



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Konsekvenser av barndomstraumer

Consequences of Childhood Trauma

325

Anne Cecilie Hystad Mangerøy

Sosialt arbeid

Emne: BVS5-300

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

Antall ord: 10173 (Alternativ A)

20.05.2020/03.06.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Title: *Consequences of Childhood Trauma*

Background: *I wanted to write this thesis on the theme «childhood trauma» on the basis of what I have learned through my studies on social work and what i experienced out in the field work. It left me wanting to learn more about childhood trauma.*

Topic: *Which consequences can childhood trauma cause on the childs function?*

Purpose: *The purpose of this thesis is to find out which consequences deveoplment trauma can cause for the childs functioning levels. This includes to examine cognitive, emotional and behavioral development.*

Method: *The thesis is a systematic litteratur study that studies information from existing litteratur. The study is based on three different research articles, found through the searchengines Oria and Academic Search Elite. The articles will be presented in the thesis and discussed in light of theory and my experiences in the field work.*

Results: *The results from the resaerch articles shows that cognitive consequences of childhood trauma can be the childrens different way of interpreting the world. The consequences on behavioural deleopment can be seen through the higher risk of forming bad habits. Emotional consequences of childhood trauma can be desiphered through weakened self image and lower self-confidence. Both the cognitive, emotional and behavioural consequenses act dynamic and overlap eachother.*

Conclusion: *I found that there were several different consequences of childhood trauma on cognitive, emotional and behaviour functions. It can look like these consequences makes everyday-tasks harder for children exposed to trauma, than children who have not been exposed to trauma.*

Keywords: childhood trauma, development trauma, consequences, function

Sammendrag

Tittel: *Konsekvenser av barndomstraumer*

Bakgrunn for valg av tema: *På bakgrunn av det jeg har lært gjennom studiet og praksisperioden, våknet det en stor interesse for å forstå traumer.*

Problemstilling: *Hvilke konsekvenser kan traumer i barndommen få for barnets funksjonsnivå?*

Hensikt: *Hensikten med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvilke konsekvenser traumer i barndommen kan få for barnets funksjonsnivå. Dette omfatter områder som kognitiv, emosjonell og atferdsmessig utvikling.*

Metode: *Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor informasjonen er hentet fra eksisterende litteratur. Studien er basert på tre forskningsartikler hentet fra Oria og Academic Search Elite. Artikkene vil bli presentert i oppgaven og deretter drøftet opp mot teori og mine praksiserfaringer.*

Resultater: *Funn fra forskningsartikkene viser at konsekvenser på kognitive funksjoner hos barn utsatt for traumer får en annen fortolkningsevne enn de som ikke har opplevd traumer. Konsekvenser på atferd var høyere risiko for å danne usunne vaner. Emosjonelle konsekvenser var blant annet svekket selvbilde og selvtillit. Både de kognitive, emosjonelle og atferdsmessige konsekvensene er dynamisk om hverandre.*

Konklusjon: *Det viser seg at traumer i barndommen kan føre til flere ulike konsekvenser på kognisjon-, emosjonell- og atferdsmessige funksjoner. Disse konsekvensene ser ut til å gjøre hverdagen for disse barna vanskeligere enn for dem som ikke har opplevd traumer i barndommen.*

Nøkkelord: barndomstraumer, utviklingstraumer, konsekvenser, funksjonering

Innholdsliste

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning | 4 |
| 1.1 Tema | 4 |
| 1.2 For-forståelse | 5 |
| 1.3 Presentasjon av problemstilling | 6 |
| 1.4 Begrepsavklaring | 6 |
| 2.0 Metode: | 7 |
| 2.1 Innhenting av data | 8 |
| 3.0 Artikkene | 8 |
| 3.1 Artikkel 1: Lars Mehlum (2012): <i>Traumatisk stress og suicidal atferd</i> | 8 |
| 3.2 Artikkel 2: Arne Blindheim (2012): <i>Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst</i> | 10 |
| 3.3 Artikkel 3: Heather Dye (2018): <i>The impact and long-term effects of childhood trauma</i> | 13 |
| 4.0 Teori | 16 |
| 4.1 Utviklingstraumer..... | 16 |
| 4.1.1 Vold som omsorgssvikt av omsorgspersoner | 16 |
| 4.2 Toleransevindu | 18 |
| 4.3 «Den tredelte hjernen»..... | 21 |
| 5.0 Diskusjon | 24 |
| 5.1 Konsekvenser utviklingstraumer kan føre til på atferd | 24 |
| 5.2 Emosjonelle konsekvenser av utviklingstraumer | 26 |
| 5.3 Kognitive konsekvenser av utviklingstraumer..... | 28 |
| 6.0 Konklusjon | 31 |
| 9.0 Litteraturliste | 32 |

1.0 Innledning

I 2018 ble 1136 barn akutt plassert på grunnlag av ulike former for omsorgssvikt (bufdir, 2020). Som sosionom vil man dermed ofte komme i kontakt med den utsatte gruppen. Omsorgssvikt kan videre føre til at barnet opplever utviklingstraumer, hvor to onder opptrer sammen; Kronisk traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte (Nordanger & Baarud, 2017, s. 73) Slike traumer kan prege barnets hverdag langt ut i voksen alder. Ved å være observant på hvilke konsekvenser barndomstraumer kan ha på barnets funksjonsnivå vil man dermed ha lettere for å se barnet. Det vil også øke forståelsen for barnets funksjonering som igjen vil styrke sosionomens rolle i hjelpearbeidet.

1.1 Tema

Jeg har valgt barndomstraumer som tema. Jeg syntes temaet er veldig interessant og ønsker å utforske de ulike konsekvensene barndomstraumer kan ha for et individ. Jeg ønsker å gjøre meg godt kjent med hva barndomstraumer er, og hvordan man kan få traumer i barndommen. Jeg ønsker også å få et dypere innblikk i hva det innebærer å ha opplevd barndomstraumer og hvilke konsekvenser dette kan føre til.

Som sosionom ønsker jeg å jobbe med barn i barnevernet, fosterhjem eller beredskapshjem. Jeg anser det som viktig å ha godt kjennskap til dette temaet, ettersom man innenfor instansene nevnt ovenfor, kan man møte på barn og unge som har vært utsatt for traumer. I sosionom yrket vil det også være stor sjanse for å møte eldre mennesker som har opplevd traumer i barndommen. For å kunne hjelpe de som bærer på traumatiserende opplevelser, mener jeg at det er viktig å fordype meg i temaet slik at jeg kan møte fremtidige brukere med en dypere forståelse.

1.2 For-forståelse

På bakgrunn av det jeg har lært gjennom studiet og praksisperioden, våknet det en stor interesse for å forstå traumer. Da spesielt utviklingstraumer, hvor barna har opplevd traumatiserende hendelser knyttet til nære omsorgspersoner, som for eksempel mor og/eller far (Nordanger & Baarud, 2017, s. 90).

På utdanning.no (NLOD, 2018) står det en beskrivelse av sosionomyrket hvor sosionomer skal forebygge, løse og redusere sosiale problemer. Hjelpen som gis skal være hjelp til selvhjelp og er et viktig prinsipp i sosialt arbeid. Den viktigste arbeidsoppgaven for en sosionom er å hjelpe andre å finne løsninger som kan forbedre deres livskvalitet. Det jeg har lært på sosionomstudiet vil påvirke hvordan jeg tilegner meg ny kunnskap. Når jeg leser om forskning som omhandler mennesker, kan jeg ubevisst søke etter svar eller løsninger fremfor å se helheten av forskningen. Dette må jeg være bevisst på når jeg skal skrive denne oppgaven.

Det jeg kan av temaet fra før er gjennom studiet sosialt arbeid. I emnet «kommunalt barnevern» lærte vi om barn som opplever eller har opplevd omsorgssvikt. Vi lærte at omsorgssvikt er et bredt begrep som innebærer ulike former – både synlige og usynlige. I min bachelor vil jeg sette søkelys på vold, både den fysiske og psykiske formen. Videre i studiet sosialt arbeid lærte vi om resiliens, toleransevindu og risikofaktorer. Vi lærte også om utviklingstraumer og hvordan dette kunne påvirke hjernens utvikling. I tillegg lærte vi om konsekvenser av traumatiske hendelser og stressbelastninger, og hvordan dette kan påvirke den fysiske og psykiske helsen på langsikt.

I studieløpet hadde vi også en praksisperiode på fire måneder. I praksis jobbet jeg tett med konsulentene til beredskapshjemmene. Jeg var også plassert i en institusjon i to dager. I denne perioden fikk jeg et innblikk i hvilke utfordringer som kan oppstå for barn som har opplevd omsorgssvikt. Jeg opplevde at disse barna hadde utfordringer på ulike områder. Noen hadde utfordringer med finmotorikk og grovmotorikk, noen med språkevnen, noen med regulering av følelser og tilknytning. De fleste hadde utfordringer på flere områder. Problematikk knyttet til tilknytning og regulering av følelser var noe jeg så gikk igjen i alle barna. Utfordringene ble også uttrykt forskjellig. Noen var innesluttet, mens andre var utagerende.

1.3 Presentasjon av problemstilling

I sosialt arbeid er sjansen stor for å møte på mennesker som har opplevd traumatiske hendelser i barndommen, og har utfordringer knyttet til dette.

Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvilke konsekvenser kan traumer i barndommen få for barnets funksjonsnivå?

Det jeg ønsker å finne ut av er hvilke konsekvenser utviklingstraumer får for barnets funksjonering. Med fokus på atferd, kognisjon og emosjoner, vil jeg utforske hvordan omsorgssvikt i form av fysisk og psykisk vold mot barn påvirker deres utvikling. Med atferd er det hvordan de responderer på omgivelsene, om de er innesluttet eller utagerende. Med kognisjon er det tolkning og tankegang som er i søkelyset. Med emosjoner er det hvilke følelser som dominerer, og reguleringen av disse følelsene. Dette skal jeg se på gjennom teorien om den «Tredelte hjernen» (Nordanger og Baarud, 2017, s. 55-57), som innebærer overlevelseshjernen, emosjonshjernen og logikkhjernen. Jeg begrenser oppgaven ved å utelukke traumer som seksuelle overgrep og vanskjøtsel.

1.4 Begrepsavklaring

I problemstillingen har jeg setningen «traumer i barndommen» og begrepet «funksjonsnivå». Med «traumer i barndommen» er det utviklingstraumer jeg har forsøkt å definere i teoridelen. «Utviklingstraumer» er traumatiske opplevelser som skjer gjentagende og over lengre tid, hvor barnet er under kronisk traumatisk stress, og som mangler god reguleringsstøtte. Dette resulterer i forandringer på ulike områder i hjernen og påvirker utviklingen vår (Nordanger & Baarud, 2017, s. 73). Jeg skal se på utviklingstraumer som kommer av omsorgssvikt fra omsorgspersoner. I teoridelen har jeg forsøkt å definere begrepet omsorgssvikt. Jeg har også begrenset formene for omsorgssvikt ved å se på vold i form av fysisk og psykisk vold. Med begrepet «funksjonsnivå» skal jeg se på kognisjon-, atferd- og emosjonsutvikling. Jeg vil dermed bruke modellen «Den tredelte hjernen» i teoridelen, hvor jeg har forsøkt å definere, begrense og koble den opp mot utviklingstraumer – hvordan utviklingen i disse områdene kan svekkes gjennom traumer i barndommen.

Når jeg skal se på hvilke konsekvenser utviklingstraumer har for barnets funksjonsnivå, fokuserer jeg på barnets tolkning av verden, i hvilke grad de får regulert følelsene sine og hvordan de opptrer i samhandling med andre mennesker og seg selv.

2.0 Metode:

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. I litteraturstudie er det forskningsartikler man skal studere (Støren, 2019, s. 16). Forskningsartiklene blir funnet i databaser og de ulike artiklene baserer seg på eksisterende kunnskap, som gjør at litteraturstudie ikke direkte skaper ny kunnskap (Støren, 2019, s. 17). Disse forskningsartiklene som jeg har funnet, skal jeg i oppgaven drøfte i lys av teorien jeg har valgt, i tillegg til mine egne tanker og meninger.

En litteraturstudie krever at jeg kan finne artikler som har gyldighet, holdbarhet og er relevante for problemstillingen jeg har valgt (Dalland, 2013, s. 74). For å kunne finne artikler som passer best til oppgaven, blir kriterier nødvendig. Kriterier kan være fag, nivå, tid, språk og geografi (Dalland, 2013, s. 71-72). Dette blir utdypet i oppgavens kapittel «2.1 Innhenting av data». Man vil av den grunn automatisk ha et kritisk blick på innhenting av data, studeringen av datamateriale og hvordan man tolker dette. Fordelen med en litteraturstudie er at man kan undersøke ulike studier gjennom forskningsartikler. Ved å fordype meg i forskning begått av andre, vil jeg dermed få en bredere forståelse for temaet som kan gjøre det lettere å besvare problemstillingen. Ulempen er at det ikke blir dannet ny kunnskap, men mer en drøfting av allerede eksisterende funn.

Det er to andre metoder som gjerne blir brukt i forskningsartikler. Dette er kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er å hente inn meninger og opplevelser fra andre mennesker, som ikke kan tallfestes. Kvantitativ metode er å hente inn data av målbare enheter (Dalland, 2013, s. 112). Jeg ønsker å skrive om meta-analyse ettersom forskningsartiklene jeg tar for meg bruker denne metoden. Meta-analyse kan man si er en oppsummeringsstudie, hvor mange ulike studier blir undersøkt (NHI, 2018, u.å.)

2.1 Innhenting av data

I min søkeprosess har jeg brukt databasene «Oria», som tilhører biblioteket på Høgskulen på Vestlandet, og «Academic search elite», som er egnet til studenter innenfor helse og sosial faget.

Kildekritikk handler om å være bevisst og oppmerksom på kilder som blir brukt. Man stiller seg kritisk til forfatteren av forskningsartiklene, studiene som er blitt utført og funnene i studiene. Man må være kritisk til hvilke funn, og hvordan disse funnene er blitt fremstilt og gjort. Å være kritisk til hvordan studiene er blitt gjort, er også nødvendig for å finne ut om funnene er gyldige. Kildekritikk skal hjelpe med å skille mellom spekulasjoner og verifiserte opplysninger. Kildekritikk har to sider. Den første er hjelp til å finne litteratur som egner seg best mulig til å belyse problemstillingen, den andre er å gjøre rede for litteraturen jeg har valgt (Dalland, 2013, s. 67-68). Kriterier hjelper meg dermed å finne forskningsartikler som passer best mulig til oppgaven (Dalland, 2013, s. 68). Kriteriene for artiklene skal inkluderes i denne oppgaven er at forskningsartiklene må være fagfellevurderte og at forskningen som er begått ikke er eldre enn ti år. Jeg har også vurdert artiklenes relevans til problemstillingen min, dette basert på om forskningsartiklene omhandler det problemstillingen min spør om.

3.0 Artiklene

3.1 Artikkel 1: Lars Mehlum (2012): ***Traumatisk stress og suicidal atferd***

I denne forskningsartikkelen ser Lars Mehlum (2012) på sammenhengen mellom traumatisk stress og suicidal atferd. Ved traumatisk stress ser han på hendelser som fysiske og seksuelle overgrep, krigstraumer, traumatisk tap ved dødsfall eller annen separasjon og vold. Han gjør rede for ulike hendelser som kan skape traumatisk stress. Jeg vil kun forholde meg til det som står om fysiske overgrep grunnet problemstillingen, de andre hendelsene blir derfor ekskludert.

Metoden som blir brukt i denne vitenskapelige forskningsartikkelen er en meta-analyse, hvor Blindheim undersøker mange ulike studier (NHI, 2018). Jeg fant den gjennom databasen «Oria» ved å bruke søkeordene «kognisjon OR atferd OR emosjoner + traume* OR utviklingstraumer». Søket ble videre innsnevret ved å utelukke artikler som ikke er fagfelleurdert og eldre enn ti år. Som nummer 1 på listen finner jeg artikkelen «Traumatisk stress og suicidal atferd» fra 2012.

Mehlum starter forskningsartikkelen ved å skrive om traumatisk stress. Han skriver at visse typer belastninger som skaper traumatisk stress kan ha sterk psykologisk innvirkning. Dette gjelder belastninger som fører til sterk frykt eller dødsangst. Disse belastningene kan føre til utvikling av sterke akutte og/eller kroniske psykiske reaksjoner eller symptomdannelse (Mehlum, 2012, s. 3). Videre skriver Mehlum om posttraumatisk stress syndrom, hvor man er blitt utsatt for en belastende hendelse som forårsaker skrekk og hjelpeløshet, eller intens frykt. Denne diagnosen har symptomer på tre ulike kategorier, hvor alle er forbundet med sterk frykt: «a) gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, b) unngåelse av stimuli som minner om den traumatiske hendelsen, c) økt fysiologisk respons» (sitert fra Mehlum, 2012, s. 5). Disse gjenopplevelsessymptomene oppleves som veldig ubehagelige og uønskede bilder og tanker som gjentar seg. Dette kan forekomme i søvn, men også i våken tilstand (Mehlum, 2012, s. 5). Mehlum nevner også at det fort kan skje feildiagnostisering ettersom symptomene på posttraumatisk stress syndrom kan ligne ADHD symptomer, eller andre psykiske diagnoser. I tillegg til at symptombildet på barn som har opplevd traumatiske hendelser kan variere med bakgrunn av i hvor stor grad, varighet og hvilke belastninger barnet opplever (Mehlum, 2012, s. 8).

Mehlum skriver at traumatisk stress kan føre en følelse av hjelpsomhet, avmakt og intens frykt. Han mener at traumatisk stress kan lede til selvskading, hvor denne handlingen kan dempe psykiske smerter som blir overveldende. Den ytre smerten kan lindre den indre smerten, eller følelser som tomhet og nummenheten. Ved selvskading kan dette gi en beroligende effekt (Mehlum, 2012, s. 9). Han skriver også at de som har suicidale tanker, opplever en følelse av kontroll på egen situasjon, noe som kan gi en lindrende effekt, selv om handlingen ikke iverksettes (Mehlum, 2012, s. 9). Han avslutter med at traumatisk stress kan føre til suicidal atferd (Mehlum, 2012, s. 9).

Denne vurderer jeg som relevant til oppgaven ettersom Mehlum (2012) skriver om traumatisk stress som er en del av utviklingstraumer-begrepet (Nordanger & Baarud, 2017, s. 73). Han skriver også om risikoen for feildiagnostisering. I tillegg knytter Mehlum traumatisk stress med suicidal atferd gjennom hvordan traumatiserende hendelser påvirker mennesket.

3.2 Artikkel 2: Arne Blindheim (2012): ***Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst***

I denne vitenskapelige forskningsartikkelen skriver Blindheim om hvilke psykologiske, psykofysiologiene og samfunnsmessige konsekvenser skadelige hendelser og oppvekstvilkår kan ha for barn. Tittelen på forskningsartikkelen er «Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst» (Blindheim, 2012) og i denne artikkelen skriver forfatteren også om voksne mennesker som har opplevd ulike former for traumatiserende hendelser, for å se på hvilke ettervirkninger de har fått. Blindheim (2012) starter forskningsartikkelen med å forklare traumer, og fortsetter videre med forståelsen av sammenhenger mellom psykisk helse og traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. Denne delen blir ekskludert fra oppgaven på bakgrunn av problemstillingens begrensninger.

Metoden som blir brukt i denne vitenskapelige forskningsartikkelen er en meta-analyse. Jeg fant den gjennom databasen «Oria» ved å bruke søkeordene «barndom + traume». Søket ble videre innsnevret ved å utelukke artikler som ikke er fagfellevurdert og eldre enn ti år. Dette er blitt gjort på alle artiklene. Som nummer 9 på listen finner jeg artikkelen «Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst». Denne forskningsartikkelen er publisert i «Idunn» i år 2012.

Blindheim (2012) skriver at menneskers utvikling ikke bare er et resultat av miljøet de lever i. Han legger fram at spedbarn har arveegenskaper, og at de sannsynligvis har ulikt temperament allerede fra fødselen (Blindheim, 2012, s. 173). Videre skriver Blindheim om «vanskelige» barn, og at noen forskere har hatt vansker med å identifisere dette omgrepet. Forskerne mener reaktiv atferd blir etablert det første leveåret for barnet. Han skriver deretter at «vanskelig» temperament ikke ser ut til å prediktere en negativ tilværelse barnet om foreldrene klarer å møte barnets behov (Blindheim, 2012, s. 173)

Blindheim skriver videre om en studie av rotter i et forsøk på å forklare støttepersoners innvirkning på barnets oppførsel. I det nevnte eksperimentet blir ungene til en stresset og aggressiv hunrotte flyttet til en hunrotte som var trygg og rolig. Dette påvirket rotteungene med at de, hos den aggressive og stressede hunrotten, ble stresset og aggressive selv. Mens hos den trygge og rolige hunrotten, ble de mer lik henne. Blindheim skriver også at barn har økt risiko for å bli lik sine overgripere om de er deres omsorgspersoner (Blindheim, 2012, s. 189). En annen studie hvor de undersøkte barn som hadde utrygg tilknytning, hjalp de moren til å bedre samspillet med barnet. Dette resulterte i at de fleste barna vokste opp med en trygg tilknytning (Blindheim, 2012, s. 173).

Videre i forskningsartikkel skriver Blindheim om hjernen og dens tre deler; hjernestammen (overlevelseshjernen), det limbiske system (emosjonshjernen) og neokorteks (logikkhjernen) (Blindheim, 2012, s. 173-182). Han skriver at hjernen endrer seg alt etter hvilke typer erfaringer vi gir den, og sammenligner det med musklene våre. Vi kan styrke musklene våre gjennom erfaringer med trening, og musklene kan svekkes gjennom erfaringer med lite aktivitet og bevegelse (Blindheim, 2012, s. 173). Blindheim skriver også at hjernen er bruksavhengig og begrunner det med at hjernen trener opp de egenskapene som man trenger, mens egenskaper som viser seg å være mindre viktig, svekkes. Et eksempel på dette er barn som lever i familievold. Disse barna er ofte mer på vakt etter å se sinte ansikt, og trenger mindre visuell informasjon enn andre barn til å identifisere sinte ansiktsuttrykk (Blindheim, 2012, s. 173). Han påstår også at hjernen blir mindre plastisk jo eldre man blir, og at dette i praksis vil si at dess yngre man er, dess større påvirkningskraft har psykologiske erfaringer. Og at dess eldre man blir, dess vanskeligere blir det å endre på strukturene i hjernen. Disse strukturene handler i stor grad om ens forhold til andre og seg selv, og om trygghet (Blindheim, 2012, s. 174). Barn som vokser opp med stor utrygghet kan få en forestilling om at mennesker er farlige og ikke til å stole på, og at verden er utrygg (Blindheim, 2012, s. 174).

Videre skriver Blindheim at barn som blir flyttet fra hjem hvor de føler seg utrygge, til et hjem hvor truende hendelser ikke oppstår, vil barnet likevel over lang tid være på vakt. Dette skjer på bakgrunn av at amygdala holder seg aktivert. Barnet er dermed engstelig selv om fornuften forteller barnet at det er trygt. Dette betegner Blindheim som en deling mellom fornuft og følelser (Blindheim, 2012, s. 176). For at amygdala skal roe seg ned, skriver Blindheim at det krever mange erfaringer som viser at barnet er trygt, og denne prosessen kan ta lang tid. Han påstår at de negative erfaringene som har gjort at barnet får en oppfatning om at verden er utrygg og farlig, vil sitte som en «sannhet» i nervesystemet, selv etter positive erfaringer som viser det motsatte. Dermed kan disse barna slite med ulike former for angstlidelser (Blindheim, 2012, s. 176).

Blindheim skriver også om to «deler» som oppstår hos mennesker som opplever traumatiserende hendelser i barndommen (Blindheim, 2012, s. 185-186). Den første delen kaller han «Det sårbare barnet». Denne delen bærer på de vonde følelsene og minnene som har blitt undertrykt av barnet selv. Den andre delen betegner han som «den kontrollerende delen». I denne delen oppfatter barnet at det blir nødt til å ta vare på seg selv, og ikke være avhengige av andre, eller å uttrykke følelser (Blindheim, 2012, s. 185). Den kontrollerende delen liker ikke den «det sårbare barnet» delen, og sørger for at den første delen ikke får uttrykke seg. Den kontrollerende delen kan straffe barnet dersom barnet lar «det sårbare barnet» komme frem ved å vise følelser, får behov for hjelp eller annet. Straffen kan for eksempel være selvskading. Dette kan følge barnet videre inn i voksenalder (Blindheim, 2012, s. 185).

Videre skriver Blindheim om at barn som har opplevd traumer i barndommen kan få en dissosiasjon og desorganisert tilknytning (Blindheim, 2012, s. 186-187). Desorganisert tilknytning er en tilknytning hvor barnet har fått en indre arbeidsmodell hvor det har lært at det ikke kan komme for nær andre mennesker, da dette kan være farlig. Blindheim forklarer dette med et eksempel om familievold, der omsorgsperson også er overgriper. Dette fører til at barnet har behov for trøst fra omsorgspersonen, men også et behov for å holde seg unna (Blindheim, 2012, s. 186). Blindheim skriver også at disse barna kan oppleve et negativt syn på seg selv. De kan få skyldfølelse og klandre seg selv for de truende hendelsene. Barnet skyver også bort følelsene sine og behovene sine, og identiteten står i fare for å bli en usikker, fragmentert og dissosiert identitet (Blindheim, 2012, s. 188).

Denne forskningsartikkelen er relevant ettersom Blindheim ser på de ulike risikoene som oppstår for barn som har opplevd traumatiserende hendelser. Han går inn og ser på hvordan dette påvirker barnet i hverdagen og i livet. Jeg ser på Arne Blindheim som en troverdig kilde ettersom Dag Øystein Nordanger og Cecilie Baarud har referert fra han i sin bok om utviklingstraumer (2017). Dette er en bok jeg bruker i teoridelen min.

3.3 Artikkel 3: Heather Dye (2018): ***The impact and long-term effects of childhood trauma***

I denne vitenskapelige artikkelen undersøker Dye (2018) de nevrologiske, fysiologiske og psykologiske effektene av traumeeksponering. Hun diskuterer de langsiktige konsekvensene av traumeeksponering, som rus, fengsling og psykiske problemer. Dette diskuteres sammen med viktigheten av å anerkjenne beskyttelsesfaktorer. I teksten står det mye som indikerer at traumeeksponering får konsekvenser på individets emosjonelle tilstand, atferd og kognisjon.

Metoden som blir brukt i denne vitenskapelige forskningsartikkelen er også en meta-analyse. Jeg fant den gjennom databasen «Academic search elite» ved å bruke søkeordene «Childhood adversity OR Childhood traume + brain development OR cognitive development OR neural development + consequences OR effects OR outcomes OR impact». Søket ble videre innsnevret ved å utelukke artikler som ikke er fagfellevurdert og eldre enn ti år. Som nummer 11 på listen finner jeg artikkelen «The Impact and long-term effects of childhood trauma». Forskningsartikkelen er hentet fra «Journal of Human Behaviour in the Social Environment» og publisert i «Taylor & Francis Online» i år 2018.

I forskningsartikkelen skriver Dye om fysiske og psykiske forstyrrelser som følge av utviklingstraumer (Dye, 2018, s. 383-384). Hun skriver at barn som opplever stressfulle hendelser tidlig i livet, har økt sjanse for å få kroniske lidelser eller sykdommer. Hun skriver også at traumer i barndommen, hvor barnets hjerne er under utvikling, kan få konsekvenser på kognisjons-, emosjonell- og atferdsutvikling (Dye, 2018, s. 382). Hun legger frem ulike fysiske og psykiske forstyrrelser hos et menneske som har opplevd traumer i barndommen.

På fysiske forstyrrelser ble det lagt frem at de som har opplevd traumer i barndommen har økt sjanse for å få kroniske sykdommer, som ulike hjertesykdommer. Dette begrunnes med at barn som ikke har gode omsorgspersoner til å ta vare på dem både fysisk og psykisk, begynner å skape mestringsstrategier som selvberoligende teknikker (Dye, 2018, s. 384). Hun skriver så om overspising som en selvberoligende teknikk, som kan føre til overvekt og dermed økt sjanse for diabetes, eller andre sykdommer som kan ramme hjertet. De som har opplevd traumer «spiser følelsene sine», hvor metthetsfølelsen kan gi en beroligende effekt og dempe emosjonelt stress. Selvskading blir også nevnt, hvor smerte på utsiden kan lindre indre smerte. Dette kan bli en usunn vane som kan følge barnet inn i voksenalder (Dye, 2018, s. 384). Om psykiske forstyrrelser skriver Dye at de som har opplevd traumatiserende hendelser i barndommen har økt sjanse for psykiske lidelser som angstlidelser, depresjonslidelser, posttraumatisk stress syndrom (PTSD), humørforstyrrelser, spiseforstyrrelser, selvskading og tilknytningsforstyrrelser. I tillegg til at disse kan ha problemer med sinnet, er sensitive til avvisning, har separasjonsangst, har ustabile relasjoner, problemer med tillit og kan være rusmisbrukere (Dye, 2018, s. 384). Dye har valgt å ta med en studie gjort av Roe-Sepowitz (2008). Hun undersøkte 25 ungdommer siktet for drap. Alle ungdommene skåret høyt på at de hadde hatt en vanskelig barndom, som innebar rusmisbruk i hjemmet, blitt flyttet flere ganger til ulike omsorgsgivere og hadde opplevd fysisk eller seksuell misbruk av et familiemedlem (Dye, 2018, s. 386).

Videre i artikkelen blir diagnoser knytt til voksne som har opplevd traumer undersøkt. Dye skriver om en forskning gjort av McLean (2004) hvor han fant ut at voksne som hadde fått borderline personlighetsforstyrrelse, har opplevd alvorlige traumer i barndommen som fysisk vold, seksuell vold eller vært vitne til vold i hjemmet. Videre skriver hun at forskning indikerer at barn som opplever mishandling ofte faller inn i et mønster som resulterer i selvdestruktiv atferd (Dye, 2018, s. 385). Dye legger også frem at symptomer på posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) kan ligne borderline personlighetsforstyrrelse ettersom de har problemer med selvregulering av følelser, dissosiering eller likegyldighet, forandret syn på seg selv, og andre humør forandringer. Hun skriver videre at barn som kommer inn med symptomer som hyperaktiv, søvnvansker og irritabel også kan forveksles, men med en manisk episode i bipolar lidelse, istedenfor PTSD (Dye, 2018, s. 385).

Det kan skje ettersom utredningen av posttraumatisk stress syndrom (PTSD) kan kreve at hendelsene blir fortalt i sammenheng, og gjerne i detaljer. For barn, som ikke har ferdig utviklet språkevnen, kan få problemer med å gjenfortelle en hendelse sammenhengende, fra start til slutt, med detaljer. Barn som derfor har opplevd traumatiserende hendelser kan få diagnosen bipolar lidelse, fremfor PTSD. Andre diagnoser barn kan få om de har opplevd traumer er hyperaktivitetsforstyrrelser og oppmerksomhetsforstyrrelser (ADHD), separasjonsangst og trasslidelse (ODD). Barna står dermed i fare med å bli feildiagnostisert ettersom de er under utvikling, og som følge av traumene kan være i senutvikling eller skjevutvikling. I tillegg kan barna ha en utfordrende eller uforståelig atferd som gjør at de kan vise til symptomer på andre diagnoser (Dye, 2018, s. 385). I forskningsartikkelen skriver Dye at disse barna ofte har flere lidelser, som kan føre til dobbeltdiagnoser. Dette kan gjøre det enda vanskeligere å gi rett diagnose (Dye, 2018, s. 385).

Videre i artikkelen legger Dye fram at det er viktig å se helheten av traumer, og hvor forskjellig dette kan uttrykkes hos barn, unge og eldre (Dye, 2018, s. 387). Hun avslutter artikkelen med å skrive om bevisbaserte behandlinger (Dye, 2018, s. 388). Dette blir ekskludert fra oppgaven ettersom begrensinger til problemstillingen.

Denne artikkelen viser sin relevans til problemstillingen da Dye (2018) snakker om traumer, og hvilke fysiske og psykiske forstyrrelser dette kan lede til. Hun snakker også om diagnoser, og hvordan symptomer man gir uttrykk for når man har opplevd traumer, kan mistolkes som andre diagnoser eller lidelser. Kognisjonsmessige forstyrrelser blir lagt frem ved manglende språkevne, og svekket oppfatning og fortolkning av hendelser. Emosjonellmessige forstyrrelser blir lagt frem som overspising eller selvskading som en form for å redusere emosjonelt stress, ettersom de har problemer med å regulere følelsene sine. Atferdsmessige forstyrrelser blir lagt frem med at de har en selvdestruktiv atferd, har redusert selvkontroll og impulsiv kontroll, og kan opptre voldsomme og sinte, eller at de dissosierer og virker fraværende. I tillegg skriver hun om diagnoser og risikoen for feildiagnostisering. Diagnostisering ønsker jeg å ta med i drøftingsdelen for å se hvordan dette kan påvirke barnets fungering.

4.0 Teori

4.1 Utviklingstraumer

I litteraturen er begrepet «traume» definert ulikt. Nordanger og Baarud refererer til Saakvitne og kollegers (2000) definisjon på et traume; «en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelter personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet» (Nordanger & Baarud, 2017, s. 19).

Nordanger & Braarud (2017, s. 73) sin definisjon på belastningssituasjonen de kaller utviklingstraumer, er når barn opplever traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte. De mener at når disse to negative forholdene opptrer sammen og former en belastningssituasjon, kalles det utviklingstraumer. Traumatisk stress i barndommen kan komme av fysisk og/eller psykisk vold. Både fysiske og psykiske overgrep danner en overveldende fryktreaksjon hos barn. Ved gjentagende hendelser av denne formen for omsorgssvikt kan dette danne kronisk traumatisk stress. Sviktende reguleringsstøtte skjer ofte gjennom at barnas nærmeste omsorgspersoner er dem som påfører fysisk og/eller psykisk overgrep. Dette fører til at barna ikke får regulert følelsene sine, eller får omsorg når de opplever en hendelse som er vanskelig å bearbeide, og har vonde følelser knytt til dette (Nordanger & Baarud, 2017, s. 73).

4.1.1 Vold som omsorgssvikt av omsorgspersoner

Killèn (2009, s. 14) refererer til Kempe (1979) sin forståelse av omsorgssvikt. Omsorgssvikt er når den som har omsorg for et barn, utsetter det for fysiske og/eller psykiske overgrep, eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling står i fare. Vold går derfor innunder omsorgssvikt da den fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare.

Barn som skades enten ved manglende tilsyn eller ved aktiv handling, er det som betegnes som fysisk overgrep, skriver Killèn (2009, s. 37) i boken «Sveket 1». Blåmerker og brannskader er ofte de vanligste synlige tegnene på fysisk skade. Men i barndomsalderen er det ikke uvanlig at barn har slike skader når de er mye i bevegelse gjennom ulike former for lek. Dette kan gjøre det vanskelig å skille «vanlige fysiske skader» og en påført fysisk skade av andre (Killèn, 2009, s. 37). Ulempen med dette er at barn som opplever fysiske overgrep

av omsorgspersoner, men ikke får fortalt dette selv av ulike grunner som frykt, skam, usikkerhet eller ikke selv vet at det er galt, kan risikere å ikke bli sett eller misforstått (Killèn, 2009, s. 39-40).

Killèns (2009) definisjon på psykisk overgrep er at det kan være en kronisk holdning eller handling hos omsorgsgiver som er ødeleggende eller forhindrer en sunn utvikling av barnets selvbilde. Barn som opplever dette kan leve med en kronisk bekymring, hvor de bekymrer seg over om omsorgsgiver er i stand til å ta vare på dem, og seg selv (Killèn, 2009, s. 41).

Psykiske overgrep kan være i form av å tillegge barn egenskaper de ikke har. Her er det to ulike former: negative egenskaper som gir grunnlag for åpen avvisning, og egenskaper som medfører et sterkt og invaderende engasjement i barnet (Killèn, 2009, s. 42). Psykiske overgrep gir ikke fysiske skader, og er derfor ikke synlige på den måten. I følge Killèn kan man si at sårene er på innsiden, og at dette kan være mer ødeleggende enn noen annen form for vold. Å se tegn på påført psykisk smerte og skade kan utvikle seg etter hvert, og hvor åpenbare de er for omgivelsene kan variere. Ved hjelp av fagfolks kunnskap om ulike tilknytnings- og samspillmønstre kan man tidligere oppdage psykiske overgrep i dag (Killèn, 2009, s. 41).

Konsekvenser av fysiske og psykiske overgrep kan føre til traumer (Killèn, 2009, s. 38). Når vi betegner noe som et traume kan hendelsen ha satt seg dype spor i kropp, sinnet og sjel (Ruppert, 2013, s. 83). Det vil si at hendelsene har stor påvirkningskraft på hvordan man former seg som individ. Når traumer oppstår i barndommen, kan hjernens utvikling bli påvirket på ulike områder. Utviklingstraumer rammer bredt, og kan få konsekvenser for kropp og sensoriske funksjoner som inkluderer i stoffskifte og vekst, fordøyelse, søvn, temperaturregulering og sanseintegrasjon. I tillegg kan det føre til svekkelse i immunfunksjoner som inkluderer forhøyet risiko for mage/tarm-lidelser, nyresvikt, lungesykdommer, hepatitt, hjerte/kar-lidelser, diabetes med mer (Nordanger & Baarud, 2017, s. 89). Videre kan utviklingstraumer ramme fysiologi og motorikk, som inkluderer avvik fra aldersnormen når det gjelder høyde og vekt, problemer med fin- og grovmotorikk, samt balanse og koordinasjon. I tillegg rammer utviklingstraumer tilknytning, som kan føre til tilknytningsforstyrrelser hvor de opptrer som påtrengende på andre, eller motsatt hvor de ikke ønsker å knytte bånd til andre. Også kognisjonen og det emosjonelle blir påvirket, ved at på kognisjon kan de ha lavere intelligens når det kommer til aldersnormen, og dårligere arbeidsminne, problemer med planlegging, impuls kontroll og oppmerksomhet.

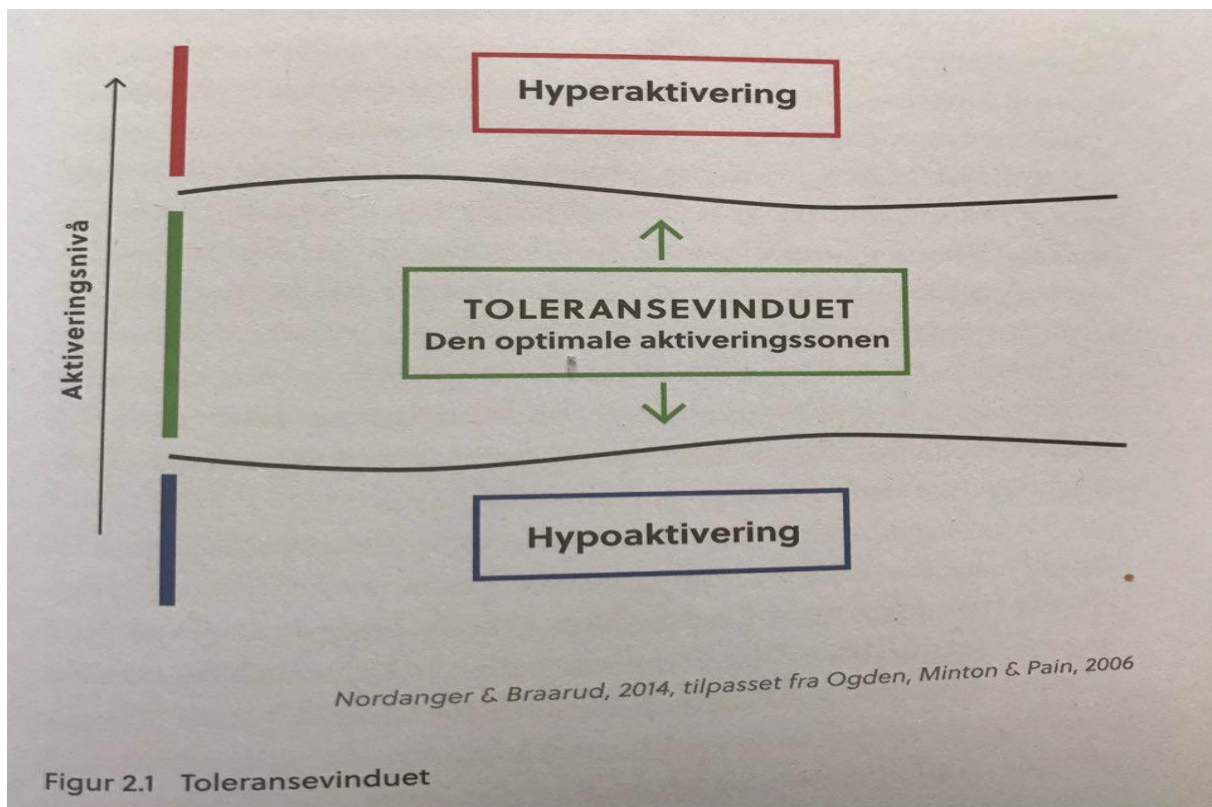
Den emosjonelle delen handler om emosjonsregulering. De som har opplevd traumer kan ha problemer med sinnet, kan opptre aggressivt, nedstemte, hyperaktive og ha angstlidelser. Dissosiering og unnvikelse kan også forekomme (Nordanger og Baarud, 2017, s. 90).

Utviklingstraumer rammer også sosialt og atferdsmessig på områder som sosial fungering. Dette inkluderer sviktende empati, mistolkning av ansikter, mistenksomhet, vanskeligheter med å forme vennskap og konfliktfylte relasjoner. Utviklingstraumer rammer også atferdsmessig fungering. Dette inkluderer aggresjon, mobbing, selvskading, kriminalitet, rusmisbruk, seksualisert atferd, tidlig seksuell debut og tenåringsgraviditet. Akademisk fungering blir også rammet, og inkluderer svakere skolepresentasjoner, mer avbrutt skolegang og lavere utdanningsnivå. I tillegg rammer utviklingstraumer livstil som inkluderer overvekt, røyking og risikoatferd (Nordanger & Baarud, 2017, s. 90). Når man skal studere hvordan utviklingstraumer kan gi konsekvenser for barnet blir resiliens helt vesentlig å ta med i vurderingen. Resiliens er et begrep som blir brukt til å beskrive mennesker som fungerer godt til tross for unormale forhold (Borge, 2018, s. 11). Fysisk vold og psykisk vold går under unormale forhold (Borge, 2018, s. 72).

4.2 Toleransevindu

Vi har et stress-respons-system, som stadig aktiveres. Når den aktiveres, skal vi være i stand til å kunne regulere oss. For å kunne regulere dette systemet må vi fra spedbarnsalderen ha en trygg og god omsorgsperson som er tilstedeværende for oss (Nordanger & Baarud, 2017, s. 38).

Som spedbarn er det lite en kan gjøre, og behovet for en omsorgsperson er derfor høyst nødvendig for at spedbarnet skal klare seg. Nordanger og Baarud (2017, s. 39) bruker Siegel (2012) (Figur 1) sin modell med navn «Toleransevinduet». Modellen illustrerer en måte å lære seg å forstå, og dermed bedre regulere emosjonene våre. I modellen vises det en slags sone som skal være «Den optimale aktiveringstilstanden». Denne tilstanden gjør at man er i en posisjon til å kunne lære best. Det vil si at man, i denne tilstanden, har god oppmerksomhet i situasjoner man befinner seg i og god oppmerksomhet rettet mot andre mennesker (Nordanger & Baarud, 2017, s. 38).



Figur 1: «Toleransevinduet» (Nordanger & Baarud, 2017, s. 39).

Om man faller ut av sonen, aktiveres alarmsystemet og man havner i enten en hyper- eller hypoaktiveringstilstand. Befinner man seg over toleranse-grensen er man hyperaktivert. Det kan innebære kaosfølelse og uro, impulsivitet, aggresjon og utagering (Nordanger & Baarud, 2017, s. 85). I denne tilstanden øker hjertefrekvensen, pulsen stiger, musklene strammes og man puster raskere (Porges, 2007) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 38]. Befinner man seg derimot under toleranse-grensen, er man hypoaktivert. Det kan innebære følelser av nedstemthet, nummenhet, handlingslammende og fjernhet (Nordanger & Baarud, 2017, s. 86). I denne tilstanden reduseres hjertefrekvensen, man får lavere puls og musklene slapper av (Porges, 2007) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 38].

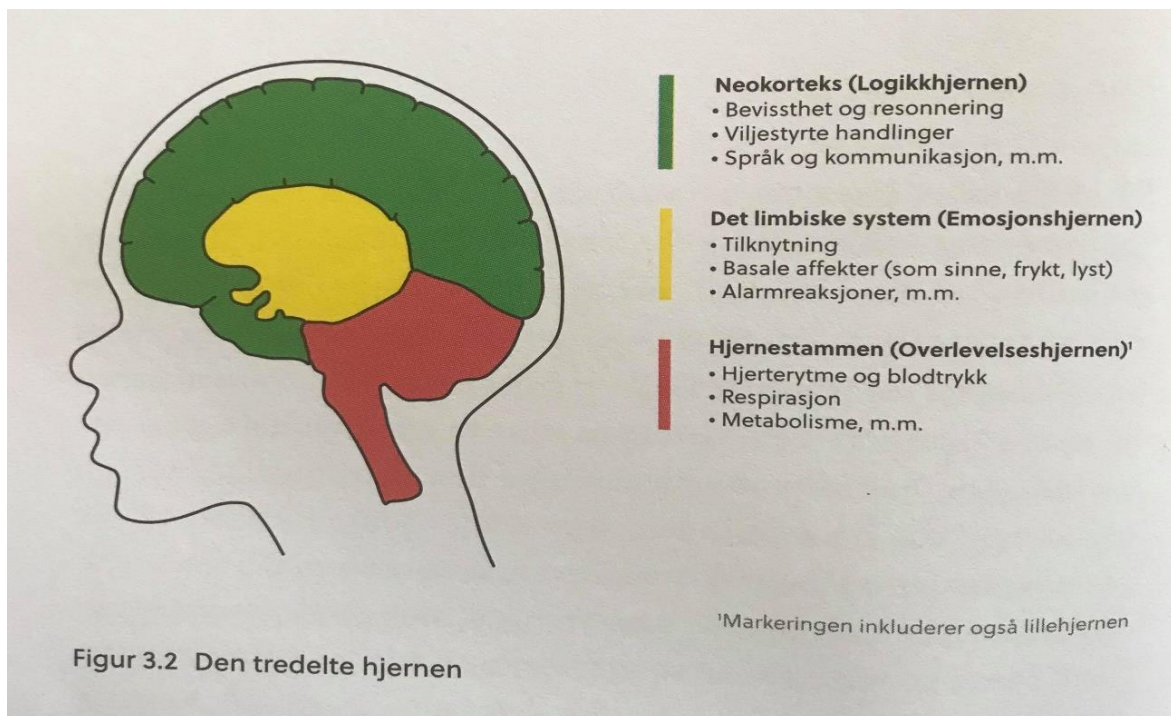
Hos mennesker med god selvregulering eller reguleringsstøtte, vil sonen for «Den optimale aktiveringstilstanden» være i en passende størrelse. Det vil si at man tåler mer ved motgang når sonen er større, enn om den er mindre. Hos spedbarn er denne sonen mindre, noe som gjør dem veldig sensitive. Av den grunn er spedbarn helt avhengig av omsorgspersonens støtte til å kunne regulere seg emosjonelt, atferdsmessig og fysiologisk slik at sonen deres blir større (Nordanger & Baarud, 2017, s. 38). Dette blir omsorgspersonens ansvar. Omsorgspersonen skal være en reguleringsstøtte for barnet. Dette gjøres ved at omsorgsperson er oppmerksomme på hva barnet uttrykker og kan forstå seg på disse signalene. For eksempel om barnet gråter, skal omsorgspersonen hjelpe barnet med å roe seg ned (Nordanger & Baarud, 2017, s. 40).

Barn som opplever utviklingstraumer, som innebærer at de ikke får god reguleringsstøtte fra omsorgspersoner, vil ha problemer med å oppholde seg i sonen sin. Deres «optimale aktiveringstilstand» får ikke vokse seg større gjennom reguleringsstøtte, og de vil dermed ha lettere for å falle ut av sonen sin. Dette kan føre til at de i større grad veksler mellom hyper- og hypoaktiveringstilstand (Nordanger & Baarud, 2017, s. 85). Ved gjentagende traumatiserende hendelser kan disse tilstandene bli naturlige reaksjoner for disse barna. Konsekvenser av manglende reguleringsstøtte kan føre til at barna får vanskeligheter med å bygge relasjoner til jevnaldrende. Dette kan føre til frykt og usikkerhet. Ved at de ikke får skapt seg vennskap, kan de miste en stor utviklingsarena. Ved at disse barna ikke klarer å regulere seg inn i toleransevinduet sitt, kan de få oppmerksomhetsvansker. Dette kan føre til problemer på skolen som øker risikoen for å falle utenfor, som da kan resultere et mer krevende liv.

Barn som opplever gjentagende skremmende hendelser, vil i større grad være kronisk stresset om det ikke har en reguleringsstøtte. Dette gjør at lageret for adrenalinet som skilles ut i kroppen for å gjøre den klar for flukt eller kamp ved truende situasjoner som varer over lenger tid, går tomt (Nordanger & Baarud, 2017, 57-59). Da begynner kroppen å skille ut kortisol som er et stoff som skal støtte opp for mangel av adrenalin, og vil ha noe samme effekt. Men om et barn stadig må skille ut kortisol i kroppen, kan dette svekke immunforsvaret (Nordanger og Baarud, 2017, s. 88). Økt kortisolutskillelse gjør at de hvite blodcellene får redusert antall reseptorer for kortisol (Ebrecht et al., 2004) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 88], og gjør at cellenes kapasitet til å svare på betennelsesdempende blir redusert. Dermed kan stressbelastninger øke risikoen for sykdommer og betennelser (Nordanger & Baarud, 2017, s. 89).

4.3 «Den tredelte hjernen»

Paul MacLean (1985) sin modell av «The triune brain» hjelper oss med å forstå hvordan hjernen organiserer og bearbeider erfaringer. MacLean (1985) redegjorde for at hjernen vår i dag består av tre hjerner sammensatt til én. Ene delen er «hjernestammen» som er den opprinnelige hjernen. De to andre delene er «det limbiske system» og «neokorteks», som har utviklet seg gjennom evolusjonen (Nordanger & Baarud, 2017, s. 57).



Figur 2: «Den tredelte hjernen» (Nordanger & Baarud, 2017, s. 56).

Del 1: Hjernestammen (Overlevelseshjernen)

Reptilhjernen, som også kalles overlevelseshjernen, utgjør hjernestammen i vår hjerne, og styrer de grunnleggende overlevelsesfunksjonene. Disse funksjonene er hjerterytme, blodtrykk, respirasjon og kroppstemperatur (Brodal, 1996) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 55]. *Amygdala*, som kan kalles hjernens «alarmsentral» (Blindheim, 2012) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 59], ligger mellom hjernestammen og det limbiske system. Denne delen av hjernen er spesialist på å registrere mulige trusler i omgivelsene. Når man opplever truende hendelser, antas det at minnene legges som «maler» i amygdala. Dette gjør at om man opplever hendelser som ligner, vil alarmen i hjernen bli raskere og mer automatisk trigget (Nordanger & Baarud, 2017, s. 59). Når amygdala registrerer mulige trusler i omgivelsene, varsler den alarm- og reguleringssystemet hvor det skal vurderes om dette stemmer. Om det viser seg at det ikke er en trussel eller faresituasjon, vil signaler bli sendt tilbake til amygdala om å senke alarmreaksjonen (Nordanger & Baarud, 2017, s. 62). Amygdala kan reagere på lyder, lukt, visualer og lignende som fungerer som triggere for å få i gang alarmsystemet. Ved at dette skjer, kobles hippokampus på. Den vil «huske» erfaringene og deretter følge tidligere handlingsmønstre (Nordanger & Baarud, 2017, s. 62-63). Hippokampus blir tydeligere forklart i neste avsnitt.

Del 2: Det limbiske system (Emosjonshjernen)

Det limbiske system styrer tilknytningsatferd og grunnleggende affekter som lyst, sinne og frykt, i tillegg til alarmreaksjoner (Nordanger & Baarud, 2017, s. 55). Hippokampus, som er en del av det limbiske system, er sentral for hukommelsen og læring. Den fungerer som en koordinator som gir oss tilgang til eksplisitte og episodiske minner lagret i ulike deler av hjernen. Dette gjør at vi kan vurdere i hvor stor grad nye hendelser ligner på tidligere hendelser (Nordanger & Baarud, 2017, s. 60). Ved at hippokampus gir oss tilgang til eksplisitte minner, gjør den det mulig for oss å kunne sette ord på opplevelser, og bevisst kunne sammenligne nye trusler med tidligere trusler (Nordanger & Baarud, 2017, s. 61).

Del 3: Neokorteks (Logikkhjernen)

Neokorteks styrer viljestyrte handlinger, bevissthet og resonnering, samt språket og kommunikasjon. *Prefrontal korteks*, som ligger fremst i neokorteks, regnes som den mest avanserte og «moderne» delen av hjernen. Den gjør fortolkninger av det vi opplever, og får oss til å forstå oss selv i kontekst. Den gjør det mulig for oss å knytte en mening til det vi opplever (Nordanger & Baarud, 2017, s. 61). *Orbitofrontal korteks*, som ligger bak øyehulene, ser ut til å ha en viktig kontrollfunksjon for impulser og emosjoner relatert til sosiale situasjoner (Nordanger & Baarud, 2017, s. 61).

Hjernen vår har stor grad av nevroplastisitet, som vil si at hjernen hele tiden er i forandring gjennom erfaringer som vi opplever gjennom hele livet vårt. Samtidig er det trolig at de områdene som allerede har funnet en etablert organisering, vil være mindre foranderlige enn de som er under utvikling (Perry, 2006) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 56]. Dette har med at hjernen generelt sett blir mindre fleksibel og plastisk jo eldre man blir. I tillegg at den eldste delen av hjernen (hjernestammen) er mindre plastiske enn de yngre delene (det limbiske system og neokorteks) (Bear, Connors & Paradiso, 2014) [referert i Nordanger & Baarud, 2017, s. 57]. Et eksempel fra Nordanger & Baarud (2017, s. 57) er at det limbiske system som styrer de grunnleggende affekter, er mindre fleksibel enn neokorteks som styrer språk og kommunikasjon, som er svært fleksibel. Grunnen til dette er fordi det limbiske system formet seg før neokorteks. Som nyfødte er det også i den rekkefølgen hjernen utvikler seg, som vil si at de øverste delene av det limbiske system og delen neokortekst utvikler seg over et lengre tidsspenn. Neokorteks er som regel ikke ferdig utviklet før i tjuårene (Nordanger og Baarud, 2017, s. 56-57).

Ved å se på «Toleransevinduet» og «Den tredelte hjernen» ser jeg at en god reguleringsstøtte, og veien til egen regulering av følelser, er sentralt for optimal fungering på både kognisjon, emosjon og atferd. Ved å holde oss innen toleransevinduet vårt, får vi økt oppmerksomhet som fører til bedre læring om oss selv og omgivelsene våre. Og utviklingen av kognisjonen, emosjonene og atferden vår blir sårbare ved mangel på trygge omsorgspersoner som ikke klarer å være en reguleringsstøtte.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke konsekvenser utviklingstraumer kan få for barnets kognitive, atferdsmessige og emosjonelle funksjonering. Gjennom forskningsartiklene fant jeg ut at utviklingstraumer har en vesentlig virkning på disse områdene, noe som samsvarer med teorien jeg har brukt. Konsekvenser jeg fant på kognitive funksjoner er at neokorteks, som skal hjelpe oss å fortolke omverdenen, kan få en annen fungering hos dem som har opplevd traumer i barndommen. Det jeg fant av atferdsmessige konsekvenser var at traumeutsatte barn har høyere risiko for å danne usunne vaner. Det jeg fant av emosjonellmessige konsekvenser var blant annet svekket selvbilde og selvtillit. Både de kognitive-, emosjonelle- og atferdsmessige konsekvensene er dynamisk om hverandre. Et eksempel på dette kan være at en negativ fortolkning av omgivelsene, styrker negative følelser, som igjen kan resultere i en selvdestruktiv atferd. Likevel velger jeg å presentere atferdsmessige, emosjonelle og kognitive konsekvenser hver for seg.

5.1 Konsekvenser utviklingstraumer kan føre til på atferd

Som jeg nevnte tidligere skriver Nordanger og Baarud at utviklingstraumer kan ramme atferdsmessig fungering. For å nevne noen kan dette inkludere aggresjon, mobbing, selvskading, kriminalitet og rusmisbruk (Nordanger & Baarud, 2017, s. 90).

I Dye sin forskningsartikkel skriver hun at barn som opplever traumatiserende hendelser kan danne usunne vaner for å undertrykke vonde minner og følelser knyttet til dette. Hun skriver at de har økt sjanse for å overspise og gjøre selvskading (Dye, 2018, s. 384). Hun skriver at disse barna kan ha problemer med sinne, være sensitive til atferd og bli rusmisbrukere (Dye, 2018, s. 384). En studie av Roe-Sepowitz fant ut at 25 ungdommer siktet for drap hadde opplevd traumatiserende hendelser, som fysisk og/eller psykisk vold, i sin barndom.

Kriminalitet kan dermed vise seg å være en atferdsmessig konsekvens (Dye, 2018, s. 386). Dette samsvarer med teorien til Nordanger og Baarud (2017). Dye skriver også at disse barna ofte faller inn i et mønster som resulterer i selvdestruktiv atferd (Dye, 2018, s. 385). Dette kan føre til en negativ holdning, og at konsekvenser ikke blir tatt i betraktning når de handler i situasjoner. I Mehlum sin forskningsartikkel nevner han også selvskading, hvor han mener traumatisk stress kan lede til dette (Mehlum, 2012, s. 9). Dette kan vise til enighet mellom Dye og Mehlum. Mehlum skriver også at traumatisk stress kan føre til en suicidal atferd (Mehlum, 2012, s. 9).

Blindheim nevner flere risikoer for at traumer i barndommen kan resultere i problematisk atferd. Han viser til en studie om rotter, hvor det viser seg at rottebarna blir like hunrotten, både på godt og vondt (Blindheim, 2012, s. 173). Dermed at barn som opplever traumatiske hendelser i familien, kan bli lik overgriperen sin (Blindheim, 2012, s. 189). Eksempler på dette kan være et barn som blir utsatt for fysisk vold av omsorgsperson. Dette barnet kan selv begynne å utøve vold mot andre. Om barnet er utsatt for psykisk vold, kan barnet begynne å utøve dette i andre relasjoner. Han skriver at disse barna også kan være mer på vakt etter sinte ansiktsuttrykk (Blindheim, 2012, s. 173). Videre skriver han om en deling av fornuft og følelser, hvor fornuften kan fortelle barnet at det er trygt i omgivelser som er trygge, men følelsene vil likevel opptre engstelige og på vakt (Blindheim, 2012, s. 176). Han skriver videre om risikoen for fragmentert identitet, hvor det oppstår to deler. «Det sårbare barnet» som en del og «den kontrollerende delen» som den andre delen (Blindheim, 2012, s. 185). Dette kan bidra til at humørsvingninger, og utagering eller dissosiering forekommer.

I praksis møtte jeg både små barn og ungdommer. Jeg så at disse barna kunne utagere, men også dissosiere og bli innesluttet. De minste barna kunne fryse til og bli helt stille, eller at omsorgspersonen, som i praksis var beredskapsforeldre, ikke fikk kontakt når de forsøkte å snakke til barnet. De kunne også bli veldig sinte, og høye skrik og kasting av leker eller annet ble også observert. Hos ungdommene gjaldt det samme, men utageringen kunne også være stygge ord mot omsorgspersoner fremfor å kaste på gjenstander. Når de opptrådte innesluttet, kunne det være vanskelig å nå inn til ungdommen. Noen av ungdommene hadde også en fortid med selvskading.

Diagnoser kan forekomme på barn som har opplevd omsorgssvikt (Dye, 2018, s. 384). Dye skriver om ulike diagnoser disse barna kan få, og risikoen for feildiagnostisering ettersom symptombildet på posttraumatisk stress kan ligne både ADHD, bipolar lidelse og ODD diagnose (Dye, 2018, 385). Mehlum skriver at symptomer på posttraumatisk stress syndrom kan ligne symptomene på ADHD (Mehlum, 2012, s. 8). Feildiagnostisering kan medføre til at barnet begynner å oppføre seg mer likt som symptomene på den gitte diagnosen. Både barnet og omsorgspersoner kan også begynne å skylde på diagnosen når barnet gjør handlinger som ikke blir ansett som gode. Uønsket atferd kan forsvares av at barnet har en diagnose.

5.2 Emosjonelle konsekvenser av utviklingstraumer

Det limbiske system, også kalt emosjonshjernen, styrer tilknytningsatferd og de grunnleggende affekter i et menneskets følelsesregister (Nordanger & Baarud, 2017, s. 55). Hippokampus er en del av det limbiske system og er sentralt for hukommelse og læring. Den gir oss tilgang på eksplisitte minner, og kan vurdere om nye erfaringer kan ligne tidligere erfaringer. Hippokampus gjør det også mulig for oss å kunne sette ord på opplevelser (Nordanger & Baarud, 2017, s. 60-61). De emosjonelle konsekvensene av utviklingstraumer blir ofte synliggjort ved lavt selvbilde og selvtillit. Andre konsekvenser er manglende tillit til andre mennesker. Dette forekommer på bakgrunn av at traumatiske opplevelser kan etterlate barnet med en gjentagende følelse av intens frykt. Denne følelsen kan forbli lenge i barnet ettersom amygdala holder seg aktivert. Dette kan medføre at barnet hele tiden er på vakt etter nye farer (Nordanger & Baarud, 2017, s. 62-63).

Som jeg nevnte tidligere, skriver Nordanger og Baarud om toleransevinduet. De fremstiller hvordan modellen kan fungere som en måte å lære seg å forstå, og dermed bedre regulere følelsene våre (Nordanger & Baarud, 2017, s. 38). Toleransevinduet illustrer en sone som skal gi optimal aktiveringstilstand, som bedrer oppmerksomheten vår til omgivelsene og oss selv (Nordanger & Baarud, 2017, s. 38). Om man faller utenfor toleransevinduet, blir man mer sensitive og dermed tåler mindre. Man kan falle ut av toleransevinduet ved traumatiserende hendelser, å havne i hypo- eller hyperaktiveringstilstand. Ved traumatiske hendelser kan det også gjøre at barnet lettere faller ut av toleransevinduet (Nordanger & Baarud, 2017, s. 85).

Nordanger og Baarud skriver også at utviklingstraumer innebærer kronisk traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte (Nordanger & Baarud, 2017, s. 73). Barn som blir utsatt for utviklingstraumer, får ikke lært å regulere følelsene sine. Dette kan resultere i at de må finne andre mestringsstrategier for å regulere seg.

Både Mehlum og Dye skriver om selvskading som en måte å lindre psykisk smerte, noe som kan fungere som en regulering av følelser. Mehlum skriver om selvskading, og at dette kan lindre psykisk smerte (Mehlum, 2012, s. 9). Dette kan fungere som en måte å regulere negative følelser. Ved å se på teorien om toleransevinduet, kan selvskading gjøre at barnet får regulert seg inn i toleransevinduet, fra en hyper- eller hypoaktiveringstilstand. Mehlum skriver også i sin forskningsartikkel at disse barna ofte har følelser som hjelpeløshet, avmakt og intens frykt (Mehlum, 2012, s. 9). Dye skriver at barn som opplever omsorgssvikt kan slite med selvregulering, dissosiering og følelsen av likegyldighet (Dye, 2018, s. 385). Barna kan dermed finne beroligende teknikker for å kunne regulere følelsene sine. Har barnet psykiske smerter, kan overspising og selvskading lindre denne smerten (Dye, 2018, s. 384). Metthetsfølelsen kan gi en lindrende effekt og kan dermed fungere som en måte å regulere seg inn i toleransevinduet sitt.

Blindheim skriver i sin forskningsartikkel at barn som utsettes for gjentakende traumatiske opplevelser kan risikere å få en fragmentert identitet. Han påstår at barnet skaper to deler, hvor barnet har «det sårbare barnet» som en del, og «den kontrollerende delen». Disse delene skaper en fragmentering, hvor «den kontrollerende delen» undertrykker «det sårbare barnet»-delen. Dette vil si at barnet undertrykker egne behov og følelser hvor «det sårbare barnet»-delen som bærer på de traumatiske opplevelsene blir ignorert av «den kontrollerende delen» (Blindheim, 2012, s. 185). Dette kan resultere i at barnet ikke får bearbeidet hendelsene. Barnet kan dermed slite med følelsene knytt til hendelsene over et lengre tidsspenn og kan følge barnet inn i voksenlivet. Ved at dette skjer, kan de følelsene barnet opplevde under traumene dukke opp ved flere anledninger i senere tid. Dette kan føre til at barnet stadig kjenner på de vonde følelsene, noe som kan trigge barnet til å bruke sine strategier på å regulere følelsene. Disse reguleringsstrategiene kan forbli usunne vaner, som barnet støtter seg på i forsøket på å regulere følelsene sine. Han skriver også at disse barna kan få en deling mellom fornuft og følelser, hvor fornuften og følelsene ikke samsvarer med hverandre.

Fornuften kan fortelle barnet at det er trygt, men grunnet erfaringen med traumatiserende hendelser, vil barnet fortsatt være engstelig (Blindheim, 2012, s. 176). Han skriver også at disse barna kan bære på en skyldfølelse og klandre seg selv for overgrepene (Blindheim, 2012, s. 188). Barnet kan føle at det har gjort noe galt og kan dermed tro at det fortjener de fysiske eller psykiske overgrepene.

Dye og Mehlum snakker om risikoen for feildiagnostisering. Konsekvenser dette kan få på emosjonell fungering er at barnet kan føle at symptomene på den gitte diagnosen definerer dem og dette kan svekke barnets selvbilde. Om den gitte diagnosen også er feil, kan medisinerings av diagnoser føre til andre ytterlige skader. Bivirkninger på ulike diagnoser kan føre til andre psykiske plager, og kan dermed forverre barnets psykiske helse.

5.3 Kognitive konsekvenser av utviklingstraumer

Neokorteks, også kalt logikkhjernen, hjelper oss med å fortolke det vi opplever, og forstå oss selv i kontekst. Den gjør det mulig for oss å knytte mening til det vi opplever (Nordanger & Baarud, 2017, s. 61). De kognitive konsekvensene av utviklingstraumer synliggjøres ofte gjennom fortolkningsevne, språk- og kommunikasjonsevne. Dette kan innebære at barnet får en annerledes fortolkning av situasjoner enn andre, og at deres språkutvikling kan ta lengre tid å utvikle enn det som er normalt for jevnaldrende. Dette kan gjøre at de får problemer med å reflektere og fortelle med ord om situasjoner slik de fortolker det (Nordanger & Baarud, 2017, s. 90).

Da jeg var i praksis møtte jeg et barn på 5 år som hadde blitt utsatt for fysisk og psykisk vold. Dette resulterte i at barnet hadde problemer med språket. Barnet kunne ikke si en sammenhengende setning, og brukte feile ord på ulike objekter. Et eksempel var at han kunne rope ut ordet «lys» når han så en kaffe-kopp. Barnet kunne også si ord som «is» når han lekte med biler. Slik språkproblematikk blir ofte synlig gjennom barn som ikke har fått språkopplæring fra gitte omsorgspersoner. Dette var også tilfellet med det nevnte barnet.

Mehlum skriver i sin forskningsartikkel; «Traumatisk stress og suicidal atferd» at traumatisk stress kan lede til følelser som hjelpeløshet, avmakt og intensfrykt (Mehlum, 2012, s. 9). Dette kan få konsekvenser for det kognitive, ettersom slike følelser kan få sterk innflytelse på grunnleggende tankemønstre. Tanker om selvmord kan sees på som noe mer positiv, selv om handlingen ikke er det. Selvmordstanker kan føre til en følelse av kontroll på egen situasjon. Noe som blir fristende hos mange som føler seg hjelpeløse ettersom de ikke kan kontrollere situasjonen de er i. Dette kan resultere i en følelse av lettelse, og virke beroligende for personen utsatt for fysisk eller psykisk overgrep. Dette gjør at selvmord kan virke som en hjelp til å ta kontroll over seg selv, men betyr ikke at handlingen blir iverksatt av den grunn (Mehlum, 2012, s. 9). Traumatisk stress grunnet traumatiserende hendelser kan også endre synet på selvskading, hvor denne handlingen fungerer som et hjelpemiddel til å bedøve de indre smertene. De ser ikke på det som å skade seg selv, men mer som et beroligende middel. Disse barna får en annen fortolkning av det de opplever, og hvordan de forstå seg selv i kontekst. De får et annet syn på selvmord og selvskading, enn et barn som har levd under gode forhold.

Blindheim skriver at barn som vokser opp under utrygge forhold kan få en forestilling om at man ikke kan stole på mennesker, og at mennesker er farlige. Barna får også en oppfatning om at verden er utrygg (Blindheim, 2012, s. 174). Dette gjør at fortolkningene av de traumatiserende hendelsene barn har opplevd, vil påvirke fortolkningen av verden. Å erfare at sin egen omsorgsperson utfører fysiske eller psykiske overgrep, kan føre til et tankemønster om at alle mennesker er slik. Dette kan lede barnet inn i en tankeprosess om at alt i livet bare har negative utfall.

I praksis møtte jeg en ungdom som hadde opplevd psykisk vold fra mor som barn. Ungdommen opplevde vansker rundt det å skape vennskap til jevnaldrende. Hun ønsket seg vennskap, men hadde fått en fortolkning om at venninner plutselig kunne gå imot henne og bruke privat informasjon til å såre henne. Hun vegret seg derfor med å få seg venninner, ettersom hun så på dette som en risiko for å bli såret. Dette kan vi knytte mot det som blir nevnt av Blindheim (2012) og Killèn (2009) om fortolkning.

Sistnevnte skriver at omsorgssvikt, som fysisk og psykisk vold, påvirker hjernens kognitive funksjoner ved at disse barna utvikler en indre arbeidsmodell som gjør at de ser verden som farlig. Killèn skriver også at disse barna får en oppfatning av dem selv som kronisk makteløse, hjelpeløse og i fare (Killèn, 2009, s. 61).

Nordanger og Baarud skriver at utviklingstraumer kan ramme de kognitive funksjonene ved lavere intelligens når det kommer til aldersnormen, dårligere arbeidsminne, problemer med planlegging, impuls kontroll og oppmerksomhet. De tre siste faktorene kan forveksles med symptomer på diagnosen ADHD. Jeg vil dermed rette søkelyset videre på risikoen for feildiagnostisering.

Både Mehlum og Dye skriver om diagnoser, og faren for feildiagnostisering på barn som har opplevd traumer i barndommen. Dye skriver at barn som opplever utviklingstraumer kan ha et symptom bilde som kan ligne flere ulike psykiske diagnoser som bipolar lidelse, ADHD og ODD. Dette mener hun kan føre til økt risiko for feildiagnostisering (Dye, 2018, s. 385). Mehlum skriver at symptomer på utviklingstraumer kan forveksles med symptomer på ADHD (Mehlum, 2012, s. 8). Mehlum og Dye er derfor enige i risikoen for feildiagnostisering. Feildiagnostisering kan føre til at barnet vokser opp til å tro at deres problematikk på det kognitive, som fortolkning og forsinket språkutvikling, kan ha med at de ikke klarer å holde oppmerksomheten. Barna kan få en oppfatning om at diagnosen de får er grunnen til sine senere utfordringer. De kan risikere å bli hemmet av diagnosen gitt i hverdagen, med at for eksempel på skolen kan det forventes mindre av disse barna enn andre. Dette kan resultere i at barna ikke får utnyttet sitt fulle potensial. En annen risiko med feildiagnostisering er medisiner for en diagnose de ikke har. Medisiner har ofte bivirkninger, og et barn som får medisiner for en diagnose de egentlig ikke har, kan gjøre ytterligere skade.

6.0 Konklusjon

Hensikten med min bacheloroppgave var å utforske ulike konsekvenser utviklingstraumer kan føre til på barnets fungering. Gjennom metoden litteraturstudie har jeg forsøkt å undersøke dette gjennom forskningsartikler. På fungering satt jeg søkelys på kognisjon, atferd og emosjonell fungering. I forskningsartiklene fant jeg ut at fortolkningsfunksjonen i neokorteks, som er en del av kognisjon, ble svekket. Dette kan føre til at personen får et negativt tankemønster. På emosjonell fungering fant jeg ut at følelser som hjelpeløshet, avmakt og intens frykt ofte var noe barna følte, og at de hadde svekket selvbilde og selvtillit. Jeg fant også ut at barn som har opplevd utviklingstraumer, hvor reguleringsstøtte ikke har vært tilgjengelig, fant andre strategier for å regulere følelsene sine. Disse strategiene så ut til å være usunne vaner, hvor overspising og selvskading ble nevnt som beroligende strategier. Atferdsmessig fant jeg ut at disse barna hadde en tendens til å få en selvdestruktiv atferd grunnet negative følelser og tankemønstre. Et annet interessant funn jeg fant i forskningsartiklene var risikoen for feildiagnostisering, hvor to av forskningsartiklene tok for seg dette området. Jeg fant ut at symptomene på posttraumatisk stress syndrom kunne ligne symptomer på ADHD. Jeg fant også ut at barnets fungering, på kognisjon, atferd og emosjonell fungering, også kunne etterligne andre psykiske diagnoser. Dette kan øke faren for feildiagnostisering.

Både teori og forskningsartiklene samsvarte, selv om de ikke skrev nøyaktig likt.

Diskusjonsdelen ble derfor en drøfting av funnene og teorien om hverandre. Jeg drøftet også mine erfaringer i praksis i lys av funnene og teorien. Avslutningsvis vil jeg rette et kritisk blikk mot artiklene ved å påpeke at resiliens ikke blir nevnt. Jeg mener begrepet er viktig å ta i betraktning når det handler om konsekvenser på traumer i barndommen.

9.0 Litteraturliste

Blindheim, A. (2012) Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Norges barnevern 2012* (3). 168-195. Hentet fra https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/58048271/ettervirkninger_av_traumatiserende_hendelser_i_barndom_og_o.pdf?fbclid=IwAR3kewm2cQu2CcxJLQqWViNzDmLLzZ9Z7a8QqcWc0SGICnFdFcTgsV42xE

Borge, A. I. H. (2018) *Resiliens – risiko og sunn utvikling* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Bufdir. (2020, 31. mars). Oppsummert status i tall for barnevernet. Hentet fra https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dye, H. (2018). The impact of long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 28(3). 281-392.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10911359.2018.1435328>

Killen, K. (2009). *Sveket I: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4.utg.). Oslo: Kommuneforlaget

Mehlum, L. (2012) Traumatisk stress og suicidal atferd. *Suicidologi* 17(3). 3-12. Hentet fra <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/2169/2032?fbclid=IwAR1W9205Jn8fewCz0d3k7guYOiqypBILvF5sK8mkH24OM-mO0F-22EziJoI>

Norsk helseinformatikk (2011, 13. april). Hva er en meta-analyse? Hentet fra <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/hva-er-en-metaanalyse/>

Norsk lisens for offentlige data (2018, 25. oktober). Yrkesbeskrivelse: Sosionom. Hentet fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sosionom>

Ruppert, F. (2013) *Forstå dine sår i sjelen: traumer, tilknytning og familiekonstellasjoner*. Oslo: Flux Forlag

Støren, I. (2013) *Bare søk!* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300 Bacheloroppgåve

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 13-05-2020 13:17 | Termin: | 2020 VÅR |
| Slutt dato: | 20-05-2020 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgåve | Studiepoeng: | 15 |
| SIS-kode: | 203 BSV5-300 1 BO 2020 VÅR | | |
| Intern sensor: | Inger Johanne Solheim | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|------------------------------|
| Navn: | Anne Cecilie Hystad Mangerøy |
| Kandidatnr.: | 325 |
| HVL-id: | 573623@hvl.no |

Informasjon fra deltaker

| | | | |
|-------------------------|-------|-------------------------------|-----|
| Antall ord *: | 10173 | Inneholder besvarelsen | Nei |
| Egenerklæring *: | Ja | konfedensielt | |
| | | materiale?: | |

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei