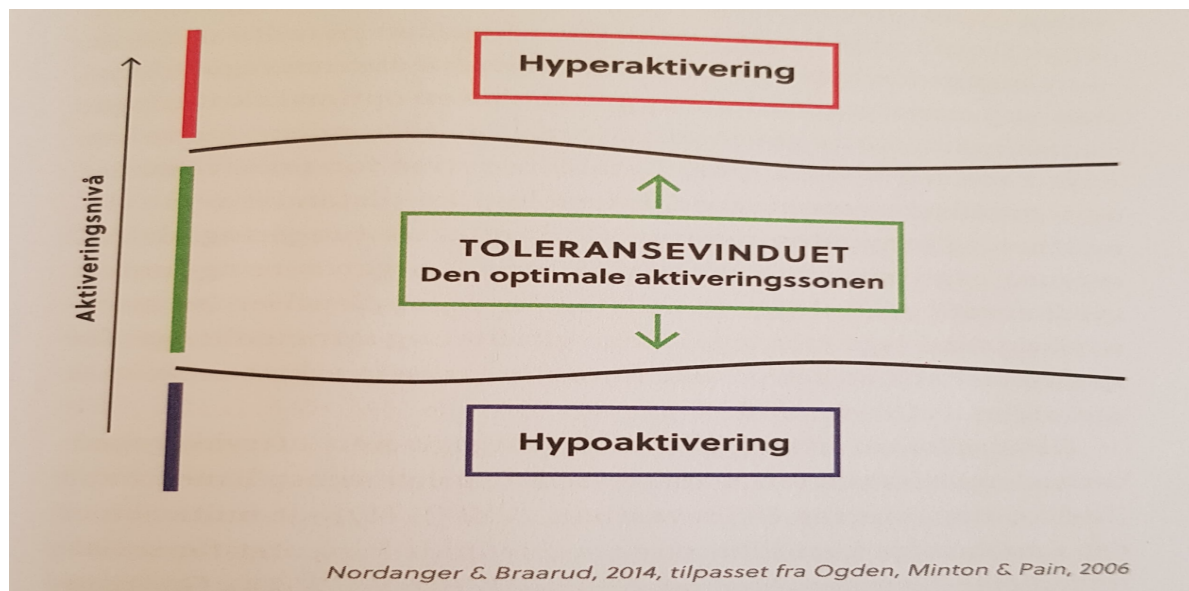


Fig. 3 illustrerer «Toleransevinduet», og aktiveringsnivået fra det å gå opp i hyperaktivering og ned i hypoaktivering (Nordanger & Braarud, 2017, s. 39).

Daniel Siegel (2012) påpeker at et menneskes toleransevindu påvirkes av erfaring, sosial kontekst, emosjonell tilstand og personlighetstrekk. Han sier at traumatiserte barn vil bruke lengre tid enn ikke-traumatiserte barn, på å regulere seg tilbake til toleransevinduet sitt [referert i Kvello, 2015, s. 303-304].

6.0 Diskusjon

6.1 Selvregulering gjennom toleransevinduperspektivet

Baumeister et. al. (1994) skriver at selvregulering handler om hvordan man tar kontroll over egne tanker og følelser. Disse ferdighetene kan påvirke hvordan barnet kan mestre det å ta kontroll over hvordan dets uttrykte atferd kan komme til syne for omgivelsene [referert i Kraft, 2014, s. 12]. Hvis hippokampus har lagret ulike minner i forbindelse med traumatiske hendelser i den eksplisitte hukommelsen (det ubevisste). Da kan barnet oppleve i

utgangspunktet uskyldige situasjoner som truende, og barnets alarmsystem kan trigges av hendelser, lukter eller lignende som kan minne om de traumatiske episodene (Nordanger & Braarud, 2017, s. 60; Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 32). For eksempel kan barnet bli ekstremt sint eller ekstremt lei seg, for noen som er en utenforstående kan dette oppfattes som en bagatell. Og kanskje en tenker at barnet overreagerer på situasjonen. Det kan for eksempel gjelde veiledning i en læresituasjon eller daglige ferdigheter. Hvor barnet oppfatter tilsnakk som kritikk eller kjeft, når det får en beskjed. Dette kan trigge en aggresjon hos barnet som en respons. På den andre siden kan barnet i en slik situasjon også lukke helt ned å bli distansert og avflatet i uttrykket. Et annet eksempel kan være det at barnet reagerer ved en utilsiktet berøring fra medelever eller venner i lek, dette kan trigge følelser fra opplevd overgrep. Da vil manglende selvregulering vise seg ved en ikke adekvat reaksjon på en i utgangspunktet uskyldig hendelse. Dette kan gi sterke emosjoner i forhold til frykt og kan bli illustrert gjennom toleransevinduet. Hvor barnet går fra toleransevinduet opp til en hyperaktivert tilstand (jfr. figur 3). Hvis barnet har en dårlig emosjonell kompetanse, kan dette være på grunn av omsorgssvikt som kan ha vært en sentral faktor for at barnet har utviklet en dysfunksjonell emosjonsregulering (Kvello, 2015, s. 77 & 81).

En annen faktor er det at reguleringsystemet til barn ikke er ferdigutviklet, ettersom de frontale delene i hjernen er det som utvikles senest hos barn, fordi de utvikles og formes over tid (Nordanger & Braarud, 2017, s. 64). Kvello (2015, s. 75-76) skriver at selvregulering er komplekse ferdigheter som tar tid å utvikle og er viktig i forhold til den psykiske og sosiale fungeringen. Lackner et. al. (2018) fant at alderen hadde en stor innvirkning på ERN-bølgene, noe som kan ha en sammenheng i de frontale delene i hjernen, som er knyttet opp mot selvregulering. Med utgangspunkt i dette kan det være en stor sannsynlighet for at barnet kan utvikle en dårligere selvregulering når det utsettes for omsorgssvikt (Kvello, 2015, s. 77). Grunnen til dette er at når et barn utsettes for omsorgssvikt over en lengre tid, vil barnets HPA-akse bli overfølsom i forhold til stress. Dette kan føre til at det overfølsomme barnet lett kan falle ut av toleransevinduet. Dersom dette skjer, vil barnet befinne seg i enten en hyperaktivert eller hypoaktivert tilstand over lengre tid (jfr. figur 3). Dette kan i seg selv gjøre at selvreguleringen til barnet blir svekket (NOU:12, 2017, s. 33; Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-60). Ettersom barnet ikke befinner seg i toleransevinduet, vil oppmerksomheten til barnet føre til at det ikke kan fungere optimalt kognitivt og emosjonelt. Det er når man er tilstede i toleransevinduet at en lærer best (Kvello, 2015, s. 303). Dette kan ha en sammenheng med at barn som har vært utsatt for tidlig traumatisering kan slite med

konsentrasjonsvansker og ha problemer med læring (Blindheim, 2012, s. 172). For eksempel hvis barnet faller ned i en hypoaktivering kan en bli nummen og handlingslammet på en slik måte at det kan ha en innvirkning på konsentrasjonen. På den andre siden kan barnet aktiveres opp i en hyperaktivering, ved for eksempel i en skole sammenheng hvor det får flere beskjeder på at en ikke konsentrerer seg om sine oppgaver eller hører etter på hva som blir sagt. Hvis eventuelt læreren tar hånden på skulderen får å få øyekontakt med barnet, så kan dette for eksempel trigge barnet på en slik måte at det agerer med aggresjon. Fordi det kan minne om tidligere traumatiske hendelser og alarmsystemet settes i gang for å beskytte barnet.

Et annet moment er det som Agnew (2003) og Ladouceur et. al. (2010) påpeker angående er at hvis barn og ungdom vokser opp med en mangelfull og en uheldig grensesetting ved at omsorgspersonene for eksempel er fraværende. Dette kan øke sannsynligheten for at barnet kan utvikle en svakere selvregulering, ved at de kan få en svak sosial tilpasning i sine omgivelser, som igjen kan føre til blant annet atferdsvansker [referert i Kvello, 2015, s. 76]. For eksempel hvis barnet ikke har opplevd tidlig i sin oppvekst å bli satt grenser for, vil dette kanskje trigge aggresjon med grunn i at det er nytt og derved utrygt. Dette kan ha noe å gjøre med at barns toleransevindue er smalere enn voksnes og påvirkes blant annet av barnets erfaringer. I tillegg vil ofte kan traumatiserte barn vil bruke lengre tid på å regulere seg tilbake i toleransevinduet, enn barn uten slike erfaringer (Kvello, 2015, s. 303-304). Mortitt et. al. (2011) skriver at barns utvikling av selvregulering er viktig i forhold til å forutsi den psykiske og sosiale fungeringen til barnet [referert i Kvello, 2015, s. 76]. På grunn av at barns utvikling går stegvis, såkalte utviklingstrapper. I denne stegvise prosessen er de avhengige av gode omsorgspersoner som kan være en reguleringsstøtte for barnet når det faller utenfor toleransevinduet (Nordanger & Braarud, 2017 s. 64). Det kan være viktig at omsorgspersonene viser adekvate følelser i forhold til hendelser og samtaler, fordi barnet vil lære seg normale følelsesreaksjoner som vanligvis følger opplevelsene. Hvis barnets omsorgspersoner derimot er fraværende i den forstand at barnet ikke får den tryggheten de trenger og / eller hvis det er omsorgspersonen som også er overgriper, vil barnet ha en sviktende reguleringsstøtte kombinert med traumatisk stress i familiens indre kjerne. Dette kan ofte foregå over lengre tid (Nordanger og Braarud, 2017, s. 29-30) og kan føre til at hverdagen til barnet blir preget av at hippokampus kobles på og husker tidligere erfaringer som for eksempel kan ha vært skremmende (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 32; Nordanger & Braarud, 2017, s. 60) og agerer deretter. Den stadige aktiveringen av hippokampus / HPA-aksen fører til utskillelse av stresshormonet kortisol (jfr. kap. 5.4). Konsekvensen av

utskillelsen, er at aktiveringsnivået til barnet som er utenfor toleransevinduet kan opprettholdes over en lengre tid. Dette svekker kapasiteten til barnets regulering av affekter på grunn av at kroppen er i beredskap (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-60). Det er dette som kan skje etter at barnet har eller har vært utsatt for kompleks traumatisering. Barnet kan få et overfølsomt alarmsystem som settes i gang når det opplever en situasjon som farlig (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-60 & 62). Barn som ikke har denne traumatiseringen ville kanskje ikke ha agert på samme måte som de som har et overfølsomt alarmsystem. Figur 2 illustrerer de nevrobiologiske konsekvenser av utviklingstraumatisering, den viser også dette opp mot det at barn har et underutviklet reguleringsystem. Dermed kan alarmreaksjonen til barnet gjøre det mer utfordrende å regulere seg tilbake når en opplever en trussel (Nordanger & Braarud, 2017, s. 76). Hvis omgivelsene ikke har kunnskap om hvordan traumatiserte barn kan agere på ulike situasjoner på grunn av triggere. Kan dette da føre til at barnet bli møtt med en manglende forståelse for dets atferd. På den andre siden hvis omgivelsene har kunnskap om hvordan barn kan agere i forhold til å leve i omsorgssvikt. Da er man i en avdekkingsposisjon, hvor man kan være mer rustet på å finne en anledning der barnet er mer mottagelig for en samtale (når barnet befinner seg i toleransevinduet). Hvis vedkommende i omgivelsene benytter denne anledningen til å kommunisere verbalt og nonverbalt ved å forstå atferden til barnet og forklare hvorfor en handlet som en gjorde ved hensikt av omsorg. Dette kan åpne en mulighet til å utforske hvorfor barnet agerte som det gjorde. På den andre siden kan traumene gjøre slik at barnet kommer ned i en hyperaktivering. Her kan de internaliserende vanskene komme til uttrykk, ved at barnet kan virke deprimert og nedstemt (NOU:12, 2017, s. 36; Nordanger & Braarud, 2017, s. 86). Blir dette barnet sett? For eksempel hvis det nedstemte barnet går i en klasse, hvor det er enkelte elever som tar større plass. Kanskje de andre elevene som tar stor plass er i en hyperaktivering og agerer derfor slik de gjør. Hvem vil bli lagt merke til?

6.2 Hvordan omsorgssvikt kan komme til uttrykk gjennom manglende selvregulering og tegn til ADHD

Studien til Tambelli et. al. (2012) viser til at barn og ungdom som har vokst opp med utrygg tilknytning til foreldrene sine, ofte har en kombinasjon av internaliserende- og eksternaliserende vansker [referert i Kvello, 2015, s. 157]. Rucklidge et. al. (2006) viser en kongruens mellom det å ha en ADHD-diagnose og det å ha vokst opp med omsorgssvikt [referert i Blindheim, 2012, s. 172]. En av grunnene til dette kan være det at når barn blir

tidlig traumatisert, kan i en hverdags kontekst gjenoppleve de traumatiske hendelsene. Dette kan skape en indre uro, konsentrasjonsvansker og at barnet kan bli engstelig (Blindheim, 2012, s. 172). Hvis barnet har utviklet svake selvreguleringsferdigheter av omsorgssvikten, i tillegg til å ha utviklet internaliserende- og / eller eksternaliserende vansker, kan det være rimelig å anta at barnets atferd gjerne kommer til uttrykk ved å vise utagerende eller emosjonelle vansker. Dette kan gjerne bli fortolket som atferdsvansker (Kvelling, 2015, s. 76 & 157). Hvis disse vanskene skyldes at barnet lever i omsorgssvikt, kan en i lys av tolerandevinduperspektivet tolke det slik at atferden som blir uttrykt kan være en naturlig måte å håndtere situasjonen fordi barnet er allerede i en hyperaktivering. Dette kan blant annet minne om en ADHD-diagnose, fordi uroen som kommer til uttrykk kan gjøre det at barnet for eksempel agerer med en utagering (Nordanger & Braarud, 2017, s. 122-123). Hvis barnet har en normbrytende atferd i form av det å ha atferdsproblemer kan dette komme til uttrykk ved det å være aggressiv eller utagerende. Da kan andre jevnaldrende barn i omgivelse bli irritert på en slik måte at barnet med atferdsproblemer kan være mer utsatt for å bli mobbet i tillegg (Breivik et. al., 2017, s. 54). Studien til Finkelhor et. al. (2015) understreker at mobbing og isolasjon / utestenging kan ha en korrelasjon med psykiske problemer. På den andre siden kan barn med tidligere opplevelser fra traumer respondere på varme og kjærlighet med å bli fjern og avmålt. For jevnaldre og voksne i omgivelsene kan dette virke som en avvisning, og om man ikke har kunnskap om hvordan dysfunksjonell selvregulering fungerer kan disse barna møte reaksjoner på sin atferd som dessverre vil kunne forsterke det uheldige reaksjonsmønsteret. Studien til Reigstad og Kvernmos (2014) viser at de med selvrapportert ADHD-skår, også har en høyere skår på belastende livshendelser, i motsetning til de uten ADHD-skår. Funnene angående voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer hos foreldre var sterkt relatert til en selvrapportert ADHD-skår. Av de ungdommene som har blitt utsatt for mobbing, viste de også en høyere kongruens på det å ha ADHD-symptomer enn de ikke-utsatte. Av de med en selvrapportert ADHD-symptomer hadde rundt halvparten av testpersonene også en klinisk symptomskår både på atferdsproblemer og emosjonelle problemer. I forhold til emosjonelle problemer er evnen til emosjonsregulering en del av selvreguleringen. Det at barnet blir utsatt for omsorgssvikt kan gi en forhøyet risiko for å utvikle en dårlig emosjonsregulering (Kvelling, 2015, s. 77 & 81). Hvis et barn har utviklet svake selvreguleringsferdigheter, kan barnet ha en økt risiko for å utvikle internaliserende- og / eller eksternaliserende vansker. Barn som blir traumatiserte kan utvikle konsentrasjonsvansker som kan skyldes det at barnet kan være engstelig, ha en høy indre uro og kan gjenoppleve tidlige traumatiske hendelser. For eksempel i en skole sammenheng så

kan kanskje en lærer oppleve at barnet ikke hører etter på beskjeder, gjør ikke det en skal i timen. Hvis læreren begynner å gi strengere beskjeder med et slikt tonefall som kan trigge barnet, hvis dette for eksempel minner om tonefallet til omsorgspersonen like før noe traumatisk skjer. Dette kan aktivere barnet opp i en hyperaktivering hvor det kan eksempelvis reagere med å få en sterk kaosfølelse med en slik impulsivitet at det kan bli aggressiv og utagerende tilbake, eller så kan barnet gå ned i en hypopaktivering hvor det kan bli for eksempel det viser en fjernhet og nummenhet, og til å med blir handlingslammet. Dette er noe av det som kan komme til syne ved at barnet kan befinne seg utenfor toleransevinduet, hvor de eksternaliserende vanskene kommer til uttrykk. Dette kan minne om ADHD, på grunn av at symptomer etter traumatiske hendelser har likhetstrekk med symptomer for en eventuell ADHD-diagnose eller atferdsforstyrrelse (NOU:12, 2017, s. 36; Nordanger & Braarud, 2017, s. 86; Blindheim, 2012, s. 172). På den andre siden så kan traumene gjøre slik at barnet kommer ned i en hypoaktivering. Her kan de internaliserende vanskene komme til uttrykk, ved at barnet kan virke deprimert eller nedstemt (NOU:12, 2017, s. 36; Nordanger & Braarud, 2017, s. 86). For eksempel i en skolesammenheng, så kan barnet bli usynlig for læreren i den forstand hvis det er andre elever som fanger oppmerksomheten med eksempelvis en utagerende atferd.

I debattinnlegget til Olsen og Nordanger (2017) beskriver de at ulike former for omsorgssvikt kan ligge bak ulike lidelser som *angst, depresjon, ADHD og atferdsvansker*. Noe som den presenterte empirien også samsvarer med. Resultatene til Reigstad og Kvernmos (2014) viser at de med selvrapportert ADHD-skår, skårer høyere på alle punkter av de ulike variablene på belastende livshendelser, enn de uten ADHD-skår. I Finkelhor et. al (2015) sin studie fant som nevnt en korrelasjon på psykiske problemer og det å ha bli utsatt for mobbing, isolering / utestenging, og annen mishandling som emosjonell-, fysisk- og seksuell mishandling. Hvilke typer psykiske problemer de fant, fremgår ikke i artikkelen.

6.3 Kritiske bemerkninger

Finkelhor et. al. (2015) sin studie ble gjennomført i form av telefonundersøkelse. Jeg stiller meg kritisk til denne metoden, i og med at foreldrene til barna kan ha sittet i samme rom som barnet, når barnet blir spurt om sensitive opplysninger. Kan dette ha hatt en innvirkning til underrapportering i svarene til barna? I Lackner et. al. (2018) sin studie skulle foreldrene blant annet svare på «Childhood Trust Events Survey» og ikke ungdommene selv, dette

mener jeg er kritikkverdig, fordi da kommer ikke ungdommenes subjektive opplevelse frem i svarene. Ville svarene på denne posten vært annerledes om det var ungdommene selv som hadde svart? Reigstad og Kvernmos (2014) sin studie viser at de med selvrapportert ADHD-skårer hadde en høyere skår på belastende livshendelser, enn de uten ADHD-skår. Jeg stiller meg kritisk til at dette er en selvrapportert ADHD-skår etter ungdommenes subjektive opplevelse, og ikke er utformet av en fagkyndig da det er snakk om diagnose symptomer. På den andre siden mener jeg at det også er viktig å ta den subjektive opplevelsen tas på alvor. Studien viser også at voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer hos foreldre var sterkt relatert til ADHD-skårer. De påpeker også at det var overraskende at det var en overvekt av jenter med en symptomskår på ADHD (Reigstad & Kvernmos, 2014). De kommer ikke med noen begrunnelser på hvorfor de mener at dette er overraskende. I litteraturen vises det en korrelasjon når et barn vokser i en utrygg tilknytning til omsorgspersonene sine og det å ha en kombinasjon av eksternaliserende- og internaliserende vansker (Kvillo, 2015, s. 157).

Resultatene til Lackner et. al. (2018) viser at de med en høy grad av traumeopplevelser hadde en lavere selvregulering, enn de med medium og lav grad av traumeopplevelser. Bakgrunnen for studien deres er at traumeopplevelser er forbundet med det å ha en redusert selvreguleringskapasitet. Selvregulering er forbundet med traumeopplevelser og ERN-bølgene i hjernen, noe som de har undersøkt. De har imidlertid ikke tatt stilling til alvorlighetsgraden i de ulike traume variablene som er målt. En type traume kan være mer kompleks og grovere enn andre i sin helhet. Traumene kan medføre ulik påkjenning for barna. Spørsmålet mitt da blir om ungdommene kan ha noe form for beskyttelsesfaktorer i omgivelsene som kanskje kan ha noe med selvreguleringen å gjøre. Dette er et spørsmål som ikke tas stilling til i undersøkelsen til Lackner et. al. (2018), noe som er interessant med tanke på at det kun er den høye traumegruppen som skiller seg ut med å ha en lavere selvregulering. Dette kan være faktorer som kan minske sannsynligheten for en negativ psykososial fungering til barnet i dets belastende omgivelser (Hansen, Solem & Nybø, 2017, s. 43).

Jeg er kritisk til at Lackner et. al. (2018) ekskluderte traumebelastninger som *seksuelt misbruk, psykisk misbruk og mishandling* da det kan være rimelig å anta hvis ungdommene også har vært utsatt for en eller flere av disse belastningene vil det påvirke resultatene. På den andre siden skriver Killén (2015, s.17) at en sjeldent blir utsatt for kun en form for omsorgssvikt. Hvis en observerer at et barn lever i en risikosituasjon kan det med stor

sannsynlighet ved nærmere observasjon vise seg at omsorgssvikten kan være langt mer alvorlig enn det den utgir seg for ved første øyekast (Killén, 2015, s. 39-40). Kan det være mørke tall i traumegruppene hvor de har opplevd noen av de ekskluderte variablene? Grunnen til at variablene er tatt vekk fra undersøkelsen, er fordi skolen til ungdommene ønsket at dette skulle ekskluderes. Begrunnelse for hvorfor skolen ikke ville ha med variablene, fremgår ikke i artikkelen.

Finkelhor et. al. (2015) sin studie trekker blant annet inn de variablene som Lackner et. al. (2018) har ekskludert, jfr. de originale ACE-variablene i kapittel 4.1. I tillegg har Finkelhor et. al. (2015) tatt inn flere variabler blant annet mobbing og isolering / utestenging, som viser en sammenheng med psykiske problemer. Det at undersøkelsen deres ikke viste noen korrelasjon med fysiske helseplager kan ha noe å gjøre med at informantene i undersøkelsen er ungdommer i alderen 10-17 år, mens i den originale ACE-studien til Felitti et. al. (1998) var informantene voksne i alderen 55-57 år. Finkelhor et. al. (2015) påpeker at det har vært utfordrende å få nasjonal dekning i undersøkelsen deres, ettersom hensikten deres er å prøve å beskrive forholdene i USA, om de har klart dette fremgår ikke i artikkelen. Noe annet jeg er kritisk til er at ettersom de sier at de har vektlagt ulike variabler, sier de ikke noe om hvordan de har vektlagt disse.

Studien til Reigstad og Kvernmos (2014) har inkludert mobbing som en av sine variabler i undersøkelsen, i tillegg til de ekskluderte variablene som Lackner et. al (2018) har utelukket. Studien viser at de som har blitt utsatt for mobbing og resten av variablene på barndomsbelastninger, hadde en høyere forekomst av selvrappertert ADHD-symptomer enn de som ikke har slike symptomer. Dette er interessant i forhold til det at mobbing kan være en stressfaktor på en slik måte at det kan komme til uttrykk gjennom eksternaliserende vansker, noe som kan påvirke jevnaldre i omgivelsene på en frustrerende måte, slik at barnet kan bli mer utsatt for å bli mobbet (Breivik et. al., 2017, s. 54). Litteraturen er tydelig på at symptomer på ADHD og symptomer etter traumatiske hendelser kan beskrives som relativt like (Blindheim, 2012, s. 172; Olsen & Nordanger, 2017). Det at ADHD kan være et eksempel på eksternaliserende vansker (NOU:12, 2017, s. 36), og barn som har utviklet svake selvreguleringsferdigheter har en økt risiko for å utvikle eksternaliserende vansker (Kvelling, 2015, s. 76). Det er interessant at ingen av undersøkelsene har lagt inn variabler for å se barndomsbelastningene opp mot beskyttelsesfaktorer barnet kan ha i omgivelsene. Ettersom at Hansen, Solem og Nybø (2017, s. 34) skriver at beskyttelsesfaktorer kan ha en innflytelse i

barnets liv på en slik måte at det kan redusere sannsynligheten for en negativ psykososial fungering.

7.0 Konklusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen «Kan omsorgssvikt påvirke barns selvregulering på en negativ måte?», har jeg i denne oppgaven vist hjernens utvikling i forhold til hvordan alarmsystemet kan bli overfølsomt som resultat av det å bli utsatt for omsorgssvikt i oppveksten. Jeg har illustrert hvordan selvregulering kan bli uttrykt gjennom toleransevinduperspektivet. Når barnets affekter blir uttrykt gjennom en hyperaktivert eller en hypoaktivert tilstand, så kan dette henholdsvis minne om eksternaliserende- og internaliserende vansker. Med denne forståelsen kan barnet bli møtt på en mer konstruktiv måte. Ut i fra debatt innlegget til Olsen og Nordanger (2017), beskriver de at ulike former for omsorgssvikt kan ligge bak ulike lidelser som *angst, depresjon, ADHD og atferdsvansker*. Når en kun ser barnet for eksempel ut i fra et diagnoseperspektiv, slik det blir fremmet i dette innlegget, kan konsekvensen bli at barnet blir behandlet for lidelser samtidig som barnet lider i en belastende livssituasjon. Det er viktig å se barnet og barnets omgivelser sammen med dets utrykte atferd, altså se personen-i-situasjonen. På denne måten kan en prøve å danne seg et helhetsbilde av situasjonen som barnet befinner seg i. Hvis omgivelsene til barnet har definert barnets atferd slik det kommer til uttrykk når det for eksempel er i en hyperaktivert tilstand, som en at barnet er problematisk i form av dets atferdsvansker, da kan konsekvensen av problemet bli en selvoppfyllende profeti, nemlig at barnet selv begynner å tro på at det er dets egen feil at det agerer slik det gjør (Ellingsen & Levin, 2015, s. 50). Med forståelsen av de nevrobiologiske konsekvenser av det at barn vokser opp med traumatiske hendelser i oppveksten, illustrerer figur 2 hvilke naturlige konsekvenser dette har for toleransevinduet til barnet, sammen med et underutviklet reguleringsystem og en overfølsom HPA-akse. Dette kan føre til at barnet kan få problemer med å regulere seg tilbake når det opplever noe som en trussel, også på grunn av stresshormonene adrenalin og kortisol som gjør at barnet kan være hyperaktivert over en lengre tid (Nordanger & Braarud, 2017, s. 76; NOU:12, 2017, s. 33). Barn som har et reguleringsystem under utvikling er avhengig av gode omsorgspersoner som kan være en reguleringsstøtte for det når det faller utenfor toleransevinduet for eksempel opp i en hyperaktivert tilstand. Når en er utsatt for omsorgssvikt så er en i risikosituasjon som gjør det at det er en større sannsynlighet for at en kan utvikle eksternaliserende- og / eller

internaliserende funksjonsvansker. Ut i fra denne forståelsen så kan det være rimelig å anta at den utrykte selvreguleringen kan være naturlig ut ifra barnets forutsetninger og erfaringer.

Finkelhor et. al. (2015) sin studie viser at det finnes flere belastende forhold i omgivelsene til barn, som blant annet mobbing og isolasjon / utestenging, som viste en kongruens i forhold til psykiske problemer. Lackner et. al. (2018) sin studie konkluderer med at det å ha vært utsatt for en høy grad av traumeeksponering i oppveksten har korrelasjoner med det å ha en lavere selvregulering. Reigstad og Kvernmos (2014) sin studie viser en sammenheng med det å ha opplevd barndomsbelastninger og det å ha ADHD-symptomer. Rundt halvparten av de med selvrapporert ADHD-symptomer hadde også en symptom-skår på emosjonelle problemer og atferdsproblemer. Det kan dermed tenkes at omsorgssvikt kan gi en økt risiko for å utvikle en dårlig emosjonsregulering. Dette kan knyttes opp mot en redusert selvregulering og dette er koblet opp mot en økt risiko for eksternaliserende- og / eller internaliserende vansker.

Jeg vil konkludere med at omsorgssvikt kan påvirke barns selvregulering på en negativ måte, i den forstand som blant annet er beskrevet i toleransevinduet og dets nevrobiologiske forutsetninger etter traume belastninger. Når barnet faller utenfor toleransevinduet så er naturlig at barnet kan utrykke dette gjennom eksternaliserende- og / eller internaliserende funksjonsvansker. Derfor er det viktig å kunne se personen-i-situasjonen.

Litteraturliste

- Blindheim, A. (2012). Eftervirkninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst. *Norges Barnevern*, 89(3), 168-195. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/58048271/ettervirkninger_av_traumatiserende_hendelser_i_barndom_og_o.pdf
- Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, T., & Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger:Læringsmiljøsentret. Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt-for-mobbing---en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal
- Dyb, G. & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I Øverlien, C., Hauge, M.-I. & Schulz, J.-H. (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s.45-62). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 47-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, T. & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48 (2015), 13-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

Jacobsen, D. I. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Oslo: Høyskoleforlaget

Hansen, R., Solem, M.-B. & Nybø, E. (2017). Sosialt arbeid som fag. I B. Hansen & M. -B. Solem (Red.), *Sosialt arbeid: En situert praksis* (s. 23-45). Oslo: Gyldendal.

Holt, T. & Hafstad, G. S. (2016). Barn og traumer: et utviklingspsykologisk perspektiv. I Øverlien, C., Hauge, M.-I. & Schulz, J.-H. (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 281-295). Oslo: Universitetsforlaget.

Høgskulen på Vestlandet, tidligere Høgskulen i Sogn og Fjordane, (2015-2018) *Sosialt arbeid, bachelorstudium, kull 15-18*. Hentet fra

<http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/17132>

Killén, K. (2015). *Sveket I: risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Kraft, P. (2014). *Selvregulering: Om endring av atferd og vaner i det moderne samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal

Lackner, C. L., Santesso, D. L., Dywan, J., O'Leary, D. D., Wade, T. J. & Segalowitz, S. J. (2018). Adverse childhood experiences are associated with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference. *Biological Psychology*, 132 (2018) 244-251. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.01.006>

Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007-2015*. (NOVA rapport 5/16) Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-unge>

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

NOU 2017:12. (2017). *Svik og svikt - Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning

Olsen, A.-K. & Nordanger, D. Ø. (2017, 22. juni) *Når diagnoser kamuflerer vold*. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/993vE/Nar-diagnoser-kamuflerer-vold->

Reigstad, B. & Kvernmos, S. (2014) ADHD – Eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 52 (4) 302-311. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=439501&a=2

Reinar, L. M., Vist, G. E. & Kornør, H. (2018). *Hvilke tegn og signaler som kan observeres av helsepersonell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? Systematisk oversikt over oversikter*. (Folkehelseinstituttet rapport). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-peronell-i-barnehage-og-skole-kan-ha-sammenheng-med-omsorgssvikt-rapport-2018-v2.pdf>

Sjøvold, M. S. & Furuholmen, K. G. (2015). *De minste barnas stemme: Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thelle, M. I. (2016) Diagnoser og behandling. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva & M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 101-120). Oslo: Universitetsforlaget.