



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Reaktiv tilknytningsforstyrrelse fra et barnevernfaglig perspektiv

- En litteraturstudie om diagnosen og intervensjoners betydning for å fremme tilknytning

Linn Anette Nordahl Jørgensen

Masteroppgave i barnevern, HEL – 3890, Juni 2020



*«Har du fyr, har du løkte langs din vei?
Har du fyr, et signal om riktig lei?
Ei lampe som gløde i mørket
og lose dæ ut og frem,
som tar dæ bort og hjemmefra,
men som også tar dæ hjem»
- Ola Bremnes –*

Forord

Denne avhandlingen hadde ikke vært mulig uten støtte fra noen veldig sentrale personer. Jeg vil først takke min ektemann Daniel, som ga meg selvtilliten og motet til å fullføre masteren. Du er alltid der for meg når jeg trenger deg og alltid villig til å hjelpe uansett hvilken oppgave jeg trenger hjelp til. Takk for at du har holdt rundt meg, vist meg kjærlighet og vært oppmuntrende, støttende og forståelsesfull gjennom alle søvnløse netter og utallige tårer. Uten din støtte hadde dette vært helt umulig. Til min datter Leona, som kontinuerlig har vist ubetinget kjærlighet og trygg tilknytning fra den dagen du ble født, og som har minnet mamma på viktigheten av å gjøre skolearbeid. Tusen takk til bedre halvdel i masterskriving, Beatrice. Takk for flere titalls timer på telefon, for din fortrolighet, din tillit og din hjelp. Takk til medstudent Elisabeth, for at du ikke har tillatt meg å gi opp. Din stadige støtte og tro på meg har gjort dette mulig. Takker også mine øvrige medstudenter som gjennom hele prosessen har motivert, bidratt med råd og veiledning, støttet og forstått. Sist men ikke minst vil jeg takke min veileder Per Håkan Brøndbo, som har guidet meg gjennom litteratur og forskning, luket ut arbeid som ikke har fulgt den røde tråden og motivert meg til å fortsette skrivingen.

Da jeg startet på min masteroppgave jobbet jeg i den kommunale barneverntjenesten. Det var en stor ære å starte på en masterutdanning. Valg av tema for masteroppgave var klart ganske tidlig. Etter hvert som masteren har tatt form har mitt praktiske arbeid med barn med diagnosen også følt mer forståelig. I perioder har stien jeg har vandret på syntes både tung og lite oversiktlig. Å skrive masteroppgave har uten tvil vært en krevende prosess. Det har vært utfordrende å kombinere familie, full jobb og studier. Jeg veldig takknemlig for dette har latt seg gjennomføre. Takket være god tålmodighet, viljestyrke og en arbeidsplass som har tilrettelagt for meg har det likevel latt seg gjennomføre. Endelig er jeg i mål.

Linn Anette, juni 2020

Sammendrag

Tittel: Reaktiv tilknytningsforstyrrelse fra et barnevernfaglig perspektiv

Problemstilling: *Hva er reaktiv tilknytningsforstyrrelse, hvordan kommer diagnosen til uttrykk, og kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre?*

Metode: For å besvare min problemstilling vil jeg foreta en gjennomgang av litteratur og relevant forskning om diagnosen RAD. For å belyse tilknytningsteorien har jeg valgt å bruke Bowlbys tilknytningsteori, som også regnes som primærlitteratur om tilknytning. Nyere forskning har videreført Bowlbys teori, og har sammen skapt tilknytningsteorien slik vi kjenner den i dag. Jeg ønsker å benytte dette faglige bakteppet for å beskrive forskjellen på trygg tilknytning, utrygg tilknytning og RAD. Videre beskrives diagnosen RAD, og det drøftes hvorvidt barnevernfaglige hjelpetiltak utviklet for å fremme tilknytning, har den effekten for barn med RAD og deres fosterforeldre. Relevante forskningsresultater vurdert opp mot tema for oppgaven er tatt med. Søkemotorer benyttet i oppgaven er: Psyc Info og SCOPUS.

Sentrale resultater: Bowlbys tilknytningsteori har hatt stor betydning for dagens forståelse av tilknytning. Det er dokumentert at barn som har god omsorg har mindre risiko for å utvikle psykopatologi senere i livet. Fremmedsituasjonen og klassifisering av tilknytning, benyttes fortsatt benyttes i dag, på tross av kritikk av metodens validitet og overførbarhet. Metoden belyser risiko- og beskyttelsesfaktorer i samspill mellom foreldre og barn, som man barnevernfaglig kan dra nytte av. Jeg har likevel i oppgaven stilt meg kritisk til hvordan og på hvilken måte metoden benyttes på flere områder. Det vurderes behov for kompetanseheving i hjelpeapparatet for å bedre vurdere *når* et barn har behov for at omsorgsgiver mottar hjelpetiltak, samt økt kompetanse i vurderingen av *hvilken* intervensjon familien er i behov av for å opprette et tilknytningsbånd. Vurdering av samspill og mentalisering krever særlig kompetanse, og konklusjoner bør trekkes med varsomhet.

Første del av problemstillingen er å besvare hva RAD er og hvordan RAD kommer til uttrykk. RAD er utvilsomt en alvorlig diagnose, som krever særlig kompetente og trygge omsorgsgivere for å kunne fremme trygg tilknytning. Barn med RAD har uten tvil behov for både mentaliserende, sensitiv og reguleringsstøttende omsorg. Det vurderes som vanskelig å

skille mellom hva som er barnets temperament og hva som skyldes diagnose. Oppgaven har vist at det kreves kompetanse om RAD for å kunne jobbe godt med barnet og fosterfamilien.

I redegjørelsen av funn for å belyse problemstillingens andre spørsmål: «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre», har forskning vist til fire hovedtiltak for å fremme tilknytning; Fosterhjem, intervensjoner, kompetanseheving og informasjon/samarbeid. I dag benyttes hovedsakelig intervensjonene Circle of Security, Marte Meo og forståelsesrammen Traumebevisst omsorg. Alle modellene har til hensikt å skape trygt og forutsigbart samspill mellom barnet og omsorgsgiver, med mål om å fremme trygg tilknytning. Denne oppgavens syn på de ulike intervensjonene er, at tiltakene ut fra forankring i tilknytningsteorien sannsynligvis har effekt, men at effekten ikke er bevist. Samtidig har oppgaven også belyst at intervensjonenes omfang og varighet muligens ikke vil tilfredsstillе barnet og fosterforeldrenes behov for innramming og støtte. Det positive med intervensjonene er at mottakerne, virker å være fornøyde med veiledningen. Det kan man tolke som at mottaker opplever at gitte veiledningen har hatt effekt.

Nøkkelord: Reaktiv tilknytningsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, tilknytning, intervensjon, fosterhjem

Abstract

Title: Reactive Attachment Disorder from a child welfare perspective

Research question: What is reactive attachment disorder, how does the diagnose manifest in the child, and may child welfare disciplinary interventions help to promote a secure attachment between children with reactive attachment disorder and their foster parents?

Method: To answer my research question, I will review relevant literature and studies on the diagnose Reactive Attachment Disorder. To illustrate the theory of attachment, I have chosen to use Bowlby's attachment theory, which also is viewed as the primary source on attachment. Recent studies have built upon Bowlby's theories, and have created the attachment theory as we know it today. I seek to use this professional knowledge to describe the differences in secure attachment, insecure attachment, and RAD. I will describe the

diagnosis RAD and discuss whether child welfare disciplinary interventions designed to promote secure attachment, have the desired effect on children with RAD and their foster parents. I have included relevant research results in the assessment of this assignment. Search engines used in this assignment; Psyc Info and SCOPUS.

Results: Bowlby's attachment theory has been of great significance to the current understanding of attachment. It has been documented that children whom receive good care, are less at risk of psychopathology later in life. "Strange Situation Procedure" and classification of attachment are still being used today, despite being criticized on account of the methods' validity and transferability. The method illuminates the factors of risk and resilience in accordance with parents and children, which can be utilized from a child welfare disciplinary standpoint. Despite this, I have taken a critical point-of-view in this assignment, as to how and in what way the method is utilized in different areas. There is need for competence development in the support system to better evaluate when a child is in need of its caregiver to receive intervention, as well as competence development in the assessment of which intervention the family needs to establish bonds of attachment. Assessment of interaction and mentalization demands a certain level of competence, and one should be wary of drawing conclusions.

The first part of the research question is to answer what RAD is, and how it comes to show. RAD is without doubt a serious diagnose, which demands competent and secure caregiving to establish secure attachment. Children with RAD have clearly need for both mentalizing, sensitive and regulatory supportive care. It's deemed difficult to differentiate between what is caused by the child's temperament, and what is caused by a diagnose. This assignment has shown that it demands a high level of competence on RAD to be able to work well with the child and its foster family.

In the description of findings to illuminate the second part of the research question; "can child welfare disciplinary interventions help to promote a secure attachment between children with reactive attachment disorder and their foster parents", studies have shown four main measures used in promoting attachment; foster care, interventions, competence development and information/cooperation. Today, the main types in interventions used are; Circle of Security, Marte Meo, and the conceptual framework Trauma Informed Care. All of these models have a purpose of creating a secure and predictable interaction between the child and its caregiver, with the goal of forming a secure attachment. This assignments' view on the different

interventions is that it, based on the interventions' embedding in attachment theory, has a probability of having an effect, but the effect is not proven. At the same time, this assignment has also proven that the scope and duration of the interventions may not satisfy the child and foster parents' need for framing and support. The positive side of the interventions is that the recipients seem to be content with the guidance. This can be interpreted as the recipient feeling that the intervention has had an effect.

Keywords: Reactive attachment disorder, attachment disorder, attachment, intervention, foster care

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1.....	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Oppgavens problemstilling.....	3
1.3 Kapittelinnndeling og oppgavens oppbygning.....	3
1.4 Avgrensning.....	5
1.5 Begrepet tilknytning.....	5
1.6 Begrepet omsorgssvikt.....	6
1.7 Begrepet mentalisering.....	6
1.8 Begrepet sensitivitet.....	7
1.9 Begrepet regulering.....	7
1.10 Begrepet temperament.....	8
1.11 Metodisk tilnærming.....	9
1.12 Litteratur og kildesøk.....	9
Kapittel 2.....	11
2.1 Historisk tilbakeblikk på tilknytningsbegrepet.....	11
2.2 Bowlbys teoretiske forståelse av begrepet tilknytning.....	12
2.3 Dannelse og faseinndeling av tilknytning.....	12
2.4 Adskillelse.....	14
2.5 Indre arbeidsmodeller.....	14
2.6 Kritikk av Bowlbys tilknytningsteori.....	16
2.7 Trygg base.....	18
2.8 Ainsworths teoretiske perspektiv på tilknytning.....	18
2.9 Fremmedsituasjonen.....	20
2.10 Klassifisering av tilknytning.....	22
2.10.1 Tilknytningsstil B – Trygg tilknytning.....	22
2.10.2 Tilknytningsstil C – Utrygg, engstelig og ambivalent tilknytning.....	23

2.10.3	Tilknytningsstil A – Utrygg og unnvikende tilknytning.....	23
2.10.4	Tilknytningsstil D – Desorganisert/desorientert tilknytning.....	24
2.11	Kritikk av Fremmedsituasjonen.....	26
2.12	Klassifisering av tilknytning benyttet i dag	28
2.13	Trygg og utrygg tilknytning.....	28
2.14	Oppsummering.....	29
Kapittel 3	31
3.1	Diagnostiseringsmalene ICD og DSM.....	31
3.2	Diagnostiske kriterier for RAD.....	33
3.3	Symptomer på RAD.....	34
3.4	Utredningsprosessen	35
3.5	Kritikk av manualenes definisjon av RAD og mulige (diagnostiske) feilkilder.....	37
3.6	Betydningen mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament har for omsorgsutøvelse.....	40
3.6.1	Mentalisering	40
3.6.2	Sensitivitet.....	41
3.6.3	Regulering.....	42
3.6.4	Temperament	42
3.7	Hvilken type omsorgsutøvelse vil barn med RAD profitere på.....	43
3.8	Oppsummering.....	45
Kapittel 4	47
4.1	Fosterhjem.....	47
4.2	Intervensjoner	48
4.3	Kompetanseheving.....	51
4.4	Informasjon/samarbeid	52
4.5	Konsekvenser av feil diagnostisering og intervensjoner som ikke anbefales.....	53
4.6	Oppsummering.....	54

Kapittel 5.....	56
5.1 Transaksjonsmodellen.....	56
<i>Figur 1: Revidert transaksjonsmodell.....</i>	<i>57</i>
5.2 Intervensjoner	58
5.3 Circle of Security	58
5.4 Circle of Security Intervention utforming.....	59
5.4.1 Circle of Security - Parenting (COS P).....	60
5.4.2 COS P's utforming.....	60
5.5 Trygghetssirkelen.....	61
<i>Figur 2: Trygghetssirkelen.....</i>	<i>61</i>
5.6 Metodens betydning for å fremme tilknytning	62
5.7 Studier om effekten av COS	64
5.8 Marte Meo metoden.....	67
5.9 Metodens betydning for å fremme tilknytning	70
5.10 Studier om effekten av Marte Meo metoden	71
5.11 Traumebevisst omsorg.....	71
<i>Figur 3: Toleransevinduet.....</i>	<i>73</i>
5.12 Metodens (forståelsesrammens) betydning for å fremme tilknytning	75
5.13 Studie om effekt av forståelsesrammen TBO	76
5.14 Oppsummerende drøfting	77
6 Oppsummering og konklusjon.....	79
Litteraturliste.....	82

Kapittel 1

1.1 Innledning

I jobben som ansatt i den kommunale barneverntjenesten møter man ofte barn. De fleste samtale jeg hadde i løpet av min hverdag omhandler et barn. I noen tilfeller handlet samtale om hvordan man best kan tilrettelegge for samvær mellom foreldre og barn, i andre tilfeller handlet samtale om hvordan barnet hadde det hjemme, i barnehagen eller på skolen. De sakene jeg opplevde som mest utfordrende å jobbe med, var der barnet hadde utviklet en tilknytningsforstyrrelse. Felles for disse barna var at de har biologiske foreldre som av ulike årsaker har slitt med utøvelse av daglig omsorg, som hadde gitt ringvirkninger for omsorgen og for barnets relasjoner til menneskene rundt det.

Barnevernet har de siste årene blitt mer opptatt av og fått mer kunnskap om viktigheten av at barn opplever trygg relasjon til sine omsorgspersoner. Dette har også samarbeidspartnere, Fylkesnemnd, sakkyndige og Tingrett hatt fokus på. Det har de siste årene blitt skrevet flere masteroppgaver om tilknytning; én som tar for seg det teoretiske tilknytningsprinsipp, og hvilke implikasjoner dette har for barnevernets tiltaksarbeid (Pedersen & Pedersen, 2016), en annen om tilknytning fra et transaksjonistisk perspektiv, og hvorvidt tiltak kan øke deprimerte mødres sensitivitet og styrke barns tilknytning (Solhoff, 2016), og en tredje masteroppgave som tar for seg diagnosen RAD og hvordan skolen kan bidra til å forbedre elever med RAD's evne til selvregulering (Monsen, 2013). Det er også skrevet en doktoravhandling om tilknytningsorganisering og RAD blant ungdom som har opplevd mishandling, med fokus på hvordan skolepsykologen skal jobbe med ungdommen (Lawler, 2014).

Tilknytningsforstyrrelse er et begrep som muligens har blitt løselig benyttet i barnevernssaker for å forklare utrygg tilknytning. Tilknytningsforstyrrelse er en diagnose som må fastsettes av spesialisthelsetjenesten. Som oftest er det fastlegen som henviser til spesialisthelsetjenesten, men barneverntjenesten kan også henwise (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; Helsedirektoratet, 2013). I det barnevernfaglige undersøkelsesarbeidet har Øyvind Kvellos mal for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, blitt implementert. Kvellomalen benyttes fortsatt for å gi barnevernsansatte verktøy til å vurdere samspill mellom foreldre og barn. Øyvind Kvellos metodikk har også fått kritikk, og at metoden ble implementert og benyttet i det kommunale barnevernet i Norge har det vært rettet skepsis mot. Svein Arild Vis med kollegaer har fra 2016 til 2020 utviklet fem rapporter om barnevernets undersøkelsesarbeid. I rapport nr. 2 i rekken redegjøres det for hvordan en barnevernsundersøkelse er lagt opp etter

Kvello-malen. Rapporten kritiserer malen for å være «for mangelfull til å ivareta behovet for en nasjonal implementering i barneverntjenesten» (Lauritzen, Vis, Fossum, & Havnen, 2017, p. 128). Det vektlegges også at Kvellomalen legger opp til omfattende kartlegging som fordrer særlig kompetanse brukt i terapeutiske relasjoner.

I det internasjonale statistiske systemet av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10-kodeverket, finnes to diagnoser som berører tilknytning; F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom (RAD) og F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndom. I denne masteroppgaven vil tema omhandle diagnosen F94.1 RAD. Oppgaven vil drøfte hvorvidt barnevernfaglige hjelpetiltak som vanligvis iverksettes, er effektiv i å fremme et fosterbarns tilknytning til fosterforeldrene. Det vil også drøftes hvorvidt intervensjoner kan øke fosterforeldrenes forståelse av barnets behov, fungering og atferdsuttrykk. Min erfaring med diagnosen baserer seg i størst grad på barn som bor i fosterhjem, der jeg har møtt de som saksbehandler.

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen (heretter RAD) kjennetegnes i følge ICD-10 (World Health Organization, 2005) som vedvarende avvik i et barns sosiale reaksjonsmønster. Forstyrrelsen starter i de første fem leveårene og er en følelsesmessig forstyrrelse som er påvirkelig av forandringer i miljøet. Diagnosen kommer til uttrykk ved eksempelvis fryktsomhet, vaksomhet, aggresjon mot seg selv og andre, dårlig utviklet sosialkompetanse, tristhet og i noen tilfeller veksthemming. ICD-10 (1999) beskrev diagnosen som trolig direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, alvorlig mishandling eller overgrep fra omsorgsgiver. Avvikende forhold til omsorgsgivere, og mistilpasningstrekk man vanligvis ikke observerer hos normale barn, vurderes som det viktigste kjennetegnet ved diagnosen. Overnevnte trekk hos barnet er vedvarende, men det kan likevel respondere på tydelige endringer i oppdragelsesmønstre.

Valget av tema for min masteroppgave, har opphav i mitt arbeid med barn med RAD. Jeg har fått inntrykk av at hjelpeinstansene rundt barn og foreldre ikke har tilstrekkelig kompetanse om dette komplekse sykdomsbildet, og generelt om hva tilknytningsforstyrrelse er. Barnets atferd og tilpasningsutfordringer som følge av diagnosen, oppleves som belastende og vanskelig å tyde for omgivelsene. Krevende atferd i kombinasjon med manglende kunnskap om diagnosen, kan også føre til at barnas omsorgsgivere møtes med skepsis og bekymring, framfor forståelse og villighet til å tilrettelegge for barnet. Jeg ønsker å besvare hva diagnosen

betyr for barnet og fosterfamilien som utøver daglig omsorg for barnet, og hva kan barnevernet gjøre for å fremme tilknytning mellom barnet og fosterforeldrene.

En av de første som systematisk beskrev tilknytning var John Bowlby. Hans teorier har vært sterkt bidragende for hvordan man i dag forstår barns utvikling. Denne oppgaven vil beskrive Bowlbys tilknytningsteori, hvordan denne har blitt videreført, og hvordan man benytter denne kunnskapen i dag.

1.2 Oppgavens problemstilling

Problemstilling for denne oppgaven er:

Hva er reaktiv tilknytningsforstyrrelse, hvordan kommer diagnosen til uttrykk, og kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre?

For å kunne presentere oppgaven så oversiktlig som mulig har jeg valgt å besvare problemstillingen todelt. Oppgavens første del vil redegjøre for Bowlbys tilknytningsteori, hvordan denne har blitt videreført, samt se nærmere på forskjellen mellom trygg og utrygg tilknytning. Jeg vil redegjøre for reaktiv tilknytningsforstyrrelse, hvordan barn påvirkes av diagnosen, og hva funnene mine tilsier om hvilke hjelpetiltak som kan avhjelpe på diagnosen.

Del to av oppgaven omhandler hjelpetiltakene som benyttes i fagfeltet pr. i dag for å hjelpe barn med tilknytningsforstyrrelse. Her har jeg valgt å presentere tiltakene Circle of Security (COS), Marte Meo og Traumebevisst omsorg (TBO), ved avslutningen av hver presentasjon vektlegges effektene hjelpetiltakene vurderes å ha til å styrke barns tilknytning.

1.3 Kapittelinnndeling og oppgavens oppbygning

Kapittel 1: Første kapittel gir en introduksjon til tema for masteroppgaven. Bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling, avgrensning og en gjennomgang av oppgavens oppbygning. Jeg vil også redegjøre for begrep som er sentral for å belyse problemstillingen og litteratur i oppgaven; herunder tilknytning, omsorgssvikt, mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament. Oppgaven redegjør videre for metodiske valg, litteratur og kildesøk.

Kapittel 2: Andre kapittel tar for seg tilknytning. Kapittelet begynner med tilknytningshistorien og Bowlbys perspektiv. Kapittelet redegjør for hans forståelse av tilknytningsatferd og faseinndelingen i tilknytning. Videre redegjøres det for de sentrale begrepene trygg base, adskillelse og indre arbeidsmodeller. Kapittelet fortsetter videre med Ainsworth og hennes videreføring av tilknytningsteorien, og hvordan hun har preget tilknytningsteorien slik vi kjenner den i dag. Her beskrives Fremmedsituasjonen som Ainsworth har utviklet, samt hennes klassifisering av tilknytning. Main og Solomons bidrag til klassifiseringen presenteres også. Det redegjøres videre for klassifisering av tilknytning, slik det brukes i dag. Avslutningsvis skilles det på forskjellen mellom trygg og utrykk tilknytning.

Kapittel 3: Tredje kapittel tar for seg første del av oppgavens problemstilling; Hva er RAD og hvordan kommer diagnosen til uttrykk. I dette kapittelet gir oppgaven en kort beskrivelse av de to diagnostiseringsmanualene ICD og DSM, og hvordan de skiller seg fra hverandre i beskrivelsen av diagnosen. Det redegjøres også kort for diagnosemanualen Zero to Three. Oppgaven beskriver hva RAD er og hvordan diagnosen kommer til uttrykk. Kapittelet fortsetter med en redegjørelse for hvordan en utredningsprosess foregår, samt drøfting av kritikk mot manualene og mulige diagnostiske feilkilder. Kapittelet redegjør videre for hvilken betydning mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament har i omsorgsutøvelsen for barn med RAD, så avsluttes kapittelet med en forståelse av hvilke omsorgsbehov barn med RAD vil profitere på.

Kapittel 4: I fjerde kapittel presenteres analysen av funn innhentet for å belyse problemstillingens andre del «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre». Funnene presenteres og drøftes i fire delkapitler.

Kapittel 5: I femte kapittel besvares problemstillingens andre del; «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre». Transaksjonsmodellen beskrives for å forklare hvordan person og miljø påvirker hverandre, samt for å forklare hvordan intervensjoner kan ha effekt. Kapittelet redegjør for intervensjonene som benyttes av barnevernet i dag; Circle of Security, Marte Meo og forståelsesrammen Traumebevisst omsorg. Videre vurderes intervensjonens betydning for å fremme tilknytning, og intervensjonenes effekt opp mot problemstillingen.

Kapittel 5: Femte kapittel tar for seg oppsummering og avslutning, hvor de mest sentrale funnene i oppgaven oppsummeres og konkluderes.

1.4 Avgrensning

For å begrense oppgaven har jeg valgt å fokusere på barn som bor i fosterhjem. I følge Bowlby legges grunnlaget tilknytning hos barn fra 0-3 år. Diagnosen RAD skal også komme til uttrykk før barnet fyller fem år. Jeg har erfart at barn som diagnostiseres med RAD ofte er eldre enn fem år når de får diagnosen. Det kan være slik at de først har fått diagnosen etter de har kommet i fosterhjem, kanskje var dette første gangen de fikk en ordentlig nevropsykologisk utredning. Utenlandsk forskning på diagnosen viser ofte til yngre barn som har vokst opp på institusjoner, slik er det ikke i Norge. Barn vokser opp hos sine biologiske foreldre, inntil de plasseres i beredskapshjem eller fosterhjem av barneverntjenesten og fylkesnemnda. Jeg har valgt å avgrense min oppgave til å omhandle barn med diagnosen RAD. Med barn menes det barn i fra fødsel til de har fullført barneskolen. I oppgaven brukes begrepene omsorgsgiver, foreldre og fosterforeldre om hverandre. Det er fordi kildene jeg har benyttet bruker ordene om hverandre. Når de begrepene benyttes, omtales fosterforeldre eller andre med daglig omsorg som ikke er biologiske foreldre. Der biologiske foreldre omtales, brukes det begrepet.

1.5 Begrepet tilknytning

Tilknytning defineres av Bowlby som båndet som dannes mellom barn og omsorgsgiver. Tilknytningen dannes i løpet av barnets tre første leveår, og varer hele livet (Bowlby, 1994).

Bowlbys definisjon av tilknytning;

To say of a child that he is attached to, or has an attachment to, someone means that he is strongly disposed to seek proximity to and contact with a specific figure and to do so in certain situations, notably when he is frightened, tired or ill. The disposition to behave in this way is an attribute of the child, an attribute which changes only slowly over time and which is unaffected by the situation of the moment (Bowlby, 1997, p. 371).

Tilknytning har i følge Bowlby hensikten å beskytte barnet mot farer, og bruker barnets tilknytningsatferd for å forklare tilknytning. Med overnevnte uttalelse viser han hvordan tilknytningsatferden beskytter barnet mot farer.

Ainsworth definerte tilknytning som «...an affectional tie that one person or animal forms between himself and another specific one - a tie that binds them together in space and endures over time» (Ainsworth & Bell, 1970, p. 50). Med dette viser hun til det emosjonelle båndet som oppstår i relasjon mellom foreldre og barn, og som knytter de sammen. Senere forskning har samlet begrepet mer. Seifer and Schillers (1995) viser til fem hovedkomponenter i tilknytning; 1. *Tilknytningsatferd*; atferd barnet viser for å øke nærhet og kontakt med omsorgsgiver, 2. *Utforskning*; atferd barnet viser når det øker avstanden til foreldrene under utforskning av omgivelsene, 3. *Tilknytningssystem*; barnets indre arbeidsmodeller som balanserer nærhet og utforskning for barnet. 4. *Tilknytningsstrategi*; helhetlig organisering over alle former for relasjon til foreldrene som opprettholder tilknytning, 5. *Tilknytning*; det emosjonelle båndet som oppstår mellom barnet og deres foreldre. Det er forståelsen av tilknytning som et emosjonelt bånd, denne oppgaven vil bygge på.

1.6 Begrepet omsorgssvikt

Barneloven § 30 gir barnet rett til omsorg og omtanke fra den som har foreldreansvar (Barnelova, 1981). Kirsten Sandberg har skrevet at omsorg og omtanke ut fra barnelova § 30, gir barnet rett til kjærlighet, trygghet, oppmerksomhet, stell, tilsyn, lek m.m. (Sandberg, 2010). Når barns omsorg vurderes som for dårlig benyttes begrepet omsorgssvikt. Begrepet benyttes både i teoribøker og av departementet (NOU 1985:18, 1985; Ofstad & Skar, 1999). Ot.prp.nr 44 (1991-1992) beskriver at alvorlig mangel ved en omsorgssituasjon må være klart uholdbar, sammenlignet med vanlige normer og situasjoner. Omsorgssvikt defineres av Kvello (2015) som betydelig sviktende ivaretagelse av barns grunnleggende behov.

1.7 Begrepet mentalisering

Mentalisering defineres av Brandtzæg, Smith, og Torsteinson (2011, p. 103) som å «tilføre mening til barnets behov og tilstander». Dersom foreldre klarer å være mentaliserende i samspill med sine barn, vil det øke tilknytningstryggheten. Mentaliseringsbegrepet kan i den forstand ses på som en utvidelse av tilknytningsbegrepet. Peter Fonagy et al. definerte

mentaliserings evnen til å oppfatte andres behov, følelser, ønsker og kommunikasjon (Fonagy, Gergely, & Target, 2016).

Brandtzæg et al. (2011) skriver at trygge relasjoner i følge tilknytningslitteraturen er relasjoner der barnet kan søke trøst og støtte hos foreldrene sine ved behov, samt benytte de som base for utforskning (trygg base beskrives i kapittel 3.7). Det betyr at foreldrene må inneha evnen til å balansere rollen som ledende forelder og samtidig støtte barnets behov for utvikling. Dersom foreldrene preges for mye av egne følelser og behov, påvirkes synet på barnets behov av foreldrenes. Begrepet defineres av Fonagy et al. som «evnen til å være oppmerksom og regulerende i forhold til egne og andres mentale og affektive tilstander» (Fonagy et al., (2002) referert i Brandtzæg et al., 2011, p. 103). Evnen er spontan og implisitt, og de mente at foreldre som har denne evnen har større sjanse for å få barn som utvikler trygg tilknytning. Brandtzæg et al. (2011) skriver at mentaliseringsevnen kommer av intuitive ferdigheter. Ved bevissthet omkring manglende ferdigheter kan man utvikle mentalisering ved å hjelpe foreldrene å forstå barnets behov, slik at tilknytningstryggheten økes. Det er i hovedsak denne siste definisjonen av mentalisering jeg vil referere til i oppgaven.

1.8 Begrepet sensitivitet

Ainsworth, Blehar, Waters, og Wall (1978) benytter i boka «Patterns of attachment» begrepene «sensitivity» og «insensitivity» for å beskrive og skalere foreldrenes omsorgsutøvelse. Med sensitivitet refererte hun til foreldrenes evne til å respondere på signaler fra barnet sitt. Hun beskriver at en mor som utviser sensitiv omsorg er i stand til å se ting fra babyens synspunkt, oppfatter babyens signaler og responderer adekvat på disse. Insensitivitet beskrives som det motsatte; når mors omsorg for babyen er et resultat av egne ønsker og behov, eller at hun ikke besvarer barnets signaler i det hele tatt. I denne oppgaven refererer også jeg til samme forståelse når jeg benytter begrepet sensitivitet.

1.9 Begrepet regulering

Tilknytningssystemet aktiviseres i situasjoner som oppleves som skumle eller farlige eller av andre årsaker føles som voldsomme, eksempelvis sterke følelser som sorg eller sinne. Barn med trygg tilknytning til sine foreldre kan avvise foreldrene sine i perioder der ønsker om frigjøring fra foreldrene er sterkere enn tilknytningssystemet. Foreldre til barn med trygg

tilknytning klarer likevel tydelig å vise barnet sitt at de er der som en trygg havn når barnet har behov for det, samtidig som de er en trygg base å forlate når barnet er klar for det. Barn med utrygg tilknytning bærer ofte på negative følelser samtidig som de ikke har tillit til at deres foreldre kan hjelpe de med å regulere deres følelser (Broberg, Granqvist, Ivarsson, & Mothander, 2006). *Sosial referering* defineres som måten barn i situasjoner der de er usikre eller utrygge henter emosjonell regulering fra sine foreldre. Barnet trenger hjelp fra den voksne for å selv forstå hvilke emosjoner barnet skal ha i en gitt situasjon (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2019). Etter min vurdering regulerer man barnet sitt når man hjelper barnet med å forstå og håndtere barnets egne følelser.

Selvregulering er evnen å utøve kontroll over egne handlinger, egen tankegang og egne emosjoner for å oppnå målene en har satt for seg selv. Reguleringsstøtte defineres av Urnes (2018) som hjelp barnet får til å regulere følelser, stress og oppmerksomhet. Hun skriver videre at reguleringsstøtte hos barn utsatt for utviklingstraumer er ekstra viktig. Mange av hjelpetiltakene barneverntjenesten tilbyr, har fokus på å lære voksne og barn å bedre regulere seg, i spill med hverandre. Omsorgsgiver veiledes til å regulere barnet, samt hjelpe barnet med å regulere seg selv. Masteroppgaven tar for seg intervensjoner i kapittel 4.

1.10 Begrepet temperament

På 1970-tallet utviklet det seg en ny tradisjon, nemlig forskningen på temperament. Forskere hevdet at også temperament hadde betydning for utvikling av barnets personlighet. Thomas og Chess (1977) var opptatt av de medfødte egenskapene barnet hadde. De hevdet at temperament kan ses på som barnets tidlige personlighet, og at temperament utgjør store individuelle forskjeller hos barnet på områdene aktivering, oppmerksomhet og regulering. Smith og Ulvund (1999) foreslo at temperament kunne ses i sammenheng med emosjoner, og at barnets følelser kommer til uttrykk via temperamentet. Emosjoner beskriver de som barnets repertoar av følelser. Hos noen kommer temperament kraftigere til uttrykk enn hos andre, der et barn uttrykker sitt sinne eksternaliserende, vil kanskje et annet barn vende sinnet sitt innover. De to barna vil dermed oppfattes forskjellig. Denne masteren vil ikke fokusere på temperament, men det vurderes likevel som viktig å ha det med som et teoretisk bakteppe.

1.11 Metodisk tilnærming

Denne oppgaven er en litteraturstudium. For å besvare min problemstilling vil jeg foreta en gjennomgang av litteratur og relevant forskning om diagnosen RAD. For å belyse tilknytningsteorien har jeg valgt å bruke Bowlbys tilknytningsteori, som også regnes som primærlitteratur om tilknytning. Nyere forskning har videreført Bowlbys teori, og har sammen skapt tilknytningsteorien slik vi kjenner den i dag. Jeg ønsker å benytte dette faglige bakteppet for å beskrive forskjellen på trygg tilknytning, utrygg tilknytning og RAD. Videre beskrives diagnosen RAD, og det drøftes hvorvidt barnevernfaglige hjelpetiltak utviklet for å fremme tilknytning, har den effekten for barn med RAD og deres fosterforeldre.

1.12 Litteratur og kildesøk

Min masteroppgave baserer seg på søkt utført på databasene Psyc Info og SCOPUS. Målet for søket var å finne litteratur som omhandlet reaktiv tilknytningsforstyrrelse og hjelpetiltak for barn i fosterhjem. Dette utløste følgende søk;

Før jeg begynte å kombinere treffene mine brukte jeg tid på å finne det rette begrepet for intervention. Jeg endte opp med å bruke alle begrepene for å dekke over størst mulig område. Søkene ble utført slik: ved søk på «reactive attachment disorder AND treatment OR intervention OR therapy», fikk jeg 313 treff. For å snevre søket inn til barn som bor i fosterhjem, la jeg til «fostercare»; «reactive attachment disorder AND treatment OR intervention OR therapy AND foster care» utgjorde det 30 treff. Søkene på Psyc Info ble foretatt 11.01.20.

I søkemotoren SCOPUS gav samme kombinasjon «reactive attachment disorder AND treatment/intervention/therapy», fikk jeg 309 treff. Når jeg la til «fostercare» i søket ble søket slik; «reactive attachment disorder AND treatment OR intervention OR therapy AND foster care» utgjorde det 29 treff. Søkene på SCOPUS ble søkene foretatt 28.01.20.

Når jeg har søkt har jeg forsøkt å velge de mest aktuelle artiklene i hvert søk. Jeg har skilt mellom RAD inhibited og RAD disinhibitet i utenlandske artikler. Dette er ytterligere beskrevet i kapittel 4. Resultatene av søkene har vært systematisert og valgt ut fra relevans opp mot oppgavens problemstilling. Av studier har jeg søkt til internasjonal forskning på området. Litteratur skrevet på andre språk enn engelsk ble selektert bort. Systematisering og

utvelgelse utover dette vil alltid være subjektivt. Samtidig er hensikten med å redegjøre for litteratursøk, at leseren skal ha oversikt over hvordan informasjonen er innhentet og kunne gjenta mine søk og gjennomgå samme litteratur som jeg har gjort. Jeg har i tillegg til litteratur framkommet i søk, gjennomgått referanser i de kildene som jeg fikk treff på etter søkene i databasene. Også disse ble vurdert i forhold til relevans (snøballmetoden). Den litteraturen jeg har funnet i søkene har utelukkende vært på engelsk, jeg har derfor valgt å supplere med norsk litteratur jeg kjenner til gjennom egen erfaring med barn med diagnosen. Jeg har benyttet meg av litteratur fra primære kilder som John Bowlby, Mary Ainsworth og Peter Fonagy, men også noe sekundærlitteratur der det har vært nødvendig. I løpet av prosessen vurderte jeg fort informasjonen som fremkom, som gjentakende.

«Vi er alle, fra vuggen til graven, mest lykkelige,
når livet er organisert som en række korte eller lange
udflukter fra den sikre base,
som vores tilknytningsfigur (er) giver».
(Bowlby, 1994, s. 73)

Kapittel 2

2.1 Historisk tilbakeblikk på tilknytningsbegrepet

John Bowlby fattet interesse for barns utvikling i 1929, da han jobbet ved Priory Gate School – en spesialscole for barn. Her fikk han oppleve barns reaksjon på separasjoner. Under oppholdet lærte han om psykoanalyse og begynte å forske videre på barns reaksjoner ved separasjon fra foreldrene. Arbeidet inspirerte han til å bli barnepsykiater (Bowlby, 1996; Broberg et al., 2006).

Bowlby fikk i 1950 et oppdrag fra World Health Organization (WHO) om å uttale seg om mental helse hos hjemløse barn. Her begynte han å utvikle teorier om barn som hadde mistet sine foreldre, og hva tapet av deres omsorgspersoner hadde å si for deres utvikling, både sosialt, kognitivt og emosjonelt. I hans rapport til WHO påpekte han at et barn bør oppleve et varmt, intimt og kontinuerlig forhold til sin mor (morsfigur), der både mor og barn føler glede. Ved separasjon fra sine foreldre skal barns psykiske helse ivaretas. I artikkelen «*Maternal care and mental health*», som han skrev for samme organisasjon (Bowlby, 1952), pekte han på sammenhengen mellom små barns separasjon fra sine omsorgspersoner og mangelfull tilpasning senere i livet.

I arbeidet for WHO fødtes Bowlbys interesse for å forske på barns følelsesmessige utvikling. Hans interesse resulterte i tre bind med tittelen «*Attachment and loss*». I første utgitte bind, «*Attachment*» utgitt i 1969, omtalte Bowlby barnets bånd til mor og dets betydning for barnets utvikling de første 12 levemåneder. Her gir han en oppsummering av forskningsobservasjoner som Anna Freud og Dorothy Burlingham utførte, av små barns tilknytning til mor. Studien konkluderte med at barn som ble plassert hadde langt større reaksjoner enn barn som ble igjen hos sine omsorgsgivere. Denne forskningen brukte Bowlby som utgangspunkt for hans tilknytningsteori. I andre bind, «*Seperation*» som ble utgitt i 1973 beskrev han prosessen i tilknytning og separasjon og viste hvordan eksperimentelle studier av barn gir oss gjenkjennbare mønster. Han beskrev videre menneskelig tilknytning som en instinktiv respons på behovet for trygghet og beskyttelse like viktig for menneskelig overlevelse som mat og reproduksjon. Han beskrev indre arbeidsmodeller og betydningen av

utrygg tilknytning for utvikling av angst hos eldre barn. I siste bindet, «Loss», utgitt i 1980, skrev (Bowlby, 1998 b) om sorgreaksjoner og psykiske problemer hos barn i forbindelse med tap av tilknytningspersoner. Bowlbys forskning har siden inspirert mange til ytterligere forskning om tilknytning.

2.2 Bowlbys teoretiske forståelse av begrepet tilknytning

Bowlby var opptatt av barns adskillelse fra sine omsorgspersoner, og mente at barnets tilknytning til mor omhandlet behovet for beskyttelse. Han så på beskyttelse som en nødvendighet for artens overlevelse. Bowlby (1994, 1997) beskrev at hensikten med tilknytningsatferd var å oppnå eller vedlikeholde fysisk nærhet til et annet menneske, som opplevdes å være i bedre stand til å beskytte seg selv. En som er sterkere og klokere. Bowlby sammenlignet tilknytningsatferd med overlevelsesinstinkt, der barnet utviser en tilknytningsatferd som skal påvirke omsorgsgiver. Barnets behov for oversikt og kontroll over den voksne, klokere, omhandlet behovet for beskyttelse for nød eller fare. Ved potensiell fare eller når omsorgsgiver er fraværende, vil barnet være i alarmberedskap.

Bowlby og Ainsworth beskrev begge at det atferdsmessige kjennetegnet ved tilknytning er at en søker å oppnå og opprettholde en viss grad av nærhet til personen en opplever tilknytning til. Definisjonen av nærhet spenner fra nær fysisk kontakt under noen omstendigheter til samhandling eller kommunikasjon over en viss avstand under andre omstendigheter (Ainsworth (1964, 1967, 1969) referert i Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 1958, 1997)).

2.3 Dannelse og faseinndeling av tilknytning

Bowlby (1997) så tilknytning som en fire stegs evolusjonær prosess for at mennesket som rase skal overleve. Første fase begynner ved fødselen og fortsetter inntil ukene 8-12. Bowlby kalte dette fasen for «orientering og signaler uten diskriminering av figur». Babyen diskriminerer i denne fasen ikke en person fra en annen, og reagerer på morsfiguren på omtrent samme måte som han responderer på andre mennesker. Spedbarnet kan orientere seg mot alle i umiddelbar nærhet, rette blikket mot nære personer og søke lys og bevegelse med øynene. Babyen er født med et repertoar av signaloppførsel, som gråt og smil. Disse signalene hjelper barnet til å fremme nærhet og kontakt; derfor klassifiserte han signalene som tilknytningsatferd. I tillegg kan spedbarnet aktivt søke eller opprettholde nærmere kontakt,

ved å for eksempel suge, gripe og snu hodet når det holdes. Fase 1 beskrives å avsluttes når babyen er i stand til å diskriminere blant mennesker, og særlig å diskriminere sin mor fra andre.

Andre fase strekker seg fra 3-6 måneder. Bowlby (1997) kalte denne fasen for «orientering og signaler rettet mot en (eller flere) diskriminerte figurer». I løpet av denne fasen kan babyen ikke bare tydelig diskriminere ukjente fra kjente mennesker, men kan også skille mellom kjente mennesker. Babyen viser diskriminering ved å rette ulik tilknytningsatferd mot ulike mennesker. I denne fasen utvides babyens repertoar med aktiv tilknytningsatferd, for eksempel med fremveksten av koordinert rekkevidde.

Tredje fase mente Bowlby (1997) strakk seg fra 6 måneder – 2,5 år. Bowlby identifiserte dette som fasen av «oppretholdelse av nærhet til en diskriminert figur ved hjelp av bevegelse så vel som signaler». I denne fasen er babyen mye mer aktiv enn før, for å søke og oppnå nærhet og kontakt med hans diskriminerte og foretrukne figurer for egen regning, der det tidligere kun har gitt signaler. Smith og Ulvund (1999) skriver at man nå tydelig kan se tilknytningsatferd. Babyen kan betjene tilknytningssystemet ved å bevege seg, som å klatre opp, omfavne, begrave ansiktet i tilknytningspersonen og så videre. Faktisk språk begynner å utvikle seg i løpet av fasen. Selv om fase-3-barnet er mer aktivt i å søke nærhet / kontakt, gjør han det klart bare av og til. Han er også aktivt utforskende i omgivelsene sine. Fase-3-barnet er på ingen måte konstant fokusert på tilknytningsfigurene sine, selv om de kan gi den sikre bakgrunnen han flytter ut for å gjøre seg kjent med sin verden. Bowlby mente også at dersom barnet i denne fasen ikke hadde utviklet trygg tilknytning til sine foreldre, ville det være vanskelig å etablere dette på et senere tidspunkt (Bowlby, 1997).

Fjerde og siste fase startet i løpet av 3 års alderen (Bowlby, 1997). Det grunnleggende trekk ved den siste fasen av utviklingen av tilknytning mellom barn og mor, er redusering av egosentrisitet til det punktet at barnet er i stand til å se ting fra morens synspunkt. Dermed kan barnet her forstå mors følelser og motiver, samt påvirke hennes atferd, eller forsøke å oppnå et slags gjensidig akseptabelt kompromiss, en gjensidig tilknytning. Bowlby antydte at når dette utviklingspunktet er nådd, utvikler mor og barn et mye mer sammensatt forhold, som han betegner som et partnerskap.

2.4 Adskillelse

Babyer fra og med fylte ni måneder vil i følge Bowlby (1994) reagere med protest og gråt på å bli etterlatt hos en fremmed. Innen denne alderen har ikke barnet utviklet evnen til å huske mor, når mor ikke er tilstede. Etter denne alder vil barnets representasjoner, eller indre arbeidsmodell av mor (omtales ytterligere i kapittel 2.5) gjøre barnet i stand til å innse at mor ikke er tilstede. Barnet vil også utvikle en indre arbeidsmodell av seg selv i samspill med henne. Smith og Ulvund (1999) skriver at barns tilknytningsatferd vises i dagligdagse situasjoner der barnet opplever adskillelse og gjenforening med sine foreldre. Barnet vil fra 6 måneders alderen reagere med gråt og emosjonell uro på adskillelsen. Når de gjenforenes med sine foreldre vil det trenge trøst og nærhet, før de igjen kan utforske verden. Denne fasen vil vare til barnet er rundt to år. Ved en omsorgsovertakelse vil adskillelsen være langt mer dramatisk for de barna som har utviklet tilknytning. Bowlby kalte denne reaksjonen for adskillelsessyndrom.

Bowlby (1994) skriver at barn på lik linje med dyr reagerer på adskillelse med frykt. Ikke frykt for å oppleve smerte, men at adskillelsen kan føre til større risiko for å oppleve smerte. Han skriver videre at trusler fra en omsorgsgiver om å forlate barnet sitt, som en kontrollfunksjon, forsterket et barns angst for adskillelse. Bowlby så på sammenhengen mellom barn og ungdommers ulike utfordringer, som angst, uro, depresjon eller avvikende atferd, og separasjon fra omsorgsgiver (mor). Han fant at det var større grad av separasjon blant barna/ungdommer med nevnte utfordringer, enn andre barn/ungdommer. Han ble styrket i sin tanke om at langvarig adskillelse mellom mor og barn, på et tidlig stadium, påvirket barna negativt både på kort og på lang sikt. Broberg et al. (2006) skriver at ikke finnes noen vitenskapelige bevis for at barn påvirkes av kortere separasjoner, eksempelvis barnehage, dersom den trygge basen først er etablert. Barn som har en trygg base vet at foreldrene kommer tilbake etter en stund for å hente de, og bruddet kan dermed repareres. Det er vanskeligere for de barna som ikke har en trygg base som utgangspunkt og bearbeide disse separasjonene (trygg base omtales i kapittel 2.7).

2.5 Indre arbeidsmodeller

Bowlby skilte mellom tilknytningsatferd som endrer seg gjennom utvikling, og tilknytning som en intrapsykisk tilstand. De indre arbeidsmodellene utvikles i løpet av de første leveårene, fra 0-3 år, og har betydning for hvordan mennesket senere oppfører seg i nære

relasjoner. Modellen inneholder individets bevisste og ubevisste representasjoner av selvet og andre nære omsorgspersoner, som hjelper barnet med å forutse hendelser og planer.

Modellene vil også gi barnet en følelse av i hvilken grad de kan stole på sin omsorgsgiver, og bruke omsorgsgiver som sikker base (se kapittel 2.7) for læring og utforskning. Modellen ble kalt for arbeidende, da den inneholdt dynamiske gjenspeilinger av generaliserende erfaringer, som fleksibelt ble omformet etter nye erfaringer (Bowlby, 1997).

Bowlby mente at modellene som var utviklet under barnets fem første leveår, var vanskeligere å endre, nettopp fordi de var ubevisste. Arbeidsmodellene begynte sin utvikling ved seksmåneders alderen, og sentrale deler av tilknytningssystemets funksjon ville være etablert ved ettårsalderen. Modellene ble dannet på bakgrunn av barnets interaksjon med dets omsorgspersoner, dets emosjonelle kontakt med disse og kvaliteten i kontakten.

Informasjonen som ble lagret i modellene, var bygget på gjensidig bekreftelse. Modellene ville lagres i barnets personlighet som generaliserende modeller. Dersom barnet oppfatter mor som omsorgsfull, pålitelig og emosjonelt tilgjengelig, vil det utvikle en trygg tilknytning til henne, og videre overføre denne modellen til andre nære og viktige personer i barnets liv. I det motsatte tilfellet opplever barnet mor som ambivalent, uforutsigbar og lite sensitiv. Barnet vil sannsynligvis konstruere en modell med utrygg eller usikker tilknytning til mor, og dermed også andre nære og viktige personer i barnets liv. Barnet kan også utvikle et selvbilde der barnet vurderer seg selv om inkompetent og uelsket. Hos barn med utrygg tilknytning, mente Bowlby det kunne utvikles forsvarsmekanismer som avvísning av tilknytningsbehov, som ville hemme barnets tilknytningsevne (Bowlby, 1997).

I tilknytningsteorien skilles det mellom sensitiv fase og kritisk periode for utvikling av visse ferdigheter. Kritiske perioder i utvikling vil kort beskrevet si at atferd ikke utvikles dersom det innenfor en gitt periode ikke stimuleres. Slike kritiske perioder er heller sjeldne, og finnes kun i spesielle tilfeller. Det er mer vanlig at man snakker om forekomsten av sensitive faser i utviklingen. Sensitive faser betyr at dersom en stimulering for å oppnå en viss atferd ikke skjer innenfor en litt mer flytende tidsperiode, minsker sjansen for at ønsket atferd oppnås (Broberg et al., 2006).

Bowlby (1973) mente, at to motstridende arbeidsmodeller kunne utvikles hos barn med utrygg/usikker tilknytning. Det ene «laget» beskrives som bevisst og diskuterende. Basert på semantisk hukommelse vil barnet huske mor som god og skylde hennes uhensiktsmessige behandling av barnet på seg selv, som straff for egen atferd. Det andre «laget» beskrives som

ubevist og basert på episodisk hukommelse. Den subjektive opplevelsen av mors lite sensitive oppdragelse kommer til uttrykk her. Sistnevnte «lag» kunne stamme fra barnets levealder før de ble verbalt. Slike indre motstridende modeller kan danne grunnlag for interpersonlige konflikter. Bowlby oppdaget tidlig at foreldres omsorgsevne hadde betydning for barns følelsesmessige utvikling. Utfordringen var at dette området ikke kunne studeres vitenskapelig, da det ikke fantes noen metodikk for et slikt studie. Bowlby bestemte seg derfor for å utvikle en metodikk for å studere fenomenet.

2.6 Kritikk av Bowlbys tilknytningsteori

Broberg et al. (2006) beskriver tilknytning som vårt behov for - og måten vi fungerer på, i nære relasjoner. Eksempelvis relasjonen man har til sitt barn, eller til sin kjæreste. Bowlby levde på en tid der kvinnen hadde ansvar for barneoppdragelse og mannen hadde ansvar for å forsørge familien. Mor hadde naturlig nok bedre forutsetninger for skape tilknytningsbånd med barnet. Far jobbet og hadde ansvaret for gjennomføring av konsekvenser for barna som ikke respekterte mors grensesetting.

På 1960 -1970 tallet skapte Bowlbys noe kontroversielle personlige oppfatninger reaksjoner hos kvinnebevegelsen. De reagerte på at Bowlby forsøkte å vitenskapelig forankre/forklare at kvinnens plass var på kjøkkenet, der de hadde ansvar for barneoppdragelse og matlagningen til familien. Bowlby refererer i sin teori i stor grad til mor, eller til omsorgsgiver. Han beskriver fars rolle i liten grad. Han mente at barnet i løpet av sitt første leveår knytter seg til en person, for siden å utvides til flere personer i andre leveår. Han beskriver at denne første personen er mor, og benytter begrepet barnets primære omsorgsgiver. Broberg et al. (2006) skriver at senere forskning viser at barn utvikler tilknytningsrelasjoner parallelt under de første leveårene (beskrives ytterligere blant annet i kapittel 2.11). Dette på bakgrunn av enhver relasjons spesifikke forutsetning. Videre er det av biologiske årsaker slik at barn ofte har mor som sin primære omsorgsgiver, men man kan ikke på bakgrunn av dette konkludere med at mor er viktigere for barnet enn far (ibid.). I 2019 har regjeringen endret fødselspermisjonen fra å i stor grad være mammapermisjon, til å i større grad være foreldrepermisjon. Fedre gis rett til å tilbringe god tid sammen med sitt nyfødte barn. Kanskje kan man se kampen om likestilling for kvinner i sammenheng med Bowlbys beskrivelse av tilknytningsatferd.

Bowlby mente videre at tilknytningsatferd i hovedsak knyttes til behovet for beskyttelse mot rovdyr. Han benektet ikke at tilknytningsatferden kunne beskytte mot andre farer, men fastholdt at hensikten var beskyttelse mot rovdyr. Andre tilknytningsforskere har vurdert Bowlby som for restriktiv i dette tilfellet, og mener sykdom, smerte og ubehag også aktiverer et barns tilknytningsatferd, og har dermed tillagt tilknytningssystemet enda mer vekt enn Bowlby gjorde (Broberg et al., 2006).

I utviklingen av tilknytningsteorien viet Bowlby (1997) mye oppmerksomhet til tilknytningsatferd som et atferdssystem, og at atferd hadde sammenheng med faseinndelingen (som beskrevet i kapittel 2.3). Bowlby skiller derimot ikke mellom tilknytningsatferd og tilknytning. Det kan hende Bowlby selv så forskjellen, men Ainsworth et al. (1978) skriver at enkelte av hans lesere forstod tilknytningsatferd og tilknytning som det samme. En slik konklusjon førte til en rekke teoretiske feiloppfatninger. Et eksempel er at tilknytningen ble vurdert som fraværende dersom tilknytningsatferd, inkludert separasjonsangst, ikke var åpenbar. Et annet eksempel på feiloppfatninger er at intensiteten i tilknytningsatferd er målestokk for graden av tilknytning, eller at tilknytningen utelukkende består av tilfeldighetene i samspillet mellom mor og barn (ibid.).

I forhold til adskillelse så Ainsworth det nødvendig å skille mellom korte separasjoner (timer og minutter) der barnet er hjemme i trygge omgivelser, og ufrivillige separasjoner som varer over dager, uker og måneder, der barnet i tillegg ivaretas av ukjente personer i et ukjent miljø. Ainsworth definerer sistnevnte som store eller definitive separasjoner. Et barns første reaksjon på en større separasjon, er å intensivere tilknytningsatferd, protestere mot separasjonen og forsøke med alle midler til disposisjon å gjenvinne nærhet/kontakt med dets tilknytningsperson. Protestens varighet og intensitet avhenger av flere ting. Når separasjonen fortsetter, blir imidlertid barnets tilknytningsatferd enten dempet eller mer uregelmessig tilstede, og til slutt kan det falle helt ut. Skulle man vurdere utelukkende ut fra barnets tilknytningsatferd, hadde man vurdert barnet som ikke lengre knyttet. Ifølge Ainsworth vil barnets tilknytningsatferd aktiveres på et høyere intensitetsnivå enn det som kjennetegnet barnet før separasjon. Hvis tilknytning skulle være definert identisk med tilknytningsatferd, ville man bli tvunget til å konkludere med at separasjon først styrker tilknytning, deretter svekker den og til slutt ødelegger den. Hun konkluderer med at dersom man fastholder at tilknytning har opphørt, blir det umulig å redegjøre for at den rekonstituerer seg så raskt etter gjenforening, og at det derfor framstår som mer rimelig å se på båndet som varig til tross for ambivalent tilknytningsatferd (Ainsworth et al., 1978).

2.7 Trygg base

Mary D. Salter Ainsworth var den første til å bruke begrepet trygg base, hun omtalte den første gang i sin doktoravhandling (1967). Begrepet fikk senere en sentral plass i tilknytningsteorien, som i dag hjelper oss med å forstå tilknytning mellom barn og omsorgsgiver bedre. Når Ainsworth praktiserte sin laboratorieforskning på mødre og barn fra Baltimore, kunne hun i praksis se om barna benyttet sin mor som trygg base for utforskning (Broberg et al., 2006).

Bowlby (1994) beskrev trygg base som en base der barnet kan utforske verden fra, og som ved retur vil oppleve fysisk og emosjonell støtte, trøst og trygghet. Foreldrene står til rådighet ovenfor barnet når det trenger oppmuntring og hjelp, men skal kun aktivt gripe inn når det er behov. Basens rolle beskrives som avventende, men samtidig vital. I takt med barnets alder og modning vil barnet bevege seg lengre og lengre unna basen, både i tid og i avstand. Jo større tillit barnet har til basen, jo mer tas basen for gitt. Utøvelse av en trygg base fordrer at foreldrene har intuitiv respekt og forståelse for barnets tilknytningsatferd. Bowlby (1994) beskriver videre at han betrakter trygg base som essensiell for utviklingen av en emosjonell stabil person, som skal fungere gjennom hele sitt liv. Fra barnet er rundt 2,5 år begynner barnet å bli trygt nok til å øke tid og avstand til en halv dag, og senere en hel dag. Utover i puberteten utvikler dette seg til uker og måneder, samtidig som en sikker base fortsatt er nødvendig for en optimal fungering og velfungerende psykisk helse.

Smith og Ulvund (1999) forstod trygg base som balanse av den indre konflikten mellom å søke nærhet og å utforske. Brandtzæg et al. (2011) deler opp begrepet til trygg havn for trøst og trygg base for utforskning. Når barnet utforsker har det behov for å bli passet på, hjulpet og støttet i utviklingen. Når barnet søker nærhet, skal den voksne være tilgjengelig, vise godhet og hjelpe barnet med å organisere dets følelser ved behov.

2.8 Ainsworths teoretiske perspektiv på tilknytning

Bowlby og Ainsworth ble kjent gjennom deres felles interesse for barns reaksjon på separasjon, og valget av tema kunne gjerne omhandle deres egne opplevelser i barndommen (Broberg et al., 2006). Bowlby hadde ved hjelp av evolusjonsteorien forklart hvorfor tilknytningssystemet utvikles og hvorfor tilknytning representerer en motiverende kraft. Ainsworth utviklet Bowlbys forskning ved å forklare hvorfor det oppstår individuelle

forskjeller i tilknytning. Ainsworth oppdaget også at det var viktige skiller mellom tilknytningsatferd, tilknytningssystem og tilknytning. For Ainsworth var det kvaliteten i relasjon mellom foreldre og barn, som var viktig og var opptatt av å studere forhold som fører til individuelle forskjeller i tilknytning (Ainsworth et al., 1978). Bowlby la mer vekt på styrken i relasjonen (Smith & Ulvund, 1999).

Tilknytningsatferd beskrives som former for atferd barnet utviser for å søke kontakt med sine viktigste tilknytningspersoner, eksempelvis gråt, smil, ord, eller ved å fysisk kontakte tilknytningspersonen (Broberg et al., 2006). Tilknytningsatferden kan aktiveres og deaktiveres, avhengig av omstendighetene (Brandtzæg et al., 2011). Tilknytningsatferd beskrives som en atferd som fremmer nærhet eller kontakt (Ainsworth & Bell, 1970). Tilknytningssystem er motstykket til tilknytningsatferd, og refererer til hvordan forskjellig individuell atferd koordineres for å oppfylle deres evolusjonsfunksjon. Systemet kommer til uttrykk når man tilrettelegger for at barnet kan etablere og opprettholde fysisk nærhet til foreldrene og samtidig utforske verden under trygge forhold. Barnets tilknytningsatferd og tilknytningssystem svares av foreldrene med deres atferd og omsorgsevne (Broberg et al., 2006). Tilknytning, beskrives å eksistere på tross av tid og avstand. Det er en sterk tilbøyelighet til å søke nærhet til en person på tross av skiftende omstendigheter. Egenskapen antas å ha en form for hjerneorganisk eller strukturelt grunnlag (Brandtzæg et al., 2011). I følge Ainsworth er tilknytning en varig indre representasjon av relasjonen til forelder som gjør at barnet oppsøker nærhet hos forelder ved stress. Samtidig betyr tilknytning mer enn bare å søke nærhet ved potensiell fare, det er en av de sterkeste følelsesmessige relasjoner mennesket har. Vår tilknytning er med tiden med på å skape vår personlighet og hjelper oss å organisere våre liv (Ainsworth (1989) referert i Broberg et al., 2006).

Følelsesmessige bånd har flere likhetstrekk. De har vart over tid, båndet er knyttet til en spesiell person som ikke kan byttes ut, personen har følelsesmessig betydning for individet, mennesker knyttet av dette båndet ønsker hverandres nærhet og ved separasjon fra hverandre vil menneskene føle ubehag. Når man i tillegg til overnevnte legger til at den som er tilknyttet søker trygghet, trøst og beskyttelse hos den andre, har man en tilknytningsrelasjon. Dersom individet som søker trygghet, trøst og beskyttelse oppnår den andres nærhet, kalles tilknytningen for trygg. Dersom søken på nærhet ikke leder til en følelse av trygghet og beskyttelse, defineres det som utrygg tilknytning. Her er det også viktig å se forskjellen mellom tilknytning og bonding. Tilknytning defineres som barnets trygghetsrelasjon til den voksne, og bonding som den voksnes nærhet til barnet (Bowlby og Ainsworth referert i

Broberg et al., 2006). Bondingen kan starte ved svangerskapets start, og være sterk allerede ved fødsel (Brandtzæg et al., 2011).

2.9 Fremmedsituasjonen

Ainsworth flyttet i 1954 til Uganda, og igangsatte et observasjonsprosjekt der hun var interessert i å finne ut av hva i relasjonen mellom mor og barn, som gjør at noen barn, tross gode forutsetninger opplever en indre utrygghet (Ainsworth & Bell, 1970). Underveis i studien endret hun fokus fra relasjon mellom mor og barn, til å forske på tilknytningsatferd (Ainsworth, 1967). Da hun senere flyttet til Baltimore, ønsket hun å fortsette sin studie. Ainsworth opplevde i Baltimorestudien forskjell på innvirkningen hun som observatør hadde på tilknytning mellom barn og mødre, fra Uganda til Baltimore. I Uganda var barnet vant til større grad av nærhet til mor, og deres tilknytningssystem aktivertes lettere, mens i Baltimore ble hun akseptert og barna kunne i større grad nærme seg observatørene uten å bli utrygg. Ainsworth kunne dermed ikke observere barna i Baltimore på samme måte som hun observerte barna i Uganda. Hun utviklet derfor et laboratorieprosjektet, der ønsket var å utligne forskjellene i opplevd stress hos barna fra Uganda sammenlignet med barna fra Baltimore, ved å legge til en ny, stressende faktor for barna fra Baltimore. Prosjektet fikk navnet Fremmedsituasjonen.

Fremmedsituasjonen er en metode for å vurdere tilknytningskvaliteten barn i alderen ett til to år har til dets omsorgsperson. Metoden ble utviklet av Ainsworth og Wittig i 1969 (Brandtzæg et al., 2011), for å observere samspillet mellom tilknytningsatferd, utforskningsatferd, separasjonsangst og frykt for det ukjente, i et kontrollert laboratoriemiljø. Metoden ble utviklet for å utforske de observerte forskjellene i tilknytningsatferd mellom barna i Baltimore og barna i Uganda. Ainsworth og hennes medarbeidere så behovet for en standardisert og universell metode for å vurdere tilknytning (Ainsworth et al., 1978). I Fremmedsituasjonen ble barn med deres mødre observert i et for dem, ukjent miljø. Etter at barnet hadde gjort seg kjent med de nye omgivelsene, kom en fremmed person inn i rommet. I løpet av observasjonen forlot moren ved to anledninger rommet en kort stund, mens den fremmede var tilstede (Broberg et al., 2006). Med metoden var det ønskelig å observere i hvilken grad barnet kunne bruke sin mor som en sikker base for utforskning av det ukjente rommet de ble plassert i, samt hvorvidt mor støttet barnet i sin usikkerhet mot det ukjente. Det var også ønskelig å observere sammenhengen mellom tilknytningsatferden og den

utforskende atferden når en fremmed kom inn i rommet, parallelt med at barnet ble adskilt og så gjenforent med sin mor (Ainsworth & Bell, 1970).

Ainsworth hadde i Ugandastudien undersøkt sammenhengen mellom barns atferd i vanlig samspill med sine mødre, i deres hjem, hver tredje uke hele barnets første leveår og barnets reaksjoner i Fremmedsituasjonen rundt ettårsalderen. Ainsworth fant at barn som senere ble beskrevet som utrygg i Fremmedsituasjonen, viste mer sinne hjemme, gråt mer og var mindre samarbeidsvillig sammenlignet med barn som senere ble klassifisert som trygge. De fant videre at mødre som senere ble klassifisert som *utrygge og unnvikende*, uttenkte en viss aversjon mot barnets kontaktsøken og viste lite emosjoner i samspill med barnet hjemme. Mødrene til barna som senere ble klassifisert som *utrygge og ambivalente*, var mindre sensitive hjemme, mer invaderende og mindre tilgjengelig, sammenlignet med mødrene til barna som senere ble klassifisert som trygge (Brandtzæg et al., 2011). Med Fremmedsituasjonen fødtes også metodikken som Bowlby behøvde for å studere tilknytningsbegrepet metodisk.

Fremmedsituasjonen som metode

Oppsummert er de åtte episodene av situasjonen, der hver episode varer ca. tre minutter;

1. Mor, ledsaget av en observatør, bar babyen inn i rommet, og deretter dro observatøren.
2. Mor la barnet ned på det angitte stedet og satte seg stille i stolen og deltok bare hvis barnet søkte oppmerksomhet. Varighet 3 minutter.
3. En fremmed kom inn, satt stille i 1 minutt, snakket med mor i 1 minutt, nærmet seg gradvis barnet og viste det et leketøy. På slutten av det tredje minuttet forlot mor rommet.
4. Hvis barnet var engasjert i lek, var den fremmede ikke deltakende. Hvis barnet var inaktiv, prøvde den fremmede å fange barnets interesse med leker. Hvis barnet gråt, prøvde den fremmede å distrahere eller trøste barnet. Hvis barnet ikke lot seg avlede, ble episoden begrenset - ellers varte situasjonen i 3 minutter.
5. Mor ankommer rommet, ventet i døren for å gi barnet en mulighet til å mobilisere en spontan respons til henne. Den fremmede forlot deretter rommet forsiktig. Hva mor gjorde videre ble ikke spesifisert, bortsett fra at hun fikk beskjed om at etter at barnet igjen ble opptatt av lekene, skulle hun igjen forlate rommet og si «farvel». Episodens

varighet var ikke bestemt.

6. Babyen ble alene i 3 minutter, med mindre han var så urolig at episoden måtte begrenses.
7. Den fremmede kom inn og oppførte seg som i episode 4 i 3 minutter, med mindre barnets gråt fremkalte avslutning.
8. Mor kom tilbake og den fremmede forlot rommet. Situasjon ble avsluttet etter at gjenforening ble observert.

2.10 Klassifisering av tilknytning

Mary Ainsworth forsket videre på betydningen av tilknytning. Hun studerte mor og barns samspill hele det første året, i naturlige omgivelser i Ugandastudien. Ainsworth besluttet å gjennomføre samme studie i Baltimore med «Fremmedsituasjonen» – Baltimorestudien. Hun fant at tilknytningsmønstre kan være organisert i en av tre klassifikasjoner, Ainsworth utviklet kategoriene; «Trygg tilknytning», «utrygg, engstelig og ambivalent tilknytning» og «utrygg og unnvikende tilknytning» (Ainsworth et al., 1978). Senere utviklet Main og Solomon en fjerde klassifikasjon «desorganisert/desorientert tilknytning» (Main & Solomon, 1990). Disse klassifiseringene representerer hvordan et barn balanserer utforskning, sosialisering, årvåkenhet og tilknytning. Et sunt tilknytningsforhold oppfordrer barnet til å utvikle sin egen forståelse av forholdet mellom verden, seg selv og andre mennesker (Luby, 2016).

2.10.1 Tilknytningsstil B – Trygg tilknytning

Barn innenfor denne kategorien er positiv i sin oppførsel overfor sin mor. Barnets samhandling med mor er harmonisk, barnet er samarbeidsvillig og imøtekommende i forhold til morens grensesetting/regulering. Av dette kan vi se at barnets innflytelse overfor sin mor er mer positiv og mindre ambivalent og konfliktfylt, sammenlignet tilknytningsstilene C og A. Denne slutningen støttes av det faktum at spedbarn i de to andre gruppene gråter mer og viser større reaksjon på adskillelse hjemme, enn barn med tilknytningsstil B. Ainsworth tolket dette til at B-tilknyttede barn generelt er mindre engstelige. Barnet beskrives om positiv til kroppslig kontakt med moren, både i Fremmedsituasjonen og hjemme. Barnet benytter mor som sikker base for å utforske et ukjent miljø i Fremmedsituasjonen, og bruker i likhet med hjemme-observasjonen en stor del av tiden sin i utforskende lek. Ainsworth's hypotese vedrørende denne tilknytningsstilen er at barnets forventning til tilgjengelighet og

reaksjonsevne hos mor er bygget opp gjennom dets opplevelse av hennes sensitivitet for dets signaler (Ainsworth et al., 1978). Bowlby (1994) beskriver stilen som preget av sikre tilknytningsmønstre, der barnet har full tillit til at forelder vil hjelpe ved behov. Denne tryggheten gjør at barnet kan utforske verden fritt.

2.10.2 Tilknytningsstil C – Utrygg, engstelig og ambivalent tilknytning

Ainsworth vurderer mødre i denne kategorien som mye mindre lydhøre for gråt, signaler og kommunikasjon sammenlignet med mødre fra kategori B. På den annen side avviser ikke mødre barna, og har heller ikke manglende emosjonelle uttrykk, slik som mødre fra kategori A. Det all grunn til å tro at barnet er engstelige i sin tilknytning til mor. Barnet gråter mer enn barn fra kategori B, de utviser separasjonsangst, ser ikke ut til å ha forventninger til mor, og benytter henne følgelig ikke som sikker base. De framstår som mer ambivalente når det gjelder fysisk kontakt enn B-tilknyttede barn (Ainsworth et al., 1978). Barnet er usikker på om foreldrene vil være til rådighet ved behov, derfor utviser det adskillelsesangst og er usikker i sin utforskning av verden (Bowlby, 1994).

2.10.3 Tilknytningsstil A – Utrygg og unnvikende tilknytning

Mødrene i kategori A ble observert som mer avvisende enn mødre i de to andre kategoriene. Mødrene avviser barnets ønske om nær kroppslig kontakt, og observasjon tyder på at mødre ønsker å unngå nærkontakt med barna sine. De har en tendens til å bli mer sinte og irritert på barna sine enn andre mødre. De forsøker å tilbakeholde sinneuttrykk, noe som fører til avflatede ansiktsuttrykk. De ble observert som karakteristisk stive og tvangsmessige i samspill med barnet. Main vurderte at denne egenskapen kunne utløse sinne når barnet forstyrret moren i sine aktiviteter, eller når barnet ikke fulgte morens grensesetting. Barnet opplever fysisk nærhet med mor som ubehagelig, enten fordi irritasjon hos mor medfører hardhendt håndtering av barnet, eller fordi barnets atferd trigger til bruk av fysisk grensetting. Barnets atferd opp mot mor var påfallende ved at når de begynte å bevege seg mot henne, snudde de seg plutselig bort. Barna er også klassifisert som unngående i sin oppførsel mot mor, viser forventning mot å bli avvist. De unngår blikkontakt og avbryter eller unngår samspill med mor. Samtidig er det unnvikende barnet mer selvstendig enn barna fra de andre kategoriene. De gråt ved separasjon i hjemmet, men ikke ved Fremmedsituasjonen. De kunne

framstå som unnvikende i hjemmesituasjonen og som avvisende etter separasjonen i Fremmedsituasjonen. De utviste ikke stress ved separasjon og behandlet det fremmede på lik linje med moren, eller bedre (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1994).

Under arbeidet ble det oppdaget at noen barn ikke kunne klassifiseres i noen av kategoriene ovenfor. Bowlby (1994) beskriver barna som fortumlet, stille, eller oppfører seg på et uforklarlig vis. Mary Ainsworths kollega, Mary Main, ble inspirert av Ainsworths forskning, og fant med det en fjerde tilknytningsstil, D; det desorganiserte mønstret. Denne stilen har fått stor betydning for utviklingen av psykopatologi (Smith, Brandtzæg, & Torsteinson, 2019; Sroufe, 2005). Main og Solomon (1990) skriver at disse særegne trekkene tyder på en desorganisert utgave av de tre mønstrene, med hovedvekt i tilknytningsstil A, Sroufe (2005) skriver at det er med hovedvekt i både tilknytningsstil A og C.

2.10.4 Tilknytningsstil D – Desorganisert/desorientert tilknytning

Tilknytningsstil D ble introdusert av Main og Solomon (1990), for å klassifisere barn som viste tilknytningsstil som det tidligere hadde vært vanskelig å klassifisere. Brandtzæg et al. (2011) beskriver at det som skilte tilknytningsstil D fra de andre stilene var at barna utviste en form for atypiskhet, som de kalte desorganisert atferd. Et barn som viser desorganisert atferd reagerer med forvirrethet og motsetning ovenfor sine omsorgsgivere. Ved behov for trøst og trygghet kan de søke fremmede framfor omsorgsgiver. Main og Solomon (1990) beskrev at barna med tilknytningsstil D hadde opplevd sine omsorgsgivere som skremmende, engstelig og desorganisert i kommunikasjon med barnet. I følge Main og Hesse (1990) føler barn som utsettes for overnevnt tilknytningskontakt, en sterk form for emosjonell uro. Eksempler er foreldre som mishandler barnet eller oppfører seg truende. Rusede eller deprimerede omsorgsgivere kan også framstå som skremmende for et barn. Omsorgsgivers eventuelle egne ubearbeidede traumer kan føre til at oppgaven som omsorgsutøver skaper uro og virker skremmende for omsorgsgiver. Empati med barnet kan utløse ubearbeidede opplevelser hos omsorgsgiver som kan skape ubehag eller frykt for den voksne.

Beskrevet atferd hos omsorgsgiver kan utløse skyldfølelse hos barnet. Skyldfølelsen fører til at barnet synkroniserer seg med den voksnes dysregulerte affektive tilstand (Schore, 2001). Barnet vil i følge Brandtzæg et al. (2011) oppleve sterk emosjonell uro over tid uten å ha noen å søke trøst eller trygghet hos. Svikt i basale tilknytningsbehov over lengre tid kan føre til

dissosiering og emosjonell hyperaktivering hos barn. Dissosiering beskrives som reaksjon på traume som oppleves som så sterkt at hjernen ikke klarer å behandle de. Emosjonell hyperaktivering er når barnet er utenfor sitt toleransevindue; de føler sinne eller frykt veldig sterkt. Foreldre som har opplevd alvorlig traume eller tap i egen barndom som de ikke har klart å bearbeide, vil som regel utvise atypisk omsorgsutøvelse i form av desorientering, negative former for invaderende atferd, rolleforvirring og affektive feil.

Barn med desorganisert tilknytning synes å ha to ting til felles; de mangler en atferdsstrategi når tilknytningssystemet blir aktivert, i tillegg til at de føler frykt for tilknytningspersonen. De reagerer vanligvis ikke med frykt ved separasjon, men med sinne. Frykten for tilknytningspersonen er den sannsynlige årsaken for sinneuttrykk, fordi barnet ikke klarer å skille mellom frykt og sinne. Forskning viser at barn som har erfart stadig å bli skremt av tilknytningspersonen, eller har erfart at tilknytningspersonen selv blir redd i tilknytningsrelevante situasjoner, er særlig utsatt for å utvikle desorganisert tilknytning (Lyons-Ruth and Jacobvitz (2008) referert i Brandtzæg et al., 2011).

Bowlby skriver at tilknytningsstil D kan vise seg hos mishandlede/vanskjøttede barn, barn med mødre som lider av bipolar affektiv lidelse, i tilfeller der morsfigur ikke klarer å forsone seg med tapet av egen omsorgsgiver, eller dersom mor har opplevd omsorgssvikt/sekuelle overgrep i egen barndom (Bowlby, 1994). Bowlby hevder at undersøkelser viser at barn i stor grad foretrekker én omsorgsperson, gjerne mor. I mors fravær kan de klare seg med en annen, fortrinnsvis en barnet kjenner godt. Barn har et hierarki med preferanser, og dersom ingen av preferansene er tilgjengelig, vil en vennlig fremmed være neste. Tilknytningsatferd kan således deles på mange individer, mens vedvarende tilknytning eller tilknytningsbånd er begrenset til få. Bowlby hevder videre at et barn som ikke klarer å skille slik som over, sannsynligvis er alvorlig skadet. 'Mentalisering', som definert i innledningen, er ikke fullt utviklet hos alvorlig mishandlede og traumatiserte barn. Barn hvis tilknytningsatferd er klassifisert som uorganisert i spedbarn, har den største risikoen for å utvikle maladaptiv atferd og psykiske problemer (Cicchetti, Toth, & Hennessy, 1989). Howe og Fearnley (2003) formidler at evne til mentalisering ikke er fullt utviklet hos barn som har opplevd alvorlige traumer og alvorlig mishandling. De skriver også at spedbarn klassifisert med tilknytningsstil D, har størst risiko for å utvikle mistilpasset atferd og psykiske problemer.

Udiskriminerende atferd beskrives som en annen form for atypisk tilknytningsatferd. Det kjennetegnes ved at barn foretrekker fremmede personer framfor omsorgsgiver.

Udiskriminerende atferd er ikke et tegn på desorganisert tilknytning, likevel er dette atferdsmønsteret trekk ved begge kategoriene av tilknytningsforstyrrelser som ICD-10 omtaler; F94.1 reaktiv tilknytningsforstyrrelse og F94.2 udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse (Brandtzæg et al., 2011). Brandtzæg et al. (2011) viser til at desorganisert tilknytningsstil kan føre med seg risikofaktorer for senere psykiske vansker. Barn med diagnosen RAD, utviser en tilknytningsstil som har likhetstrekk med det Main og Solomon (1990) beskriver som tilknytningsstil D. Smith et al. (2019) anfører at man på tross av likheter ikke må forveksle tilknytningsstilen med diagnosen reaktiv tilknytningsforstyrrelse, med bakgrunn i at sistnevnte er en psykiatrisk diagnose.

2.11 Kritikk av Fremmedsituasjonen

I etterkant av at metoden har blitt kjent, har metoden blitt kritisert på flere områder. For det første kritiseres den for å ikke ta høyde for barns ulike temperament, dette spesielt i forhold til barn klassifisert med tilknytningsstil C (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2012). Smith og Ulvund (1999) viser til undersøkelser utført av Connell (1976). Connell konkluderte med at barn klassifisert med tilknytningsstil A og C, også var barn som hadde uttrykt mest irritabilitet gjennom første leveår. Dette til forskjell fra barn med tilknytningsstil B, som hadde uttrykt minst irritabilitet i samme periode. Dersom man ser for seg at barn, med bakgrunn i temperamentforskjeller, kan uttrykke seg forskjellig under Fremmedsituasjonen, er det en viss fare for at barn med mer krevende temperament kan ha blitt oppfattet som utrygg i sin tilknytningsstil (Smith & Ulvund, 1999). Forskjeller i temperament er ikke tatt høyde for i Ainsworths fremmedsituasjon, og hennes modell alene kan derfor potensielt utløse alvorlige feilvurderinger.

Forskning utført på Fremmedsituasjonen som metode, beskriver ulike funn. Van Ijzendoorn og Kroonenberg (1988) hevder med sin metastudie, hvor de har studert 2000 opptak av barn fra 8 land, fant de den samme prosentvise fordelingen i tilknytningskategoriene A, B og C som Ainsworth selv gjorde i Ugandastudien. Van Ijzendoorn og Kroonenberg (1988) studie tyder på at denne fordelingen er jevn på tvers av kulturer og land. I Norge er det vanlig at barn fra rundt ett år starter i barnehage. Barnehage regnes som den vanligste formen for makroseparasjoner ett barn opplever. Brandtzæg et al. (2019) hevder at man har fått en kollektivistisk kultur for barneoppdragelse. Omsorgsgivere består både av foreldre og ansatte, der mange barn knytter seg til barnehagepersonalet som nummer to etter foreldrene. Broberg

et al. (2006) støtter opp om at det er mulig at et barn kan utvikle trygg tilknytning til en barnehagepedagog i sin barnehage. Modellen kritiseres av Clarke-Stewart, Goossens, og Allhusen (2001) som skriver at Fremmedsituasjonen opprinnelig ble utviklet for å gjenskape stresset Ainsworth hadde sett hos barna i Uganda, til barna i Baltimore. Barn i dag omgås i større grad med andre mennesker enn tidligere, det stilles derfor kritiske spørsmål til hvorvidt Fremmedsituasjonen utløser samme form for stress som den gjorde på 1960-tallet. Forfatterne anfører at mor tas ut av situasjonen før det tilføres stress for barnet, hvilket medfører at barnet ikke har en omsorgsperson å søke trygghet hos i den stressende situasjonen. Mor kom først tilbake etter situasjonen er over, noe som gjør det vanskelig å avgjøre hvorfor barnet reagerte som det gjorde, og vanskelig å kategorisere tilknytningsstil. Kunne reaksjonen for eksempel ha omhandlet sorg etter å ha blitt forlatt?

I Ugandastudien ble barnets frykt for fremmede tydelig, Ainsworth fant også at barns erfaringer dannes gjennom transaksjoner med både mor og andre mennesker (Ainsworth, 1967). I Baltimorestudien derimot ble den samme metoden, som tidligere beskrevet, vanskeligere å gjennomføre. Slik jeg forstår Ainsworths oppdagelse, som ledet til utviklingen av Fremmedsituasjonen, tyder den på at barns reaksjon på fremmede ikke utelukkende avhenger av relasjon til omsorgsgiver, men at hvor sosialisert barnet i utgangspunktet er, også har betydning. Ut fra et slikt resonnement vil det være vanskelig å generalisere modellen Fremmedsituasjonen slik at den har samme betydning for norske barnehagebarn som for barn fra eksempelvis Uganda. Med dette reiser det spørsmål ved hva barna i Fremmedsituasjonen egentlig uttrykker, og hvorvidt dette skyldes kulturelle ulikheter.

Sroufe (2005) anfører at spedbarnet godt kan klassifiseres annerledes når det blir sett med en annen forelder; barnet gjenspeiler forventninger som er bygd opp over en tids samhandling med den aktuelle forelderen. Det vil si at barnet kan ha en annen type tilknytningsstil, eksempelvis en trygg tilknytningsstil med den andre forelderen. Eksempelvis fant Main og Solomon (1990) at av 34 barn klassifisert som desorganiserte, hadde kun 3 av disse den samme tilknytningen til begge foreldrene. Luby (2016) beskriver at Fremmedsituasjonen tar både barnets behov for omsorgsgiver og omsorgsgivers respons til barnet med i betraktning. Ettersom tilknytningsstrategi er skapt interpersonlig, handler strategien om et dyadisk forhold mer enn et personlig trekk. Barnet kan ha ulik tilknytning til ulike omsorgsgivere, det er vanlig at barn utvikler tilknytning til mer enn kun én omsorgsgiver, som de sorterer hierarkisk

ut fra hvem de foretrekker. Han hevder videre at et amerikansk barn kan typisk ha mellom en til fire tilknytningsfigurer.

Smith og Ulvund (1999) har i drøftingen av begrepsvaliditet undret seg over hvordan man på bakgrunn av Fremmedsituasjonen kan kategorisere et barns tilknytning. God begrepsvaliditet; når en vurdering er valid fanger den opp det man ønsker å undersøke. Den undringen støtter jeg. Hvordan kan laboratoriestudie av barns samhandling med andre mennesker si noe om barnets individuelle egenskaper? Forfatterne framsetter tolkningen om at situasjonen heller sier noe om barnets relasjon til den barnet utfører Fremmedsituasjonen sammen med, enn barnets individuelle egenskaper. Dette underbygges av Sroufe (2005), Main og Solomon (1990) og Luby (2016) som nevnt i avsnittet over. Oppsummert kritiseres metoden for å være standardisert og det har blitt stilt spørsmål ved metodens overføringsverdi til barn og unge i deres naturlige omgivelser. Det framkommer usikkerhet om hvorvidt man bruke en slik standardisert metode i praktiske vurderinger. Likevel benyttes metoden fortsatt i dag, i intervensjonen COS. Hoffman, Marvin, Cooper, og Powell (2006) anfører at man ved å forstå et barns klassifisering, bedre kan forstå hva barnet har lært om relasjonen til sin omsorgsperson. På den måten kan man bedre forstå forholdet mellom omsorgsgiver og barn som intervensjonen skal fokusere på.

2.12 Klassifisering av tilknytning benyttet i dag

Til tross for kritiske betraktninger av Fremmedsituasjonen som metode, er det metoden som benyttes i størst grad også i dag (Broberg et al., 2006). En annen metode benyttet for å vurdere tilknytning er Q-sort metoden (AQS). Metoden ble utviklet av Waters og Deane (1985) og er tilpasset vurdering av tilknytning hos barn i aldersspennet ett til fire år. Etter observasjonen skulle det foretas en scoring av tilknytning basert på et spørsmålsskjema á nitti spørsmål. Denne metoden skiller seg fra Fremmedsituasjonen ved at den illustrerer vekslingen mellom barnets utforskning og tilknytningsatferd i naturlige omgivelser (George & Solomon, 2016).

2.13 Trygg og utrygg tilknytning

Trygg tilknytning kan forstås som kroppens immunforsvar mot livets utfordringer, mens utrygg tilknytning kan gi utfordringer i form av et svekket immunforsvar. Trygge relasjoner

beskrives i tilknytningslitteraturen som relasjoner der barn kan søke trygghet, trøst og støtte hos foreldrene, og oppleve at foreldrene ser og følger opp barnets behov. Dersom foreldrene ikke har redskaper for å regulere egne følelser og behov, klarer de ikke å ta barnets perspektiv og være sensitiv og spontan i forhold til dets behov (Brandtzæg et al., 2011). Broberg et al. (2006) hevder forskjellen ligger i barnets opplevde trygghet i relasjon til foreldrene. Dersom barnet opplever trygghet og beskyttelse når det søker nærhet, er tilknytningen trygg. Leder ikke nærheten til økt opplevelse av trygghet og beskyttelse, vurderes tilknytningen som utrygg. Brandtzæg et al. (2019) definerer trygg tilknytning som omsorgsutøvelsen som responsiv, kjærlig, stabil, aksepterende og tilgjengelig. Foreldrene er ikke bare opptatt av barnets fysiske tilstand, men også av mentale, indre tilstander. Det beskrives videre at foreldre kan være mindre sensitive i perioder, men det som definerer trygge foreldre er deres evne til å reparere perioder i omsorgsutøvelsen som har vært vanskelige for barnet. Tilknytningsstiler kan ifølge Zeanah Jr (2007) måles både kategorisk og kontinuerlig og kan utgjøre risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet. En slik faktor kan eksempelvis være temperament. Et barn som uttrykker mye sinne, kan på den ene siden oppnå fordelaktig oppmerksomhet, eller motsatt, utsettes for vold. Et barn som vender sinnet sitt innover kan oppfattes som et barn som har god emosjonsregulering, samtidig som det innestengte sinnet kan skape vansker med å uttrykke følelser. Eksempelvis utgjør temperament en beskyttelsesfaktor når et barn overkompenserer i skolearbeid o.l., eller utviser en personlighet som fører til at barnet oppleves som lettere å ivareta. Sroufe (2005) skriver at utrygg tilknytning utgjør en alvorlig risikofaktor for utvikling av psykiske vansker senere i livet. Brandtzæg et al. (2011) hevder at trygge barn har bedre prognoser i forhold til psykisk helse sammenlignet med utrygge barn.

2.14 Oppsummering

Dette kapitlet har begynt med en beskrivelse av historikken rundt tilknytningsbegrepet. Videre ble det redegjort for Bowlbys tilknytningsteori, hans forståelse av dannelsen og faseinndelingen av tilknytning. Det er også redegjort for adskillelse, indre arbeidsmodeller og trygg base. Oppgaven har også tatt fram kritiske betraktninger av Bowlbys forståelse. Kapitlet har beskrevet hvordan Ainsworth videreutviklet Bowlbys tilknytningsteori, herunder Fremmedsituasjonen og klassifisering av tilknytning. Det er tatt fram kritiske betraktninger av Fremmedsituasjonen. Avslutningsvis har oppgaven forsøkt beskrevet

forskjellen på trygg og utrygg tilknytning, samt en redegjørelse av klassifiseringer av tilknytning som benyttes i dag.

«Tilstanden er forbundet med følelsesmessig forstyrrelse og er påvirkelig av forandringer i miljøet». WHO (2005, p. 361)

Kapittel 3

I dette kapitlet redegjøres det for forskningsspørsmålene; «hva er reaktiv tilknytningsforstyrrelse?» og «hvordan kommer diagnosen til uttrykk?» For å forstå hva som ligger bak begrepet «reaktiv» har jeg valgt å definere det. Ordet «reaktiv» er av Store norske leksikon (2019) definert som tilbakevirkende eller motvirkende. Noe reaktivt er noe som framkaller en reaksjon. Begrepet beskrives ytterligere i løpet av kapitlet. Oppgaven har tidligere definert tilknytning som det emosjonelle båndet som oppstår i relasjon mellom foreldre og barn og som knytter de sammen.

3.1 Diagnostiseringsmalene ICD og DSM

De to mest dominerende diagnosesystemene i verden er ICD og DSM. ICD står for «International Classification of Diseases» og er utgitt av World Health Organization i (WHO). ICD ble formalisert i 1893 som «Den internasjonale listen over dødsårsaker» eller «The Bertillon Classification» som det originalt het. DSM står for «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» og ble utgitt av den Amerikanske Psykiaterforeningen i 1952, som en amerikansk variant av det internasjonale klassifiseringssystemet ICD. Begge diagnosesystemene revideres jevnlig, ICD kom med sin ellefte utgave (ICD-11) i 2018 og DSM ble i 2013 revidert for femte gang (DSM-V). ICD-11 er foreløpig ikke tatt i bruk i Norge (Direktoratet for e-helse, 2020; Malt, 2018, 2019). Helt siden diagnosemanualene ble utgitt for første gang har de vært forskjellige på enkelte punkter, men de har gradvis tilnærmet seg hverandre. DSM manualen er amerikansk, og brukes i liten grad i Norge. Det vurderes likevel som viktig å redegjøre for DSM, ettersom mye av litteraturen i oppgaven er amerikansk. Jeg har valgt å ha hovedvekten på ICD-10, fordi det er manualen som benyttes i Norge.

Kriteriene for RAD har en relativt kort historie i sykdomslæren, diagnosen ble første gang tatt i bruk av DSM-III i 1980. Ett av kriteriene var da at barnet skulle ha hatt svikt i vektøkning og responsivitet, samt at trekkene skulle være kjent før barnet var i 8-månedersalderen. Aldersbetingelsene vurdert opp mot det man vet om barns utvikling av tilknytning, førte til at

kriteriene ble revidert i ny utgave DSM-III-R i 1987, fra 8 måneder til 5 år, samt at kravet om vektnedgang ble strøket. Samtidig innførte den amerikanske psykiaterforeningen skille mellom inhibert og desinhibert RAD (Richters & Volkmar, 1994). Siden 1980 har kriteriene blitt revidert i takt med nye versjoner av manualen. Revisjonene har i følge Zeanah Jr (2007) blitt gjort uten å være dokumentert i forskning, ettersom den første studien som tok for seg gyldigheten av kriteriene, først ble utført i 1998.

De to siste utgavene av manualene ligger nærmere hverandre enn de tidligere utgaven har gjort (Malt, 2018, 2019). ICD-10 skiller som nevnt i innledningen mellom diagnosene F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom (RAD) og F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndom (DSED/DAD). I DSM-IV omtales begge former som RAD, men med undertypene; inhibert og disinhibert, (mer eller mindre) tilsvarende hemmet og uhemmet forstyrrelse (American Psychiatric, 1994; Brandtzæg et al., 2011; Galanter & Jensen, 2009). I DSM-V er begge fortsatt omtalt under én kategori; 313.89 «reaktiv tilknytningsforstyrrelse», men de har skilt undertypene tydeligere, med bakgrunn i konklusjonen om at de skilte seg i større grad enn de hadde likhetstrekk (American Psychiatric, 2013; Smith, 2002; Zeanah & Gleason, 2010).

Det finnes også en tredje diagnosemanual, som benyttes i diagnostiseringen av barn i alderen 0-5 år; The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Zero to Three (DC: 0-5). Manualen er et sett med diagnosekategorier spesielt tilpasset utviklingsegenskapene for spedbarn, småbarn og førskolebarn. Manualen er utviklet med bakgrunn i at de andre manualene ikke er godt nok tilpasset de minste barna (Brandtzæg et al., 2011; Galanter & Jensen, 2009). Manualen er ikke laget for å erstatte DSM eller ICD, men for utfylle forståelsen av små barn. Denne manualen muliggjør vurdering, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser, som ikke er tilrettelagt godt nok aldersmessig i de andre manualene. Så små barn kan ikke selv redegjør for egen tilstand, Zero to Three tar høyde for det (Brandtzæg et al., 2011). Den tar også høyde for barnets relasjoner, individuelle temperamentsforskjeller og familiens kulturelle kontekst (Zeanah et al., 2017).

3.2 Diagnostiske kriterier for RAD

Kriteriene for diagnosen ble først belyst gjennom eksempler utført av Richters og Volmarks (1994). DSM-V definerer tilknytningsforstyrrelse som en markant forstyrrelse preget av manglende sosialkompetanse. Trekkene vises før fylte 5 år og viser seg ved følelsesmessig tilbaketrukkethet. Diagnosen kan komme til uttrykk ved omsorgsovertakelse, emosjonell eller fysisk omsorgssvikt eller dersom barnet har flere skifter av omsorgspersoner (Zeanah Jr, 2007).

WHO (2005) definerer RAD i barndommen under akse F94; forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder. RAD oppstår nesten alltid i forbindelse med alvorlig omsorgssvikt. WHO (1999) definerer utilstrekkelig omsorg som misbruk eller grov forsømmelse. Med grov forsømmelse beskrives vedvarende mangel på respons på barnets tilnærmelser, grov avstraffelse eller omsorgssvikt. ICD-10 definerer utilstrekkelig omsorg som fysisk forsømmelse eller misbruk, eksempelvis vedvarende ignorering av barnets fysiske behov, bevisst unnlattelse av å sørge for barnets mattilførsel og gjentatt og bevisst forvoldelse av skade av barnet. Da man ikke har tilstrekkelig kunnskap om sammenhengen mellom omsorgssvikt og diagnosen RAD, er ikke sviktende omsorg et diagnostisk krav (World Health Organization, 1999). Et annet diagnostisk krav er at forstyrrelsen kommer til uttrykk uavhengig av situasjoner og forhold (World Health Organization, 1992).

WHO (1993) engelsk utgave viser til fem diagnostiske kriterier for RAD. *Første kriteria*; utbrudd før fylte 5 år. *Andre kriteria*; barnet utviser sterke motstridende og ambivalente sosiale mønster i møte med andre mennesker, samtidig som relasjonen kan variere situasjon til situasjon. *Tredje kriteria*; barnet utviser manglende emosjonell respons, avviser emosjonell kontakt og kan utvise utagerende atferd i stressede situasjoner, både mot seg selv og mot andre. *Fjerde kriteria*; sosialt samspill med voksne fungerer bedre enn med barn. *Femte og siste kriteria*; kriteriet for gjennomgripende utviklingsforstyrrelse oppfylles ikke.

Brandtzæg et al. (2011) hevder at hovedkriteriet for diagnosen er at barnet ikke viser tilknytningsatferd mot omsorgsgiver. Barnet søker ikke trøst når det er stresset, lar seg i begrenset grad trøste ved tilbud om det, uttrykker ikke positive følelser, utviser høyere grad av tristhet, frykt eller irritabilitet, samt at barnet utviser dårligere sosialkompetanse. Det er fortsatt vanskelig å vurdere årsaksforhold til diagnosen, hvilke trekk som beskriver tilstanden, behandling av lidelsen og prognoser for bedring (Zeanah & Smyke, 2008). Forekomsten av RAD i normalbefolkningen er lav, den estimeres til å være under 1% (Chaffin et al., 2006).

Tilstanden forventes å være markant høyere i spesielle utvalg, eksempelvis blant fosterbarn som har opplevd omsorgssvikt, mishandling og overgrep (Boris et al., 2004; Zeanah et al., 2004).

3.3 Symptomer på RAD

Barn med RAD beskrives som selvdestruktiv, suicidal, selvskadende og selvutslettende. Notorisk lyving er heller ikke uvanlig, ei heller tyveri. De kan være aggressive eller passiv-aggressive. Ofte er barnet manipulativt, og kan lure profesjonelle som oppfatter barnet som samarbeidsvillige og oppriktig, mens det faktisk er utspekulert og kontrollerende. Barnet beskrives å kunne være sadistisk og onde mot dyr, og at denne oppførselen også kan rettes mot mennesker. Mange av barna har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. De kan tendere til å utsette andre, både barn og voksne for vold, overgrep og seksualisert atferd gjennom seksualisert lek (Rosenstein & Horowitz, 1996; Sheperis, Renfro-Michel, & Doggett, 2003).

Selvregulering og følelsesregulering er to fundamentale elementer i de tidlige stadiene av barnets utvikling. Mange barn som opplever tidlig og kronisk omsorgssvikt og vanskelig, klarer ikke å regulere egen oppførsel eller egne følelser og impulser. Barn oppvokst med foreldre eller omsorgspersoner som ikke er påkoblet deres emosjonelle og fysiske behov, på grunn av depresjon, rusmisbruk o.l., opplever lite støtte til regulering. Som er resultat av dette utvikler ikke barna evne til selvregulering. De klarer ikke å roe seg selv ned, og ser ofte på omsorgspersoner som om de ikke bryr seg, eller at de kan utgjøre en trussel for barnet (Sheperis et al., 2003).

Vanligvis aksepteres ikke omsorg gitt på andres vilkår enn barnets. Barnet kan i ene øyeblikket utvise liten eller ingen respekt for andres personlige sfære, for i neste øyeblikk å avvise forsøk på kontakt fra den andre. Atferden kan komme til uttrykk foran andre mennesker, tilsynelatende som et forsøk på å fremkalle en reaksjon hos de som bevitner hendelsen. Barn diagnostisert med RAD har ofte en nedstemt og sur væremåte. De fremstår å ikke ha noen form for glede av normale aktiviteter, hvilket ofte resulterer i at de oppleves som deprimerte. Barn med RAD legger generelt skyld for deres egne feil på andre, og har vanskelig for å tolerere ekstern kontroll og grensesetting fra voksne. De kan innta en offerrolle ved å fornærme og utfordre eldre, større og sterkere barn til å sloss. Tillit og

intimitet er ikke opplevelser som barnet aksepterer, med bakgrunn i at barnet vurderer/opplever emosjonelle forhold som truende og farlig (Pettersen, 2013; Sheperis et al., 2003). Haarklou (1998) omtaler barnets væremåte som å være «imot» verden, de avviser alle forsøk på tilnærmelser for å gjenopprette sin grunnfølelse. De protesterer automatisk og ubevisst for å gjenskape trygghet.

Fysisk sett kan barn med RAD oppleve kroppsforstyrrelser. Med det menes en følelse av mangel på personlighet, forvridt kroppsilde og dårlig impuls kontroll som resulterer i aggressiv oppførsel mot seg selv og andre, samt en manglende evne til å inngå i tillitsfulle og intime sosiale forhold. For å kunne begrense intimiteten i mellommenneskelige relasjoner, kan barnet legge opp til dårlig intimhygiene i håp om å kontrollere den fysiske nærheten til andre mennesker. De kan overreagere på små fysiske skader, mens de samtidig ikke viser noen form for reaksjon ved større fysiske traumer (Sheperis et al., 2003).

Barn diagnostisert med RAD har ofte en enorm følelse av viktighet, i det at deres egne behov, bekymringer og følelser har større betydning enn andres. Emosjonelt tenderer barna til å utvise intense reaksjoner av sinne og raseri. I tillegg vil barn med RAD ha en tendens til å mangle anger for egen oppførsel, i tillegg til medfølelse og empati for andre. Samvittigheten deres er preget av en filosofi om at du får det du gir. De kan føle nytelse i å se andre oppleve fysisk eller emosjonell smerte, og bryr seg vanligvis ikke om hva som er rett og galt (Pettersen, 2013; Sheperis et al., 2003).

Tilknytningsoppførsel og symptomer varierer fra barn til barn, fra mild til veldig sterk. Hvert barn kan oppleve ulike symptomer innenfor hvert område (Sheperis et al., 2003).

3.4 Utredningsprosessen

I en undersøkelsesprosess, ved forberedelse av sak for omsorgsovertakelse, etter en akutt plassering eller ved fosterhjems plassering, vil det framkomme opplysninger om barnet til barneverntjenesten. Ut fra de innhentede opplysningene, observasjoner av og samtaler med barnet, beskrivelser av barnet fra biologiske foreldre, beredskapshjem, fosterforeldre og/eller samarbeidspartnere vil barneverntjeneste kartlegge barnets behov for hjelp. Dersom det framkommer opplysninger som antyder behov for vurdering av utredning i regi av barne- og ungdomspsykiatrien, kan barnevernleder eller fastlegen (gjerne i samarbeid med hverandre) sende en henvisning om utredning. I henvisningen er det viktig at alle nødvendige

opplysninger om barnet framkommer, slik at BUP kan ta en kvalifisert beslutning på om barnet kvalifiserer for oppfølging fra BUP (Aamodt, Aamodt, Størkersen, & Schellenberg, 2011).

For å diagnostisere et barn med RAD, må man med sikkerhet kunne ekskludere andre diagnoser som F84.5 aspergers diagnose, F94.2 udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen, T74 mishandlingsyndrom, og Z61.4 - Z61.6 normal variasjon i mønster for selektiv tilknytning og seksuell eller fysisk mishandling i barndommen som fører til psykososiale problemer (World Health Organization, 1999). WHO, norsk oversettelse, beskriver fem hovedtrekk ved RAD som skiller seg fra gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Barn med RAD har for det *første* normal evne til sosial gjensidighet og respons. For det *andre* har barn med RAD, til tross for de avvikende sosiale responsene, mulighet for positiv utvikling dersom barnet ved endring av omsorgsbetingelser opplever god, vedvarende omsorg. For det *tredje* har barn med RAD, på tross av mulig svekket språkutvikling, ikke avvikende kommunikasjonsevner. *Fjerde* punkt sier at RAD ikke forbindes med vedvarende kognitive og alvorlige mangler, som ikke lar seg utvikle ved endring i omsorgsbetingelser. For det *femte* er ikke repetitive, vedvarende begrensede interesser og aktiviteter trekk ved RAD (World Health Organization, 1999).

Under diagnostiske retningslinjer beskriver WHO at mange normale barn utviser usikkerhet i tilknytning til sin(e) omsorgsgiver(e), og at denne formen for utrygg tilknytning ikke kan blandes sammen med diagnosen RAD. RAD «kjennetegnes ved en avvikende type usikkerhet som viser seg ved markert motstridende sosiale responser som vanligvis ikke ses hos normale barn» (World Health Organization, 2005). Det beskrives at de sosiale relasjonene ikke begrenser seg til den spesielle omsorgsgiver, barnet utviser manglende responser på omsorg og har følelsesmessige forstyrrelser i form av tristhet, apati eller fryktsomhet (World Health Organization, 2005).

Utredning av RAD krever et omfattende utredningsarbeid, med hovedfokus på barnets relasjon til omsorgsgiver. Tilknytningsforstyrrelse kan prege et barns sosialkompetanse, barnets evne til å samhandle med andre mennesker, barnets forhold til trøst og støtte, barnets indre arbeidsmodeller, barnets forhold til trygg base, og kvaliteten på tilknytningen barnet har til sine omsorgsgivere. I utredningen benyttes det observasjon av atferd som hjelpemiddel, samt at det foretas en anamnese. En anamnese er en persons sykdomshistorie eller en redegjørelse for bakgrunn for en lidelse. Under observasjon er det spesielt viktig å bemerke i

hvilken grad symptomatferd omhandler relasjon. Man kan ikke diagnostisere RAD på bakgrunn av Fremmedsituasjonen alene, det anbefales en bred utredning basert på observasjoner, anamnese og kliniske intervjuer av omsorgsgiver(e) og andre viktige tilknytningspersoner. Observasjon av barnet og omsorgsgiver er viktig for å vurdere hvorvidt barnets problematikk er forårsaket av en tilknytningsforstyrrelse (Smith, 2002). Brandtzæg et al. (2011) anfører at det ved diagnostisering av RAD er viktig å undersøke kvaliteten på gitt omsorg opp mot diagnosekriterier.

Et diagnostisk trekk er at barnet som reaksjon på endringer i barnets miljø, settes tilbake i utvikling, såkalt reaktiv atferd (World Health Organization, 1992). Et eksempel på dette kan være samvær med biologisk familie. Det er vurdert som en rett barnet har og som i utgangspunktet skal være utviklingsfremmende for barnet. Samsidig kan samvær skape utrygghet for barnet. For eksempel kan barnet føle utrygghet i forhold til hvor det skal bo, det kan gjenoppleve traume, eller barnet kan oppleve en annen ivaretagelse enn det er vant til. Dersom samvær med biologiske foreldre er symptomfremmende for barnet, kan et tiltak være at en av fosterforeldrene deltar på samvær, i ytterste konsekvens at samvær ikke gjennomføres. I slike tilfeller bør barnet ha en verge som kan beskytte det i striden mellom motsatte interesser, og mot domstolen i de tilfellene der domstolen ilegger det biologiske prinsipp større vekt enn prinsippet om barnets beste (Galanter & Jensen, 2009). Andre eksempler på reaktiv atferd er dersom fosterforeldrene sliter med å ivareta barnets behov, fosterforeldrene har en ekstra krevende/stressende periode, barnets avlastningsordning faller fra eller klassen tildeles en ny lærer.

3.5 Kritikk av manualenes definisjon av RAD og mulige (diagnostiske) feilkilder

Ettersom at litteratur og forskning på diagnosen i stor grad er utenlandsk, og sett i forhold til DSM og ikke ICD, er også kritikk mot diagnosen sett i forhold til DSM. Jeg har likevel valgt å ta med kritikk fra mine funn, på bakgrunn i Malt (2018, 2019) uttalelser av at de nyeste utgavene av manualene ligger nærmere hverandre enn de tidligere utgavene.

WHO (1992) skriver at selv om forekomsten av diagnosen er akseptert og anerkjent, er man usikre på hvilke kriterier som skal gjelde for diagnosen, grenselinjer for diagnosen og hvorvidt diagnosen utgjør en gyldig nosologisk enhet. Diagnosen tas likevel med i manualen

da det ikke er tvil om dets betydning for folkehelsen. Zeanah Jr (2007) skriver at diagnosen tross begrenset fokus på validitet, synes å fange symptomer som ikke rommes av andre diagnoser. Forskning utført av O'Connor og Rutter (2000) og Smyke, Dumitrescu, og Zeanah (2002); (referert i Zeanah Jr, 2007) viser at symptomer på tilknytningsforstyrrelse ikke henger sammen med, eller kun i begrenset grad henger sammen med andre former for atferdsforstyrrelser eller manglende emosjonsregulering. Grunnet manglende konsensus rundt definisjon av diagnosen, hadde man ikke klart å skape en klar forståelse av lidelsen (Cappelletty, Brown, & Shumate, 2005).

Zeanah Jr (2007) viser til likevel flere studier som i løpet av de siste tiår har evaluert kriteriene for diagnosen, samt styrket gyldigheten av RAD hos små barn som har opplevd mishandling og institusjonalisering, blant annet studier utført av Boris et al. (2004) og Zeanah et al. (2004). I studie utført av Zeanah et al. (2004) og Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, og Group (2005a) fant de at symptomene på RAD hos institusjonaliserte barn ble fraværende når de kom i permanente fosterhjem. Zeanah Jr (2007) skriver at man har funnet verktøy for å identifisere RAD blant unge barn, og at prevalensen av diagnosen er større blant barn som har opplevd alvorlig omsorgssvikt. Zeanah et al. (2005a) refererer til Zeanah, Nelson, et al., 2003) skriver om prosjektet «Bucarest Early Interventions Program» (BEIP), som også viser til samme resultater. BEIP studien omtales ytterligere i kapittel 4.1.1. Studiene over har bidratt til å styrke diagnosens validitet, samtidig har studiene reist spørsmål med hvordan lidelsen er definert (Zeanah Jr, 2007).

Zeanah et al. (2005a) utførte en undersøkelse blant institusjonaliserte barn i Romania. Funn fra undersøkelsen viste at individuelle forskjeller i omsorgen barna fikk, hadde sammenheng med individuelle forskjeller i barnas emosjonelle/følelsesmessige uttrykk. Slik jeg tolker det, har de institusjonaliserte barna med (bedre) emosjonsregulering større sjans for kvalitet i omsorg enn de institusjonaliserte barna med dårlig utviklet emosjonsregulering. En slikt skille kan ses i sammenheng med at barn med diagnosen skal vise raskt bedring når daglig omsorg gis av en trygg tilknytningsperson (Urnes, 2018). Urnes (2018) skriver videre at det grunnet manglende forskning på diagnosen fortsatt er relativt lite kunnskap på hvorfor noen barn kvalifiserer for RAD, mens andre barn får diagnosen DSED. Det finnes hypoteser om at temperamentsforskjeller og genetisk sårbarhet er en mulig forklaring. Forøvrig vet man også lite om hvordan barn med diagnosen klarer seg videre i livet, grunnet for få oppfølgingsstudier. Det kan se ut til at symptomene på diagnosen avtar ved forbedringer i barnets omsorg, men selv om dette hevdes også i ICD-10 er det for få studier som tilsier

hvordan tilstanden endres ettersom barnet blir eldre (Boris, Zeanah, & The Work Group on Quality, 2005; Rutter, Kreppner, & Sonuga - Barke, 2009; Zeanah & Smyke, 2008).

Ainsworths forskning på tilknytningsstiler (Ainsworth et al., 1978), samt annen nyere forskning, har vist oss at individuelle forskjeller i tilknytningskvalitet kan predikere senere psykososial utvikling. Hos barn med kliniske forstyrrelser kan tilknytningen bli kompromittert. Utfordringen er å vurdere om kompromitteringen i seg selv er hovedproblemet – som oppfyller diagnosekriteriene, eller om barnets tilknytning bare er ett av flere elementer ved barnet som ikke er aldersadekvat utviklet. Lawler beskriver at psykisk helsepersonell fortsatt sliter med å definere, diagnostisere og behandle RAD. Det forskes både på diagnostiske kriterier for RAD, forskjellen på desorganisert tilknytning og tilknytningsforstyrrelser, komorbiditeten mellom RAD og andre psykiske lidelser, og sammenhengen mellom desorganisert tilknytning, RAD og psykopatologi. Faktum er likevel at det ikke eksisterer en formell vurdering som bekrefter eller avkrefter RAD, det gjør diagnosen mye mer utfordrende å diagnostisere (Lawler, 2014). Det vanskelige med å definere RAD er utfordringen med å skille hva som er psykisk lidelse fra det som er normativ atferd (Zeanah Jr, 2007). En lik forvirring rundt symptomer kan resultere i at barn som egentlig kvalifiserer for RAD, ikke blir diagnostisert (Sheperis et al., 2003).

I følge Zeanah finnes det ingen validerte indikatorer for å fastslå tilknytningforstyrret atferd hos barn i skolealder, det finnes heller ingen målestokk å måle tilknytning opp mot. Metoder som er brukt til nå er observasjon av gjenforening etter separasjon, bruk av tegninger, tidslinjer og lignende. RAD er ikke beskrevet hos barn i skolealderen. RAD beskrives som en tidlig barndomsforstyrrelse og er ikke en veldefinert forstyrrelse funnet hos eldre barn og ungdom (Zeanah Jr, 2007). Barn som diagnostiseres er ofte eldre enn fem år, noe som fører til at differensialdiagnostiske kriterier vil være vanskeligere å anvende (Stokke, 2011). Med bakgrunn i dette er det stor usikkerhet i forhold til om diagnosen kan fastsettes reliabelt hos barn eldre enn fem år (Boris et al., 2005).

Som beskrevet i innledningen tilsier min erfaring at barn diagnostiseres med diagnosen RAD også etter fylte 5 år. Zeanah hevder man har for få pålitelige indikatorer på tilknytningsdistribuert atferd hos barn i skolealderen. Forfatteren antyder også at RAD-kriteriene er mer fokusert på abnormiteter i sosial atferd enn på forstyrret tilknytningsatferd i seg selv (Zeanah (1996) referert i Zeanah Jr, 2007). Vil det si at man hos barn eldre enn 5 år fastsetter diagnose på bakgrunn av atferd mer enn på bakgrunn av observert tilknytning? Ut

fra denne antakelsen anser jeg at en mulig diagnostisk feilkilde kan være at det ikke er foretatt diagnostiske undersøkelser av barnets tidligere omsorgssituasjon opp mot diagnosekriteriene, og på samme måte undersøkelser av barnets nåværende omsorgssituasjon i fosterhjemmet opp mot diagnosekriteriene. En slik utredning vil muligens ikke avdekke hvilken omsorg som ligger til grunn for barnets atferd. Dersom barnet omsorgssituasjon under utredning ikke er av god kvalitet, kan det gi symptomer hos barnet som feiltolkes som symptomer på RAD. Dersom barn utredes uten samarbeid mellom utredende enhet og biologiske foreldre, i forhold til anamnese og barnets oppvekst hos biologisk forelder, kan diagnosen i slike tilfeller fastsettes kun på bakgrunn av beskrivelser fra barneverntjenesten, fosterforeldrenes beskrivelser av barnet og observasjoner foretatt etter barnet har fylt 5 år. En feilkilde i en slik utredningsform kan være at tilgjengelig informasjon har framkommet på feil eller manglende grunnlag.

Brandtzæg et al. (2011) beskriver manglende overlapp mellom posttraumatisk stress syndrom (PTSD), RAD og desorganisert tilknytning, og antyder at ICD-10 ikke tar tilstrekkelig hensyn til utviklingspsykopatologiske og relasjonsspesifikke forhold. I tillegg kan de manglende evnene til å vurdere konsekvenser minne om alvorlig ADHD (Sheperis et al., 2003). På tross av styrket gyldighet anbefaler Boris et al. (2004) at man fortsetter å jobbe med å raffinere kriteriene for diagnosen framfor å effektforske på intervensjoner, fordi for lite kunnskap om diagnosen har ført til farlige behandlinger. Holdeterapi er et eksempel, det omtales ytterligere i kapittel 4.1.4.

3.6 Betydningen mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament har for omsorgsutøvelse

Det er vanskelig å beskrive mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament hver for seg. De ulike begrepene går inn i hverandre. Jeg skal likevel forsøke å redegjøre for hvilken betydning de ulike begrepene har for RAD, samtidig som fullverdig drøfting av begrepens betydning for å fremme omsorg, vurderes å falle utenfor denne oppgavens ramme.

3.6.1 Mentalisering

Oppgaven har tidligere definert mentalisering som spontant og implisitt, og at mentaliseringsevnen kommer av intuitive ferdigheter. Videre at man ved bevissthet omkring

manglende ferdigheter kan man utvikle mentalisering ved å hjelpe foreldrene å forstå barnets behov, slik at tilknytningstryggheten økes (Brandtzæg et al., 2011). Når et barn plasseres i fosterhjem forutsettes det at de intuitive foreldreferdighetene er på plass. Et barn med RAD krever dog en ekstra evne til mentalisering. Som fosterforeldre vil det være nødvendig å se forbi barnets atferdsuttrykk, og det vil nok kreve at man har en god dose tålmodighet. Når man skal hjelpe en fosterforelder med å utvikle trygg tilknytning er mentalisering viktig. Intervensjonen COS er av Berlin, Zeanah, og Lieberman (2016) beskrevet å være den intervensjonen som bygger mest på tilknytningsteori. Foreldre som er god på mentalisering hevdes å ha større sjanse for å få trygge barn (Fonagy et al. 2007 referert i Brandtzæg et al., 2011). Mentalisering beskrives som en form for reflekterende funksjon (Fonagy et al. 2008; Slade, 2008a referert i Brandtzæg et al., 2011), og fremmer sosialkompetanse og kommunikasjon. Mentalisering handler om å ta det andre menneskets perspektiv. Evnen kan reduseres av stress. Et eksempel som illustrerer viktigheten av mentaliseringsevnen ved omsorg for barn med RAD, er når barnet har raseriutbrudd. Barn med RAD har som nevnt lav terskel for aggresjon. Der noen foreldre reagerer på barnets raseriutbrudd med sinne, vil en forelder med reflekterende funksjon være opptatt av hva som er årsaken til raseriutbruddet. Det vurderes som en spesielt viktig foreldreferdighet for barn med RAD. Som voksen føles det også lettere når andre lytter til deg og forstår din frustrasjon. Fonagy (2006) har uttalt at «når trygg tilknytning leder til mentalisering, kan man også si at kapasiteten for mentalisering er en markør for trygg tilknytning» (Fonagy 2006 sitert i Brandtzæg et al., 2011). Jeg tolker dette utsagnet som at dersom mentalisering ligger til grunn, kan man også utvikle trygg tilknytning. Brandtzæg et al. (2011) viser til hjelpetiltaket Circle of Security, for å øke fosterforeldrenes mentalisering av barnet.

3.6.2 Sensitivitet

Solhoff (2016) har i sin masteroppgave tatt for seg betydningen av sensitiv omsorg. Solhoff fastslår at sensitivitet i omsorgen er viktig for å fremme trygg tilknytning. Sensitivitet handler om at omsorgsgiver klarer å lese barnets signaler, bedømme barnets emosjonelle tilstand og handle adekvat (Smith et al., 2019). Ainsworth et al. (1978) benytter som nevnt også den samme forståelsen når hun skal skalere sensitivitet i omsorg. Hva betyr sensitiv omsorg for et barn med RAD, hvordan gi god omsorg til et barn som oppleves som så sensitivt selv? Et barn med RAD har allerede utviklet indre arbeidsmodeller som sannsynligvis tilsier at det

ikke er vant til sensitiv omsorg. Barnet er ikke vant til å få beskjed når den voksne forlater rommet eller til å benytte omsorgsgiver som trygg base. Barnet er vant til å ta kontrollen selv og regulere sine egne behov. Sensitiv omsorg betyr å se når barnet blir utrygg eller stresset, og ha satt seg inn i hva barnet trenger på forhånd. Når barnet slår seg skal omsorgsgiver være sensitiv nok til å trøste barnet, selv om barnet ikke gir uttrykk for smerte. Forskning viser at omsorgsgiver evne til å være sensitiv når barnet er stresset fremmer trygg tilknytning (Leerkes, Weaver og O'Brien, 2012 referert i Brandtzæg et al., 2019). Forfatterne skriver videre at dersom positiv interaksjon eller positivt og bekreftende samspill gjentar seg, vil barnet oppleve det som positivt å være i samspill. Marte Meo bygger på den naturlige utviklingsfremmende dialogen mellom foreldre og barn, og har til hensikt å fokusere på det positive i samspillet.

3.6.3 Regulering

Regulering ble i innledningen definert som når omsorgsgiver hjelper barnet med forstå og håndtere egne følelser. Emosjonell dysregulering defineres som vansker med å organisere egne tanker, interaksjoner og handlinger. Utfallet av dette kan være at barnet mister kontrollen på egne emosjoner og reagerer med ulike typer utagering eller selvskading (Broberg et al., 2006). Dersom barnet svarer på en tilnærmelse fra et annet barn eller en voksen, med upassende uttrykk og emosjoner, kan det være ødeleggende for barnets sosialkompetanse. Selvregulering omhandler å balansere egne emosjoner, motivasjon og kognisjon tilpasset situasjonen man står i (Urnes, 2018). Barn med RAD utviser emosjonell dysregulering. De har vansker med å organisere egne tanker, interaksjoner og handlinger, noe som medfører at de mister kontroll på egne emosjoner. Ved tap av kontroll på egne emosjoner kan barnet reagere med utagering og selvskading (ibid). Som omsorgsgiver for barn med RAD vil regulering si at omsorgsgiver må hjelpe barnet med å gjenkjenne og håndtere sine egne følelser, slik at følelsene ikke føles som skremmende for barnet. Traumebevisst omsorg beskrives å bygge på grunnpilarene trygghet, relasjon og affektregulering.

3.6.4 Temperament

Broberg et al. (2006) mener å ha funnet at temperament ikke har innvirkning på tilknytning hos barn generelt. Hos barn med et mer utalt temperament kan man se risiko for

temperamentet kan føre til utrygg tilknytning. Barn med RAD kan slik jeg ser det oppleves som temperamentsfulle. For å kort oppsummere kapittel 3.3 kan disse barna oppleves som aggressiv, selvdestruktiv, depressiv, ute av stand til å roe seg selv ned, aksepterer ikke omsorg gitt på andres vilkår, avvisende, provoserende og sur/nedstemte. Det er alle beskrivelser man normalt sett ville definere under temperament. Det hevdes av Thomas og Chess (1977) at temperament er blant barnets tidlige egenskaper og som utvikles med barnet, mens RAD er noe ICD-10 har beskrevet at med stor sannsynlighet skyldes omsorgssvikt – altså ikke medfødt. Hos barn med RAD vurderes det vanskelig å skille mellom hva som er temperament og hva som er diagnose, spesielt med tanke på at det fortsatt er usikkerhet i kriteriene for diagnosen. En hypotese kan være at barnets temperament leder til utrygg tilknytning, og at utrygg tilknytning utvikles til omsorgssvikt og så resulterer i RAD. På den andre siden har ikke alle foreldre de intuitive foreldreferdighetene som skal til for å skape trygg tilknytning, uavhengig av barnets temperament. Det er vanskelig å redegjøre for hva som skal til for å stabilisere et barns temperament. Dersom begrepet temperament omgjøres til atferd, vil det være flere aktuelle hjelpetiltak, på den andre siden anbefales ikke atferdsregulerende tiltak for barn med RAD (Haarklou, 1998). Dette beskrives ytterligere i kapittel 4.

3.7 Hvilken type omsorgsutøvelse vil barn med RAD profitere på

For å ivareta et barn med RAD vil omsorgsgiver være nødt til å klare å snu barnets allerede etablerte forventninger til omsorgspersonene. Omsorgsgiver må inneha foreldreferdigheter som gjør at de klarer å imøtekomme barnets tilknytningsbehov på en annen måte enn de tidligere har gjort det / andre har gjort det. Brandtzæg et al. (2011) kaller dette for reaktiv omsorgsatferd. Andre behov barn med RAD har, som går igjen i mine funn er; tid, overskudd og kapasitet, tålmodighet, kontroll på eget toleransevindu, støtte, bekreftelse, at fosterforeldrene klarer å stå i avvisning, og at de får hjelp til å regulere sine følelser / hjelp til selvregulering / hjelp til affektregulering.

Barnet har behov for *tid* til å finne sin plass, tid til å finne ro og tid til å føle trygghet. Det har behov for at de voksne har *overskudd og kapasitet* til å imøtekomme alle barnets følelsesuttrykk, forsøk på manipulering, eventuell selvskading, både fysisk og verbal aggressivitet/utagering, manglende selvregulering og negativ holdning. Barnet har behov for fosterforeldre som tåler følelsen av å stå alene når barneverntjenesten ikke svarer på telefonen eller når klokken er etter normal arbeidstid. Sist men ikke minst har jeg erfaring med at

fosterforeldrene etter en stund gir uttrykk for at barnet de har fått under sin omsorg er sykt. Barnet har behov for psykologisk hjelp, fosterforeldrene er ikke terapeuter og de kjenner på både manglende kompetanse og manglende evner. Etter min vurdering henger dette sammen med det som oppgaven ovenfor har beskrevet som manglende definisjon av lidelsen. Symptomene er vanskelig å diagnostisere og kompetansen om tilknytningsforstyrrelser hos de som rekrutterer og lærer opp fosterhjem er for svak. Fosterforeldrene kjenner på en manglende evne, de mister troen på egen omsorgsevne og på barnets potensiale. *Tålmodighet og kontroll på eget toleransevindu* henger sammen med det som er beskrevet under overskudd og kapasitet. Med *støtte* menes det at barnet trenger støttende fosterforeldre, i tillegg til at barnet behøver at fosterforeldrene opplever at de har støtte. Barnet har behov for *fosterforeldre som klarer å stå i avvisning*. Avvisning er et symptomtrekk ved diagnosen, som gjør omsorg vanskeligere å gi. Barnet har i tillegg behov for *hjelp til å regulere sine følelser / hjelp til selvregulering / hjelp til affektregulering*.

I innledningen definerte oppgaven begrepet tilknytning. Seifer and Schillers (1995) viser til fem hovedkomponenter i tilknytning; 1. *Tilknytningsatferd*; atferd barnet viser for å øke nærhet og kontakt med omsorgsgiver, 2. *Utforskning*; atferd barnet viser når det øker avstanden til foreldrene under utforskning av omgivelsene, 3. *Tilknytningssystem*; barnets indre arbeidsmodeller som balanserer nærhet og utforskning for barnet. 4. *Tilknytningsstrategi*; helhetlig organisering over alle former for relasjon til foreldrene som opprettholder tilknytning, 5. *Tilknytning*; det emosjonelle båndet som oppstår mellom barnet og deres foreldre. Etter min vurdering vil man finne barnets behov som definert over igjen i disse fem komponentene, det benyttes bare andre ord og begreper for det samme.

Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, og Løkke (2009) skriver i boken «Perspektiver på psykisk helse» at forskning på mennesker viser at man har to biologiske systemer som fremmer tilknytning og reduserer stress; oxytocin-systemet og dopamin-systemet. Oxytocin virker å fremme fysisk nærhet, omsorgsattferd og affektregulering, samt fremme dannelse av sosiale relasjoner. Dopamin-systemet er virksomt i forhold til hvordan kroppens aktivitetsnivå påvirkes av forventninger av positive og negative opplevelser, for eksempel livslys og pågangsmot. Dopamin-nivået øker umiddelbart dersom et barn opplever uventet positiv hendelse. Om barnet forventer en positiv hendelse ut fra tidligere erfaringer, øker dopamin-aktiviteten. Dersom det positive i hendelsen uteblir synker dopamin-aktiviteten gradvis. Hos småbarn som opplever lange eller gjentatte adskillelser fra mor, endres dopamin-aktiviteten. De to overnevnte systemene, motvirker sammen stress-systemet, og er det biologiske

grunnlaget for tilknytning de første leveårene (ibid.). Kortisol er kroppens stresshormon. Kortisol utløses ved stress, opplevelse av tap eller ved barnemishandling. Sistnevnte omtales som toksisk stress. Disse endringene i kroppen kan gi langvarige og potensielt livsvarige konsekvenser. Hovedmålsettingen ved endring i barnets omsorgsbetingelser, er at omsorgsgiver evner å nedregulere barnets stressnivå (Urnes, 2018).

3.8 Oppsummering

Den engelske utgaven av ICD-10 har fokusert på hvilke kriterier som skal til for å få diagnosen. Den norske oversettelse av ICD-10 har også tatt for seg på hvilke områder diagnosen skiller seg fra gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Symptomene på RAD er dårlig selvbilde, mangel på selvkontroll, manglende sosialkompetanse, aggresjon og vold, manglende evne til å stole på voksne, stress, vise følelser og utvikle intimitet. Barn diagnostisert med RAD mangler også evnen til å tenke konsekvenser av egne handlinger. Symptomer av RAD kommer til uttrykk på flere ulike områder; både atferdsmessig, kognitivt, følelsesregulering, sosialt, fysisk i form av lav selvfølelse, og moralsk i form av utvikling av empati.

Oppsummert er det syv overskrifter som utpeker seg som hovedutfordringer hos barn med diagnosen;

1. Barnet kan utvise utagerende og aggressiv atferd ovenfor seg selv og andre
2. Barnet kan ha lavere kognitiv fungering
3. Barnet mangler verktøy for å regulere egne følelser
4. Barnet har lite utviklet sosialkompetanse
5. Barnet avviser ofte emosjonell kontakt
6. Barnet har dårlig utviklet evne til empati
7. Barnet har mulighet for positiv utvikling under gode omsorgsbetingelser

For å vurdere intervensjoner/hjelpetiltak som kan bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med RAD og deres fosterforeldre, er det også hensiktsmessig å oppsummere hvilken form for omsorgsutøvelse barn med RAD har behov for. Herunder fosterforeldre som har tid, overskudd og kapasitet, tålmodighet, kontroll på eget toleransevindu, kan støtte det, bekrefter det, at de klarer å stå i avvisning, og at de hjelper barnet med å regulere sine følelser / utvikler

deres selvregulering / hjelp med affektregulering.

*«Å forstå utviklingspsykologisk teori,
betyr å forstå hva det
tilknytningsskadede barnet trenger».
(Haarklou, 2010, p. 1)*

Kapittel 4

I dette kapitlet redegjøres det for funn innsamlet for å besvare forskningsspørsmålet «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre?» Kapitlet omhandler presentasjon av forskningsresultatene av mine søk, og drøfting av disse.

Ved gjennomgang av materiale funnet til denne masteroppgaven, framkommer det flere sentrale punkt som har til hensikt å forbedre barn med RAD sin tilværelse. Utfordringen med materialet var å finne funn knyttet til RAD, slik ICD-10 og DSM-V definerer diagnosen. Inntil 2013 definerte DSM manualen, som tidligere nevnt, også «Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndom» innenfor «Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndom». Jeg har blant funnene forsøkt å ta kun utgangspunkt i materiale omtalt som gjeldende for «RAD inhibitert». Jeg har vurdert mine funn innenfor fire hovedområder som tiltak for å fremme trygg tilknytning; fosterhjem, intervensjon, kompetanseheving og informasjon/samarbeid.

4.1 Fosterhjem

Forskning synes å se plassering i «high quality» fosterhjem som et tiltak i seg selv for å fremme tilknytning (Guyon-Harris et al., 2018; Zeanah & Gleason, 2010). Det vises til at fosterhjems plassering reduserer symptomer på RAD, og at alder hos barnet ved fosterhjems plassering har betydning for hvor fort reduksjon i symptomer hos barnet er synlig. Galanter og Jensen (2009, p. 542) skriver ”Quality foster care itself can be a powerful intervention”.

Bos et al. (2011) hevder at resultater fra intervensjonen «Bucarest Early Interventions Program» (BEIP), har vist at fosterhjems plassering reduserer symptomer på RAD. Som første RTC studie av fosterhjem som en intervensjon for institusjonaliserte barn, bekreftet BEIP tidligere funn av samme resultat og understreker fordelene med tidligst mulig fosterhjems plassering for barna med RAD. Zeanah skriver at plassering i fosterhjem sammenlignet med plassering på institusjon fører til bedre tilknytning og reduksjon i

symptomer på RAD. Jo tidligere fosterhjems plassering fra institusjon gjennomføres, jo bedre resultat (Zeanah et al., 2004; Zeanah et al., 2005a). Intervensjonen BEIP omtales ytterligere i neste delkapittel.

Hvorvidt forskningen kan generaliseres er vanskelig å si, det avhenger av kvaliteten på de aktuelle institusjonene i studien sammenlignet med kvaliteten på fosterhjemmene barna flyttet til. Det framkommer i alle fall tydelig at fosterhjem er et bedre alternativ for barn med RAD enn institusjon. Diagnosen synes å kunne føre til psykopatologi i voksen alder, samtidig som det også hevdes at fosterhjem reduserer sjansen for psykopatologi. Det synes det å være forsket for lite på voksne med RAD, til å kunne predikere om fosterhjems plassering reduserer sjansen for psykopatologi, selv om kvaliteten på daglig omsorg etter fosterhjems plassering blir bedre (Boris et al., 2005; Rutter et al., 2009; Zeanah & Smyke, 2008). Psykopatologi senere i livet kan blant annet ha sammenheng med alder på barnet og hva det har opplevd fra, og i samspill med omsorgspersoner før det ble plassert i fosterhjem (Sheperis et al., 2003). En begrensning av disse studiene etter min syn, er at de ikke sier noe om hvorvidt fosterhjems plassering har samme effekt i de tilfellene barnet flyttet fra biologisk hjem til fosterhjem. Det er også naturlig å undre seg over hvorvidt manglende positiv endring i symptomer hos barnet, et tegn på sviktende omsorg i fosterhjemmet.

4.2 Intervensjoner

Kinsey og Schlosser (2013) utførte en litteraturstudie på 20 forskjellige intervensjoner brukt for veiledning i fosterhjem i Storbritannia og USA. De valgte å dele intervensjonene i fem kategorier; 1. Wraparound-tjenester (beskrives som tjenester som har som mål å gi omfattende støtte til hele fosterfamilien, og til relaterte tjenester. Tjenestene tilbys av psykologer, sosionomer og sykepleiere). 2. Relasjonelle intervensjoner, 3. Ikke-relasjonelle intervensjoner for fosterhjem og barn, 4. Opplæringsprogrammer for fosterhjem, og 5. Intervensjoner for fosterbarnet. Relasjonelle intervensjoner beskrives å fokusere på relasjonen mellom fosterforeldre og barnet. Intervensjonene denne masteroppgaven tar for seg anser jeg å tilhøre under kategorien relasjonelle intervensjoner.

I kategorien relasjonelle intervensjoner framkom det fire intervensjoner, hvorav én av disse var en variant av intervensjonen «De Utrolige Årene». To av intervensjonene tok for seg leketerapi, mens den siste intervensjonen «Attachment and Biobehavioural Catch-up (ABC)»

var et program laget spesielt for fosterforeldre som nylig hadde fått omsorgen for et barn (Brandtzæg et al., 2019). Programmet beskrives av Kinsey og Schlosser (2013) å benytte tilknytningsteori som grunnlag for å hjelpe omsorgspersoner til å lære å tolke barnets oppførsel, undertrykke egne tilknytningsproblemer og skape en omsorgssituasjon som hjelper barnet med å utvikle selvregulering. Metoden ble gitt i individuelle sesjoner for fosterforeldre og barn, og fokuserte på samspillet mellom disse. Fire studier vurderte effektiviteten av ABC-intervensjonen, henholdsvis Dozier et al., 2006, Dozier et al., 2008, Dozier et al., 2009 og Sprang, 2009 (Kinsey & Schlosser, 2013). To av studiene vurderte virkningen på barnets atferd. Den ene fant ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsbarn og barna fra kontrollgruppen. Den andre studien fant imidlertid en betydelig forskjell på ved bruk av kartleggingsskjemaet CBCL.

De to siste studiene vurderte virkningen på barnets kortisolnivå. De samlet spyttprøver fra barna ved daglig måling av kortisolproduksjon, og fant at intervensjonsbarn viste signifikant lavere kortisolverdier etter intervensjon enn barna i kontrollgruppen, og ingen forskjell sammenlignet med barn som aldri hadde vært i fosterhjem. Den siste studien målte virkningen på tilknytningsatferd ved bruk av dagbok for fosterforeldre og fant en betydelig forbedring i unngåelsesstrategier, men ingen signifikant forskjell i rapportert trygghet (Kinsey & Schlosser, 2013). Det beskrives at studien har blandede resultater, og dermed krever mer forskning for å kunne fastslå effekt. Overnevnte forskning vises til også av Galanter og Jensen (2009).

Zeanah et al. (2005a refererer til Zeanah, Nelson, et al., 2003) beskriver prosjektet «Bucarest Early Interventions Program» (nevnt i kap. 4.1.1), som hadde som mål å finne ut om fosterhjem kunne forbedre institusjonaliserte barns utviklingsproblemer. 136 institusjonaliserte barn i Romania ble fulgt over tid, og ved en tilfeldig utvelgelse ble de delt inn i to grupper der noen av barna ble flyttet i fosterhjem mens resten fortsatte å bo på institusjon. Prosjektet gjennomførte særskilt opplæring av fosterhjemmene før plassering. Etter plassering fikk hjemmene oppfølging i form av besøk hver 10-14 dag, der barnets utvikling og atferd ble diskutert og observert, samspill mellom barnet og fosterforeldrene ble observert, fosterforeldrenes håndtering av og samspill med barnet ble anerkjent, samt at ulike intervensjoner (leketerapi, sosialisering i grupper, samspillsveiledning, support grupper etc.) ble gjennomført ved behov. Programmet konkluderte med at positive endringer i omsorgssituasjonen førte til at symptomer på RAD ble kraftig redusert. Overnevnte eksempel

er et av flere gjennomførte studier, med lignende resultat (Anna T. Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2005a).

Cooper, Hoffman, Powell, og Marvin (2005); Hoffman et al. (2006) beskriver COS protokollen som et lovende inngrep for reduksjon av uorganisert og utrygg tilknytning. Familierapi benevnes også, der hovedmålsettingen snu barnets allerede etablerte tilknytningsmønstre (Stinehart, Scott, & Barfield, 2012a). Galanter og Jensen (2009) skriver at COS kan være et nyttig tiltak for å fremme trygg tilknytning, redusere negativ atferd og normalisere kortisolnivå.

Fearon (2017) viser til intervensjonen «Attachment and Biobehavioural Catch-Up-programme», som benytter video-feedback-teknikker. Intervensjonen er rettet mot foreldre-barn relasjonen som antas å forstyrre barnets selvregulering og tilknytning. Ønske om å skape en trygg base for barnet der fosterforeldrene klarer å stå i avvisning, og økt kompetanse om traume. Andre intervensjoner som benytter video som grunnlag for veiledning er «Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting» (STEEP) og «Wait, Watch and Wonder». Intervensjonene benyttes hovedsakelig for barn inntil tre år, og går ut på å fremme grunnleggende foreldreferdigheter, bygge tilknytning, styrke foreldres selvtillit og bedre forhold mellom barn og omsorgsgiver. Samspillet mellom omsorgsgiver og deres babyer filmes slik og benyttes i diskusjon med foreldrene om det man kan se av videoen. Intervensjonene har visst effekt i barnets atferd, foreldrenes følelser og i samspillet mellom barn og foreldre (Moorer, 2007). Det er for øvrig uklart hvorvidt disse intervensjoner som Moorer (2007) nevner benyttes i samarbeid med biologiske foreldre eller fosterforeldre.

Marr (2014) har skrevet en doktoravhandling om sammenhengen mellom kognitiv fungering og diagnosen RAD, der hun ønsker å finne ut av om barn med diagnosen har nedsatt kognitiv fungering. I avhandlingen viser hun til veiledningsmodellen «The Neurosequential Model of Therapeutics» utviklet av dr. Bruce Perry. Modellen beskrives hverken som en terapeutisk teknikk eller intervensjon, men som en utviklingssensitiv, nevrobiologisk tilnærming til klinisk arbeid. Modellen søker å forstå utviklingstraumet til barnet og hvilke områder i hjernen som er mest skadet av omsorgssvikt og misbruk. Perry og Hambrick (2008) selv beskriver at håpet med modellen er at man ved å bedre forstå hvordan hjernen endrer seg, også bedre vil forstå effekten av mishandling på barnet og dermed potensielle strategier for effektiv intervensjon. Forfatterne har videreutviklet Bowlbys tilknytningsteori ved å også ta inn betydningen av den nevrologiske utviklingen i hjernen på barnet, mens det lever under

sviktende omsorg. I tillegg tar den for seg barnets historikk og opplevelser som settes sammen med barnets utvikling i hjernen. Barnet lærer for eksempel pusteøvelser og muskelavslapning for å bedre kontrollere hjernens reaksjoner. Modellen har likhetstrekk med TBO's toleransevidu og beskrivelser av hjernens reaksjon, ettersom at også denne modellen utvikler kart over hjernen for å forstå barns reaksjoner bedre. Samtidig framstår det som modellen først og fremst benyttes ved behandling utført av psykologer og leger, og ikke av ansatte i barnevern og av fosterforeldre. Vurdering av effekt er ikke omtalt i Marrs avhandling, og det vurderes å falle utenfor denne oppgavens ramme også. Hun konkluderer for øvrig med at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom nedsatt kognitiv fungering og RAD. Samtidig vurderer hun det som en begrensning av oppgaven, at gruppen av barn med RAD og gruppen av barn uten RAD begge har opplevd svikt i omsorg. Hovedgruppe og kontrollgruppe ble derfor vurdert å mulighetens være for homogen.

Joachim Haarklou har skrevet to artikler som tar for seg historien om Emma. Haarklou (1998, 2010) beskriver i første artikkel Emmas fungering da hun først ble diagnostisert med RAD, mens andre artikkel tar for seg Emmas fungering ti år etterpå. Han mener behandling er å gi det barnet ikke fikk før omsorgsplasseringen. At tilknytningsforstyrrelse skal behandles med tilknytning og med kjærlighet. Han viser til tiltak som Marte Meo eller COS for å bidra til å fremme tilknytning (Haarklou, 1998) (Haarklou, 2010).

4.3 Kompetanseheving

I kapittel 3 har vi fastslått at RAD er en diagnose det blant fagpersonell og forskere hersker uenighet og usikkerhet om. Samtidig hevdes det å være relativt høy forekomst av diagnosen i utsatte grupper, herunder barnevernsbarn (Boris et al., 2004; Zeanah et al., 2004).

Det beskrives i funnene et behov for større fokus på tilknytning ved rekruttering av fosterhjem. Ansatte som jobber med barnevern, veiledning av fosterhjem og rekruttering av fosterhjem bør ha ytterligere kunnskap og utdanning om tilknytningsteori, og potensielle skader hos barn som følge av omsorgssvikt og misbruk. Psykisk helsepersonell som jobber med RAD, bør være godt kjent med gjeldende forskning samt delta i å utvikle validerte, effektive behandlingsalternativer for diagnosen (Stinehart, Scott, & Barfield, 2012b). Zeanah et al. (2005a) fastslår behov for kompetanseheving i hjelpeapparatet innenfor to områder; bedre forståelse for å vurdere *når* et barn har behov for at fosterforeldrene mottar hjelpetiltak.

Det andre er å utvikle en bedre vurdering av *hvilken* intervensjon familien er i behov av for å opprette et tilknytningsbånd til barnet.

4.4 Informasjon/samarbeid

Sist men ikke minst beskriver funn at barn med RAD behøver voksne rundt seg som samarbeider til det beste for barnet. Jeg tolker dette som behov for bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, samt at fosterforeldre og biologiske foreldre klarer å samarbeide til det beste for barnet. Det beskrives som viktig med informasjon til alle rundt barnet om diagnosen, symptomer på diagnosen og om barnets behov (Haarklou, 1998; Sheperis et al., 2003). For at barna skal ha et sosialt og faglig utbytte i barnehager og skoler, må personale som jobber med barna ha kompetanse om håndtering av barnet. Det er også viktig at biologiske foreldre som skal ha samvær med barna, har kjennskap til diagnosen og på hvilken måte de best kan møte barnet (Monsen, 2013). Egen erfaring tilsier at barn med RAD fort legges merke til. Det stilles ofte spørsmål ved omsorgen i fosterhjemmet på bakgrunn av barnets atferd, og på bakgrunn av de ulike opplevelsene av barnets atferd. Samarbeid mellom barnehage/skole og hjem preges raskt av mistillit og mangel på forståelse for hverandres ståsted. Barnas atferd kommer ulikt til uttrykk i forhold til hvem barnet er sammen med og hvor de er. Dette kan omhandle indre arbeidsmodeller, eller det kan være manipulasjon fra barnets side. Overnevnte syn bekreftes av Haarklou (1998).

Som beskrevet tidligere kan samvær med biologiske foreldre skape utrygghet for barnet (Galanter & Jensen, 2009). Barnet kan uttrykke ønske å treffe sine foreldre, men når samvær skal gjennomføres påvirkes barnet av de indre arbeidsmodellene, traume og diagnose i den grad at samvær blir for krevende. Barnets reaksjon kan komme av at barnet tar i bruk de indre arbeidsmodellene det har utviklet for sine foreldre, barnet kan preges av savn av foreldrene eller sorg og sinne over tapet av foreldrene (Bowlby, 1994). Det biologiske prinsipp som ivaretar barnas rett til samvær med sine foreldre kan på den måten utfordre prinsippet om barnets beste.

4.5 Konsekvenser av feil diagnostisering og intervensjoner som ikke anbefales

Feildiagnostisering, som omtalt i kapittel 3, har betydning også for barnevernfaglige hjelpetiltak. Barn med tilknytningslidelser blir ifølge Sheperis et al. (2003) ofte feildiagnostisert med ADHD, atferdsforstyrrelse, depresjon eller opposisjonell adferdsforstyrrelse. Feildiagnostisering fører til ineffektiv behandling fordi de underliggende problemene ikke blir adressert. Feildiagnostisering kan også føre til at utfordringer i fosterhjemmet avhjelpes med feil hjelpetiltak.

Dersom barnet diagnostiseres med ADHD kan intervensjoner som PMTO (Parent Management Training Oregon eller MST (multisystemisk terapi) iverksettes. Disse intervensjonene bygger mer på atferdsregulering enn på relasjonsbygging, og har vært kritisert for å ikke møte barn psykologiske behov (Haarklou, 1998). Feilinformasjon og ineffektiv rådgivning kan videreføre og eventuelt øke utmattethet/utbrenthet hos fosterforeldre, og i ytterste konsekvens føre til at barn utsettes for gjentatte brudd med fosterhjemmet (Sheperis et al., 2003).

Det ble også funnet metodikk som benyttes, men ikke anbefales; holdeterapi. Holdeterapi beskrives som en kontroversiell form for terapi som eksisterer spesifikt for tilknytningsforstyrrelser. Hensikten med terapien er å gi barnet en opplevelse av gjenfødelse, samtidig som det skal ha en beroligende effekt. Kritikken av holdeterapien omhandler faktum at holdning kan føre til motsatt effekt; økt aggresjon. Det strides mellom hvorvidt denne formen for terapi har ønsket effekt, noen fagpersoner og foreldre har formidlet at de er fornøyd med metoden. Andre fagpersoner er kritisk til bruken, og sammenligner terapien med tvang og sterk kontroll. Teknikken har ifølge artikkelforfatteren også ført til dødsfall, noe som medførte at flere stater i USA forbydde terapien (Stinehart et al., 2012b). Jeg vil ikke tematisere dette ytterligere i oppgaven, jeg vurderte det likevel som hensiktsmessig å nevne ettersom at jeg selv har deltatt på kurs i holdeteknikk, som et tiltak for barn med RAD. Psykofarmalogisk terapi – medisinerer, har ingen støtte hverken teoretisk eller empirisk. Eldre barn med komorbide lidelser kan ha effekt av medisinerer, men da er det ikke relatert til RAD (Galanter & Jensen, 2009).

4.6 Oppsummering

Oppsummert har jeg i forbindelse med forskningsspørsmålet «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre?», funnet at det er viktig å jobbe med samspill mellom barnet og fosterforeldrene. Forskning viser til god effekt ved flytting fra institusjon til fosterhjem, men det forutsettes at fosterhjemmene i utgangspunktet er gode av kvalitet. Det bør iverksettes intervensjon for å fremme tilknytning, og det trengs kompetanseheving for vurdere hvilken hjelp familien trenger og til hvilken tid. I tillegg er min vurdering at intervensjonene det vises til i mine funn gis over et lengre tidsperspektiv enn intervensjonene jeg skal presentere i neste kapittel.

Når det gjelder intervensjoner konkluderer funn i stor grad med at den beste terapi er det neste samspillet (Haarklou, 1998, 2010). Med det menes det at det er et behov for foreldreveiledning med fokus på konsekvent, men kjærlig omsorg. Veiledningen bør i tillegg være mer tilgjengelig (Bos et al., 2011). Barn med RAD behøver omsorg der barnet møtes av trygge tilknytningspersoner som ved gjentatt og forutsigbart samspill, gir barnet mulighet til å utvikle nye indre arbeidsmodeller. Det vises til familiefokuserte og tilknytningsbaserte intervensjoner, men mest i forbindelse med små barn (Galanter & Jensen, 2009). Det framkommer også at intervensjoner bør gis over tid/være omfattende i form (Bos et al., 2011).

I den grad det i utenlandsk litteratur beskrives hvilken type hjelp familiene profitterer på, omtales hverken Marte Meo eller traumebevisst omsorg ved navnet vi kjenner de ved, men det vises til videobasert veiledning og veiledning sett fra en traumeperspektiv (Fearon, 2017; Marr, 2014; Moorer, 2007). Circle of Security, eller betegnelsen «trygghetssirkelen» har vært nevnt i noen av de utenlandske artiklene, men hovedsakelig av tiltakseiere (Cooper et al., 2005; Galanter & Jensen, 2009; Hoffman et al., 2006). Familieterapi benevnes også, der hovedmålsettingen snu barnets allerede etablerte tilknytningsmønstre (Stinehart et al., 2012a). Et måleinstrumentet for å vurdere effekt av intervensjoner, er om symptomer på RAD avtar.

Det beskrives behov for kompetanseheving på generelt grunnlag for som har med diagnosen å gjøre. Det trengs mer forskning for å validere diagnosekriterier, mer forskning å tilby bedre intervensjoner, kompetanseheving blant ansatte i barneverntjenesten, ved rekruttering av fosterhjem og for de som skal ivareta omsorg for barnet. Det bør i tillegg være et (tverrfaglig) godt samarbeid rundt barnet, bygget på kompetanse og kunnskap om diagnosen, slik at barnets atferd forstås til det beste for barnet.

Det kan forøvrig framstå som om Storbritannia og USA (landene som i størst grad var representert i mine funn) har rutiner for bedre samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn, ved alvorlige diagnoser som RAD. Dette kan naturlig være et feilaktig bilde ettersom artiklene viser til forskning på diagnosen, samtidig synes intervensjonene det vises til å være mer omfattende kontakt med psykolog en hva jeg er kjent med fra min praksis.

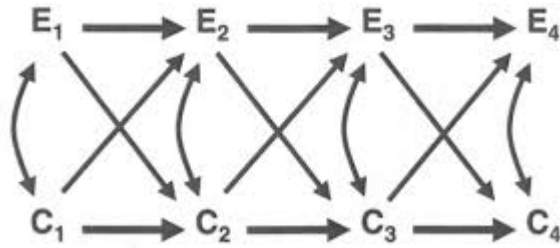
*«Kjernen i tilknytnings- og mentaliseringsfremmende tiltak er å forbedre den affektive kommunikasjonen mellom foreldre og barn slik at barn i mindre grad opplever mikroseparasjon»
Brandtzæg et al. (2011, p. 170)*

Kapittel 5

I dette kapitlet beskrives transaksjonsmodellen for å belyse hvordan intervensjoner kan fremme tilknytning. Kapitlet skal videre presentere og effektvurdere intervensjonene barneverntjenesten benytter for å fremme tilknytning mellom barn og fosterforeldre; Circle of Security, Marte Meo og forståelsesrammen Traumebevisst omsorg. Det drøftes så hvorvidt tiltakene vurderes å fremme tilknytning for barn med RAD.

5.1 Transaksjonsmodellen

Forskning og kunnskap, helt tilbake til Bowlby, har vist oss at tilknytning har stor innvirkning på barns fungering og utvikling. Sameroff (2009) hevder at barn indirekte har en innvirkning på egen utvikling, og mener med det at barnet og omgivelsene gjensidig påvirkes av hverandre i et komplisert og dynamisk samspill. Han kaller dette transaksjonsprosesser. Transaksjonsmodellen ble første gang presentert i 1975 av Sameroff og Chandler. Sameroff og Chandler presenterte først en annen modell, det er den reviderte modellen som presenteres her. Den nye modellen ble vurdert å være bedre som base for testing av hypoteser (Sameroff, 2009). Figur 1 viser hvordan man ved bruk av modellen kan forstå hvordan person og miljø gjensidig påvirker hverandre over tid. Oppgaven vil ikke gå i dybden av beskrivelsen av transaksjonsmodellen, men den vises for å belyse hvordan kvalitet på miljøet (fosterforeldrenes omsorgsevne) gradvis og over tid, kan påvirke samspill mellom foreldre og barn positivt. På samme måte kan dårlig omsorgsevne resultere i uheldige ringvirkninger og potensielt forverring i daglig omsorg.



Figur 1: Revidert transaksjonsmodell.

Transaksjonsmodellen symboliserer den gjensidige påvirkningen mellom person og miljø, hvor C representerer personen og E presenterer miljøet. Numrene symboliserer at påvirkningen skjer over tid. Modellen er hentet fra *The Transactional Model of Development*, Sameroff (2009 p. 13).

Et eksempel på hvordan transaksjonsprosesser kan være individuell ser man ved sammenligner biologiske søsken i fosterhjem. Søsknene har samme far og mor og har bodd sammen hele sitt liv, men likevel ha hatt ulik oppdragelse og ha blitt påvirket ulikt av sine omgivelser. Fosterfar kan ha et komplisert samspill med den eldste av sine fostersønner; barn 1, fordi barn 1 trigger han. Fostermor kan derimot ha et bedre samspill med barn 1, på tross av at han har RAD, fordi han ikke trigger henne på samme måte. Barn 2 kan derimot ha et positivt samspill med fosterfar. Barn 2 kan samtidig føle seg avvist av barn 1 og usikker på fostermor, fordi han opplever seg tilsidesatt til fordel for barn 1. Overnevnt samspill vil ha ulik betydning for guttene, og guttenes atferd har ulik innvirkning på fosterforeldrenes samspill med guttene. Guttene utvikler hver for seg ulike indre arbeidsmodeller for hver av fosterforeldrene, og for hverandre.

Med transaksjonsmodellen ønsker oppgaven å belyse hvordan gode intervensjoner kan ha betydning for å fremme tilknytning. De siste tiårene har det vært en rådende teori om at tidligere erfaringer har stor betydning for senere utvikling. Smith og Ulvund (1999) hevder at konsekvensene av langvarig og uheldige erfaringer i spedbarnsalderen kan reverseres, under forutsetning av at det skjer forbedringer i daglig omsorg. Forfatterne viser til forskning utført av A. Freud & Dann (1951) og Maas (1963), og konkluderer med at også adoptivbarn med tidligere alvorlige traumer kan ha normale liv.

5.2 Intervensjoner

I 2012 ble det publisert en NOU utredning med overskriften «Bedre beskyttelse av barns utvikling» (NOU 2012:5). NOU uttaler seg om barnevernets hjelpetiltak som følger;

Det er av stor betydning at barneverntjenesten velger rett tiltak til rett formål. I mange tilfeller kan omsorgskompetansen kun bedres gjennom evidensbaserte veiledningsprogrammer for omsorgspersonene, gitt med riktig dose og innhold. Det er av stor betydning at de tiltak som barnevernet har tilgang til har norsk eller internasjonal evidens. Med evidens menes at det foreligger forskning som sannsynliggjør at tiltaket har den tilsktede effekt. Tiltak som ikke har slik evidens, men som ønskes brukt, eller som allerede er i bruk i barnevernet, må effektvurderes så raskt som mulig. Det henvises til databasen <http://ungsinn.uit.no> for oversikt over tilgjengelige tiltak innen barn og unges psykiske helse, barnevern og skole og deres evidensnivå. (NOU 2012:5, p. 62).

Ungsinn opererer på sine internettsider med to forskjellige klassifiseringskriterier. I artikler produsert fram til 2015 baserte de seg på disse fire evidensnivåene, suksessivt beskrevet; 1: potensielt virksomt tiltak, 2: sannsynlig virksomt tiltak, 3: funksjonelt virksomt tiltak og 4: dokumentert virksomt tiltak. I 2015 ble det utviklet nye klassifiseringskategorier, basert på 5+1 evidensnivåer som er suksessivt beskrevet slik; 0: Uvirksomt tiltak, 1: Godt beskrevet tiltak, 2. Teoretisk begrunnet, 3: Noe dokumentasjon, 4: Tilfredsstillende dokumentasjon og 5: Sterk dokumentasjon (Eng, 2013, 2015).

5.3 Circle of Security

Circle of Security kommer fra USA og ble utviklet av Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, og Jahr (2015). Trygghetssirkelen, som den heter på norsk, kan forstås på fem områder; Et begrepsapparat, en tilnærming, en modell, en konkret behandlingsmetode og et foreldreveiledningsprogram (Circle of Security – parenting).

Intervensjonen baserer seg på at alle barn trenger en omsorgsperson som yter god emosjonell omsorg. Når barnet utforsker er hensikten at den voksne skal være barnets trygge base, som det henvender seg til for trøst, støtte og oppmuntring. Ved behov for trøst og støtte, skal den voksne være sikker havn for barnet å returnere til når noe truer det (Powell et al., 2015). Målet med intervensjonen er å fremme trygg tilknytning mellom barn og dets omsorgspersoner

(Brandtzæg et al., 2011). Drugli (2012 b) skriver at COS miljøet ble delt i to etter en konflikt innad i gruppen. I dag finnes det derfor to modeller/versjoner; COS International og COS Virginia. Tiltakene eies av Marycliff Institute i USA og er begge tatt i bruk i Norge. I denne masteroppgaven beskrives COS International. I Norge distribueres tiltaket av Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg (Eng, 2012). Brandtzæg et al. (2019) skriver at man innfor COS International grovt sett snakker om to ulike protokoller; COS Intervention og COS Parenting.

5.4 Circle of Security Intervention utforming

COS Intervention er en individuelt målrettet intervensjon som gis i grupper, for 5-6 (foster)foreldre med barn i alderen 0-6 år. Det anslås 15-20 treffpunkt sammen med en eller to terapeuter. I samlingene vises omsorgspersonene videoer, videoene gir grunnlag for refleksjon og veiledning på samspillet mellom foreldrene og deres barn. Foreldrene skal i løpet av intervensjonen ha utviklet en trygg base ovenfor barna sine, lært om tilknytning og betydning av tilknytning, utviklet egen evne til å forstå og tolke egne barns signaler, samt styrke egen følelsesmessig tilgjengelighet i samspill med barnet. Intervensjonen kan også gjennomføres individuelt, da tilrettelegges varighet av veiledning til det enkelte behov (Drugli, 2012 b).

Før intervensjonen starter gjennomføres det enten «still face» for barn under ett år, eller «fremmed-rom situasjonen», for barn over ett år. «Still face» er en arrangert situasjon der foreldrene først har normalt samspill med barnet, for så å ikke vise barnet noe respons, også ende med normalt samspill igjen. Metodene benyttes for å avdekke barnets relasjonelle strategier under stress. Man vil da være opptatt av barnets reaksjon på endringene i samspillet. «Fremmed-rom situasjonen» er bygget på Fremmedsituasjonen som beskrevet i kapittel 2.9. Hensikten er her å vurdere tilknytningskvalitet mellom forelder og barn (Drugli, 2012 b).

Det gjennomføres også intervju med 24 spørsmål av foreldrene for å avdekke foreldrenes mentale arbeidsmodell av barnet. Det er også ønskelig å finne ut av foreldrenes tilknytningserfaringer fra egen oppvekst. Intervensjonen bygger på moderne tilknytningsteori (Cooper et al. 2005), metoden er godt beskrevet gjennom en oversiktlig manual, samt i Norge og internasjonale bøker og publikasjoner. For å kunne benytte COS Intervention må man gjennomføre et opplæringskurs på 10 dager, samt delta i veiledning i 1,5 år. Protokollen er mest egnet til bruk i andrelinjetjenesten (Brandtzæg et al., 2011; Drugli, 2012 b) og benyttes

etter min erfaring ikke av barneverntjenesten selv. Det vurderes likevel som hensiktsmessig å ta den med, ettersom at mine funn ikke omtaler COS Parenting spesifikt.

5.4.1 Circle of Security - Parenting (COS P)

Circle of Security – parenting (COS P) er et psykoedukativt tiltak som baserer seg på tilknytningsteori og forskning (Berlin, Zeanah og Lieberman, (2008), referert i Torsteinson, Brandtzæg, og Powell (2010)). COS behandlingen består av fem «relasjonelle kapasiteter ved omsorgsgiver; forståelse av barnets behov i relasjon til omsorgsgiver, observere og tolke barnets atferd, refleksiv funksjon, emosjonell regulering og empati (Torsteinson et al., 2010).

COS P er COS Internationals forebyggingsversjon. Tiltaket retter seg mot en bred gruppe foreldre og barn, og har som målsetning å fremme trygg tilknytning. Tiltaket kan fungere som et universalforebyggende tiltak ved skolehelsetjenesten, helsestasjonen eller i barnehager (førstelinjetjenesten). Når det er snakk om alvorlige tilknytningsvansker, benyttes ikke COS Parenting alene. For å kunne benytte programmet kreves det en deltakelse på et fire dagers opplæringskurs. Det er ingen krav om sertifisering, da programmet regnes som selvinstruerende (Drugli, 2012 a). Dette er modellen barneverntjenesten benytter for veiledning av både biologiske foreldre og fosterforeldre.

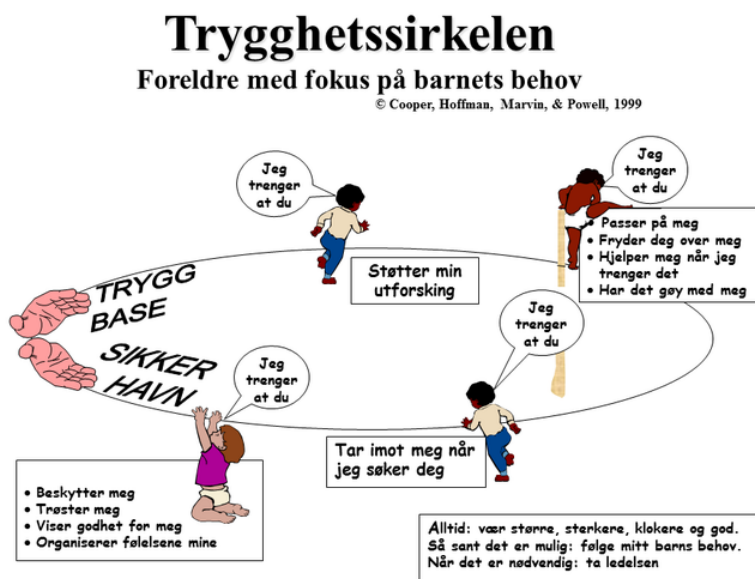
5.4.2 COS P's utforming

COS P programmet er et psykoedukativt program som tilbys pr DVD. Programmet kan tilbys foreldre enten individuelt eller i gruppe, og foregår over åtte ganger á 1,5 timer. I samlingene fokuseres det på elementer i tilknytningsteorien på bakgrunn av et ferdig utviklet DVD-program med grafisk materiale, men i motsetning til COS Intervention ser ikke klientene film av seg selv, de ser på ferdig videoklipp laget for å illustrere det samme. COS Parenting er således mindre krevende i form av forberedelser, både for klient og for veileder (Brandtzæg et al., 2019). Veiledningen har som målsetning å fremme tilknytning mellom barn og deres omsorgspersoner, samt hjelpe foreldre til å bli mer bevisst egne utfordringer med å imøtekomme barnets tilknytningsbehov. Det handler om å lære foreldre mentalisering, uten å benytte selve begrepet. Veiledning kan benyttes i alle aldersgrupper, men har primær hensikt å være til hjelp for foreldre. Tiltaket kan også fungere som et universalforebyggende tiltak ved skolehelsetjenesten, helsestasjonen eller i barnehager. Målgruppen er barn i alderen 0-10

år med, eller i risiko for, å utvikle tilknytningsvansker. Intervensjonens metode bygger på en brukervennlig modell for å analysere og tolke barns atferd, følelser og behov, for å kunne veilede foreldre i utviklingsstøttende omsorg. Der foreldre kan bli irritert for at barnet ikke oppfører seg ønskelig, lærer metoden foreldrene å undersøke hva barnet forsøker å fortelle (Drugli, 2012 a).

5.5 Trygghetssirkelen

Sirkelen som benyttes begge programmene (figur 1) er ment som en visualisering av barnets utforskning av omgivelsene, der omsorgsgiver er barnets trygge base, som barnet kan returnere til ved behov for trøst og støtte. Det veiledes på at omsorgsgiver skal være *større*, *sterkere* og *god* ovenfor barnet. Større betyr organiserende og ivaretagende, sterkere betyr sterkere emosjonelt, og god betyr forståelsesfull ovenfor barnets behov, samt aksepterende ovenfor måten barnet uttrykker sine behov på. Som et tak over dette benyttes også begrepet *klokere*, der begrepets betydning handler om balansegangen mellom de begrepene større, sterkere og god. Dersom man strever med omsorgsutøvelse viser forskning at man kan ofte en av elementene til fordel for andre elementer (Torsteinson et al., 2010).



Figur 2: Trygghetssirkelen (Lastet ned fra «https://www.r-bup.no/no/vaare_utdanninger/trygghetssirkelen#» Dato 15.10.2019)

Ved å forstå sirkelen og barnets behov dannes grunnlaget for å snakke om hva som skjer med barnet når foreldrene ikke har forståelse for / kapasitet til å møte barnets behov. For å hjelpe omsorgsgiver å forstå triggere fra egen oppvekst / forstå sin egen utilgjengelighet, benyttes begrepet «haimusikk». Her vises det til filmen «Haisommer» for å visualisere frykten som oppstår når barnet vekker følelser i omsorgsgiver, som preger omsorgsgivers reaksjoner. I de tilfeller der man har benyttet seg av COSI-intervjuet i forkant, kjenner veilederen allerede til omsorgsgivers oppvekst. Målet med dette er at omsorgsgiver skal skifte ståsted fra «det er barnet det er noe feil med», til «jeg må jobbe med egne reaksjonsmønstre for å hjelpe barnet mitt» (Brandtzæg et al., 2011; Torsteinson et al., 2010).

5.6 Metodens betydning for å fremme tilknytning

Circle of Security har som mål å fremme trygg tilknytning mellom barn og omsorgsgiver, når barnet har eller er i risiko for å utvikle tilknytningsproblematikk. Bowlby har differensiert mellom tilknytning og avhengighet, og sagt at behovet for en sterkere og en større omhandler behovet for beskyttelse. Circle of Security bruker de samme ordene, men beskriver trygghet som en mer emosjonell form for beskyttelse.

COS handler om å vise at de fleste atferdsmessige og emosjonelle utfordringer omhandler tilknytningen til dere primære omsorgsgiver, hvordan omsorgsgiver kan læres opp til å fremme tilknytning. På den måten kan barnet oppnå sunn utvikling og på sikt ha gode muligheter til å skape trygg tilknytning med egne barn. Det tar også sikte på å beskrive hvordan barn med trygge relasjoner kan bli robuste nok til å utfordre verden på en utviklingsfremmende måte (Powell et al., 2015). Teoretisk sett bygger metoden på moderne tilknytningsteori og effekten teorien har hatt for terapeutisk arbeid. Det vektlegges å fremme foreldrenes emosjonelle tilgjengelighet som støtte til barnets utforskning, barnets behov og i barnets nærhet til foreldrene. Å fremme trygg tilknytning beskrives som målet for behandlingen (Cooper et al., 2005). Powell et al. (2015) hevder at metoden skal være effektiv for å redusere desorganisert og utrygg tilknytning, Hoffman et al. (2006) hevder COS er en av få protokoller med foreløpige bevis for dens effektivitet i forhold til å redusere desorganisering og fremme trygg tilknytning. Målet med COS-Parenting er at foreldrene skal få bedre forståelse av barnas emosjonelle behov og hvordan behovene uttrykkes. For å kunne forholde seg til tilknytningsproblematikk må foreldrene blant annet ha et språk for denne typen

problemer, dette hevder tiltakseier at foreldrene vil kunne utvikle ved å delta i COS-Parenting. Jeg vil i påfølgende kapittel forsøke å belyse hva forskning sier om hvorvidt COS bidrar til å fremme trygg tilknytning.

Barnets indre arbeidsmodeller gjør at barnet forsøker å gjenskape den relasjonen de har hatt til sine tidligere omsorgsgivere (Bowlby, 1994). Det vil si at et barn med RAD vil tiltrekkes relasjoner preget av avvisning, uro, uforutsigbarhet og hyppige relasjons- og tilknytningsbrudd. Haarklou (1998) skiller mellom primærpersonlighet og sekundærpersonlighet. Det jeg nå har beskrevet er de indre arbeidsmodellene som skaper barnets primærpersonlighet. Når barnet kommer under nye omsorgsbetingelser starter utviklingen av deres sekundærpersonlighet. Smith og Ulvund (1999) definerer dette som samspill. COS skal etter de teoretiske beskrivelsene hjelpe fosterforeldrene med gjensidig regulering i samspillet, hvor begge parter responderer ved gjensidig turtaking og kommunikasjon. Ved opplæring på tilknytning og tilknytningsatferd, samt bruk av sirkelen som verktøy for å visualisere veiledningen skal foreldrene hjelpe barnet i å utvikle nye arbeidsmodeller. Jeg ønsker å visualisere hvordan COS teoretisk sett kan fremme tilknytning, ved å ta i bruk to eksempler.

I en tenkt situasjon har fosterfamilien besøk. Barnet viser med ord og kroppsspråk at det er noe som plager det, samtidig som det avviser fosterforeldrenes tilnærminger. Hos barn med RAD er det ikke alltid like enkelt å tolke barnets signaler. Kvello (2015) kaller en slik atferd for miscuing. For noen vil det kanskje være naturlig å la barnet være for seg selv, og heller konsentrere seg om å ivareta besøket. Utfordringen er at barnet da overlates til å regulere seg selv, hvilket vil bekrefte barnets indre arbeidsmodell. For å endre denne eller utvikle nye modeller veiledes fosterforeldrene i COS programmet ved hjelp av sirkelen, til å mentalisere bedre, og se hva barnet har behov for. Figur 1 viser at barnet i en slik situasjon har behov for en sikker havn. Barn med RAD vil vise akkurat denne atferden, men i mange flere situasjoner enn eksemplet beskrevet over.

I en annen tenkt situasjon, eksempelvis midt på natten, kan barnet våkne og være urolig samtidig som det tydelig er veldig trøtt, og fosterfar forsøker å legge det igjen. Når fosterfar forsøker å legge barnet igjen, reagerer barnet med stygt språkbruk og fysisk utagering. Fosterfar fikk i egen barndom kjeft og ris når han ikke ville legge seg, han merker derfor at hans indre arbeidsmodell trigges av barnets atferd. Det resulterer i at han roper til barnet og låser det inne på soverommet, for å unngå sine egne følelser. I en slik situasjon vil et barn

med RAD føle seg avvist, og det vil se at fosterfar ikke tåler barnets emosjonelle tilstand. Barnet vil forsøke å unngå den følelsen som barnet knytter sammen med den voksnes ubehagelige reaksjon. Fosterfar forstod ikke at barnet hadde drømt mareritt som det trengte hjelp til å håndtere, men ikke hadde redskaper til å forklare. Slike hendelser kan skape sirkler av negativt samspill. COS fokuserer på å identifisere disse triggerne, og lage en plan for hvordan man bedre kan møte barnet i disse situasjonene. En sliten fosterforelder vil kunne få utfordringer med å være stabil i samspill med barnet, barnet kan oppleve fosterforelderens som ustabil. Over en viss periode vil slike negative sirkler kunne resultere i reaktiv atferd hos barnet. Her kan man i lys av transaksjonsmodellen se hvordan en slik opplevelse kan etablere seg som et uheldig samspill på natten, dersom man ikke får til en endring.

Barnets omsorgsbehov beskrevet i kapittel 3.7 er tid, overskudd og kapasitet, tålmodighet, kontroll på eget toleransevindu, støtte, bekreftelse, at fosterforeldrene klarer å stå i avvisning, og at de får hjelp til å regulere sine følelser / hjelp til selvregulering / hjelp til affektregulering. COS vurderes å møte på mange av behovene, og det vurderes som positivt at intervensjonen i tillegg jobber med å identifisere omsorgsgivers egne triggerne, slik at man kan jobbe med å redusere disse. I vurderingen av protokollene opp mot RAD beskrives COS Intervention å være en behandlingsmetode i andrelinjetjenesten, og krever derfor henvisning til eksempelvis en klinikk, institusjon eller barne- og familiesenter. COS Parenting tilbys i førstelinjetjenesten og anbefales ikke å benyttes alene ved alvorlig tilknytningsproblematikk. I tillegg vurderer jeg COS Parenting som et lite omfattende tiltak, som hovedsakelig baserer seg på veiledning på kontoret.

5.7 Studier om effekten av COS

Circle of Security omtales av Berlin et al. ((2008) referert i Brandtzæg et al., 2011) som den intervensjonen som bygger mest på tilknytningsteorien.

Klassifiseringen av COS International og COS Parenting ble av Ungsinn klassifisert etter de gamle klassifiseringskriteriene. Intervensjonen ble klassifisert på nivå 2 som et sannsynlig virksomt tiltak. Nivå 2 beskrives som et evidensnivå der det foreligger en plausibel og fornuftig rasjonale for at tiltak har effekt. I tillegg foreligger det teoretisk bakgrunn som sannsynliggjør effekt i forhold til målsetning og målgruppe (Eng, 2013, 2015). Tiltakene

vurderes også som godt forankret i moderne tilknytningsteori og psykoedukativ forskning (Drugli, 2012 a, 2012 b). Jeg vil i det videre beskrive andre studier av protokollene.

COS International

Det vises til to pre-post studier av intervensjonen, samt en internasjonal RCT studie av kortversjonen, med relativt positive resultater. Det finnes positive systematiserte kliniske evalueringer av tiltaket i Norge, men det er ikke gjennomført noe studie. Det vil si at det ikke foreligger noen norske effektstudier av COS International, og det pågikk pr. 2012 heller ingen forskning (Drugli, 2012 b). Det har vært en studie basert på høyrisikopopulasjoner i USA, men disse dreier seg hovedsakelig om COS Perinatal Protocol. COS-PP protokollen beskrives ikke av denne masteroppgaven.

I 2002 presenterte Marvin, Cooper, Hoffman og Powell en casestudie, der hensikten var å dokumentere endringer i barns tilknytningsklassifiseringer før og etter intervensjon. Forfatterne beskriver selv at resultatene som effektivt for reduksjon av uorganisert og usikker tilknytning. Forøvrig kan ikke en slik case-studie generaliseres, den sier derfor lite om effekten i andre settinger enn den de har studert.

Det er ifølge Brandtzæg et al. (2019) to uavhengige forskergrupper som har studert effekten av dette programmet, henholdsvis i USA og Australia. Begge studiene beskriver økning i tilknytningstrygghet og reduksjon av desorganisert tilknytning. Den første forskningen ble utført av Huber, McMahon, og Sweller (2015) ved et utvalg på 83 barn i alderen 13 måneder til 7 år. De fant i tillegg at barna med de største utfordringene hadde størst effekt. I den andre forskningspublikasjonen beskrives det at intervensjonen i tillegg til å ha forbedret barnas fungering, også økte mødrenes emosjonelle fungering (Huber, McMahon, & Sweller, 2016). Brandtzæg et al. (2019) ser dette som en mulig indikasjon på at intervensjonen påvirker omsorgsgivers tilgjengelighet. Forfatterne viser til Gold (2015) som kritisk bemerker at overnevnte studier er pre-post studier, og ikke RTC studier som beskrives som mest fordelaktig i effektvurdering.

COS-Parenting

COS Parenting ble utviklet for å være en mer brukervennlig modell, som også bygget på COS sirkelen. Protokollen beskrives å være mye brukt i Skandinavia og at klinikere opplever metoden som både nyttig og brukervennlig. I 2014 presenterte tiltaksdistributørne en undersøkelse, der alle som hadde gjennomført opplæring fikk tilsendt en brukerundersøkelse. Av de som åpnet linken N=643, besvarte N=507 undersøkelsen. 86 % av klinikerne beskrev at COS protokollen gjorde inntrykk på klientene, og over 90 % av klientene mente programmet hadde endret deres syn på barneoppdragelse og gjort en forskjell på deres egne nære relasjoner (Brandtzæg et al., 2019).

Tilbakemeldinger fra klinikere som har benyttet tiltaket er at COS Parenting raskt blir et effektivt og fleksibelt verktøy i deres praksis, selv om det fortsatt ikke er gjennomførte noen norske studier (Drugli, 2012 a). Brandtzæg et al. (2019) skriver at effektforskning på programmet foreløpig er i startgropen. Det er likevel publisert noen internasjonale studier. Forfatterne viser til en pre-post studie av 15 mødre under behandling for rusavhengighet. Resultat viste til selvrapportert styrket emosjonsregulering og mindre fiendtlig attribusjon av barnet (Brandtzæg et al., 2019).

Det vises videre til en RTC studie utført av Cassidy et al. (2017) utført i høyrisikopopulasjon. Hovedfunnene viste seg å være i tråd med mål for COS; foreldrene er i stand til å vise empati og så steppe egne stressreaksjoner i møte med barnets følelser. Barnets impuls kontroll ble vurdert bedret og mødres internaliserte vansker ble vurdert som noe bedret. Studien viste ellers variabelt endring i barnas tilknytningsstil; Hos mødre med tilknytningsstil A viste barna tryggere tilknytningsstil. Hos mødre med andre tilknytningsstiler ble barnas stil rapportert som uendret (ibid).

Oppsummering

Oppsummert har både COS Intervention og COS Parenting til hensikt å styrke tilknytning. Begge protokollene rapporterer om fornøyde brukere. Det er naturlig å tenke at det da må være effektivt. Forøvrig viser de studiene som har undersøkt effekt, at endring i barnas tilknytningsstil ble moderert av mødrenes tilknytningsstil. Endring var tydeligst hos mødre med unngående tilknytningsstil, eksempelvis tilknytningsstil A; utrygg/unnvikende

tilknytning. Endring i barnas tilknytningsstiler kommenteres ikke utover dette. Brandtzæg et al. (2019) hevder at COS Parenting dreier seg om å utfordre en unngående tilknytningsstil. For å kunne vurdere effekten av COS Parenting generelt, slik protokollen benyttes i barneverntjenesten, kreves det suksessive barnesamtaler underveis i veiledningen. Barnet vil i COS Parenting være eneste kilde til rapportering av effekt, ved siden av omsorgsgiver.

Resultatene av COS Intervention og COS Parenting har vist at metoden kan ha positiv effekt for noen foreldre, i forhold til å endre deres egne indre arbeidsmodeller og tilknytningsstiler. Det vurderes likevel bare en indikasjon på at metoden kan ha effekt, effekten er ikke dokumentert. Denne masteroppgaven kan ikke si at effekten for barn med uorganisert tilknytning eller tilknytningsforstyrrelser er studert. Solhoff (2016) har anført at COS Parenting kan bidra til å øke foreldrenes sensitivitet, og styrke tilknytning, men har heller ikke kunnet påvise effekt. I likhet med tiltakseierne synes det som nødvendig med ytterligere evidens og forskning på effekten av begge protokollene.

5.8 Marte Meo metoden

Marte Meo er en veiledende rådgivningsmetode utviklet av den nederlandske undervisningsrådgiveren Maria Aarts på begynnelsen av 1980-tallet. Navnet «Marte Meo» kommer fra det latinske språket og betyr «ved sin egen styrke». Metoden er ofte benyttet i Skandinavia og andre europeiske land, hvor den er betraktet som både effektiv, kostnadsbesparende og pragmatisk. Hovedverktøyet for Marte Meo metoden er video. Metoden med å filme hverdagslige interaksjoner mellom barnet og lærere ble utviklet på bakgrunn av Arts utfordringer med å forklare barns utfordringer for foreldre og lærere. Opptakene ble senere vist til foreldre og lærerne, som dannet en basis for samtale og diskusjon mellom disse partene. Opptakene tydeliggjorde styrker og svakheter i interaksjonene, som åpnet for større styrke og optimisme til å løse problemene selv. Arts fant at hun kunne benytte elementer av velfungerende og utviklingsfremmende kommunikasjon mellom foreldre og barn for å fremme ytterligere velfungerende og utviklingsfremmende kommunikasjon (Øvreeide & Hafstad, 1998).

I psykologisk behandling av barn hvor det dreier seg om barns problemer, er det ofte lett for terapeuten å involvere seg i ansvar, sammenhold og konflikter. Barn og foreldre blir tilegnet karaktertrekk og motiver, og relasjoner dem imellom blir vurdert som god eller dårlig basert

på hengivenhet og utviklingsfremmende støtte. Det kan derfor være vanskelig for terapeuten å danne seg et konkret bilde av opplevelsene som legger grunnlag for relasjonene. Siden samspillet er kontinuerlig, men flyktig, kan motstridende opplevelser endre seg hurtig, og det blir vanskeligere å identifisere årsaken til problemet. Det er også lett for terapeuten å ta barnets parti, der foreldre eller andre voksne i barnets liv, tilegner barnet begrensende eller negative karaktertrekk (Øvreeide & Hafstad, 1998).

Med Marte Meo har man funnet et arbeidsverktøy som skiller seg fra en klinisk arbeidsmetode. Metoden kan være et alternativ og et supplement til tradisjonell terapi, familieveiledning og skoleveiledning. Det sentrale fokuset bak metoden, er å identifisere, aktivere og utvikle egenskaper for å etablere og forbedre konstruktiv kommunikasjon og utvikling. Metoden er basert på idéen om at barn vokser og utvikler seg gjennom interaksjon med støttende voksne. Det antas å være en prototype for støttende og utviklende dialog som forsyner barnet med relevant informasjon og støtte det trenger gjennom de forskjellige utviklingsstadiene (Øvreeide & Hafstad, 1998).

Film gjør det mulig for terapeuten å observere og analysere det flyktige, men naturlige samspillet mellom voksen og barn sammen med foreldrene. Allerede etablerte antakelser om barnet, foreldrene eller samspill de imellom, erstattes med faktiske situasjoner som kan ses om igjen. Foreldrene gis mulighet til å gjenoppleve opplevde situasjoner med barnet. Foreldrene gis også muligheten å se endringen i samspillet når de selv ser hvilken støtte barna deres trenger i konkrete dagligdagse situasjoner (Øvreeide & Hafstad, 1998).

Som modell bygger Marte Meo på studier av det boka kilden refererer til som «den naturlige, utviklingsfremmende dialog mellom foreldre og barn». Det vil si overnevnte tanke om utviklingspotensialet, der det forutsettes at det foreligger en kommunikativ kompetanse, eller en ubevisst evne, i samspillet mellom foreldre og barn. Modellen beskriver hvordan barnet gjennom samspillet utvikler seg kognitivt, sosialt, emosjonelt, språklig og fysisk. Metoden i Marte Meo synliggjør potensialet for utvikling i modellen og den utviklingsfremmende dialogen. Metoden beskrives som skreddersydd for å aktivere den voksnes kommunikative ferdigheter i ethvert samspill med barn. Metoden beskrives å være særlig nyttig for å synliggjøre potensiale i samspillet, der samspillet med barnet oppleves som krevende. Metoden beskrives videre å kunne benyttes i andre pedagogiske sammenhenger; arbeidsplass eller parforhold. Metoden kan også på samme måte benyttes som forebygging (Øvreeide & Hafstad, 1998).

Når modellen anvendes i terapi, utgjør modellen en løsningsorientert metode. Dialogen mellom foreldre og barn analyseres for elementer som kan defineres som løsningstendenser. Disse elementene kan styrkes for å få en enda mer utviklingsfremmende kommunikasjon. Det beskrives som viktig å finne disse elementene i det problematiske samspillet, for å få fram det som faktisk fungerer i samspillet, som ellers overses. Når disse elementene synliggjøres for den voksne, kan den voksne styrkes i samspillet. Når rytmen i samspillet endrer seg til det positive, vil også barnets atferd gjøre det samme. På denne måten styrkes både foreldrenes dialog med barnet og barnets utvikling i dialog med andre i dets omgivelser. Under veiledning benyttes video eller stillbilder for å finne ut hva som vil fremme ønsket utvikling hos barnet og hva som skaper trygghet og velferd. Man forsøker å ta rede på barnets kompetanse, hva barnet mestrer, hva som fremmer barnets utvikling samt når og på hvilken måte det positive fungerer for barnet og hvordan man kan forsørge barnet videre (Øvreeide & Hafstad, 1998).

Øvreeide og Hafstad (1998) viser til sju elementer hos den voksne som anses som særlig viktig i den utviklingsfremmende dialogen med barnet:

1. Element: *Den voksne forsøker å følge barnets oppmerksomhetsfokus:*

Den voksne viser interesse for barnets ulike initiativ. Når den voksne aktivt følger barnets opplevelser, vil den voksne identifisere barnets behov for støtte og hjelp. Barnet vil også se at den voksne har samme fokus.

2. Element: *Den voksne bekrefter barnets oppmerksomhetsfokus:*

Barnet og den voksne kan dele opplevelsene, benevne hva de ser og bekrefte følelsene rundt det.

3. Element: *Den voksne forventer en reaksjon på sin handling:*

Når den voksne har reagert på et initiativ fra barnet, gir den voksne plass til at barnet skal prosessere og foreta nye initiativ.

4. Element: *Den voksne benevner handling, opplevelser og følelser for barnet, og setter disse i sammenheng for barnet:*

Barnet lærer å ha forventninger til hva som skal skje, og bidrar til å skape en ramme av trygghet og forutsigbarhet rundt barnet.

5. Element: *Den voksne bekrefter positiv atferd med anerkjennelse:*

Når den voksne bekrefter ønsket atferd med anerkjennelse, bekreftes barnet valg ovenfor barnet og bidrar til at barnets sosiale selvtillit utvikles.

6. Element: *Den voksne triangulerer barnet ved å introdusere et tredje element i samspillet:*

Barnet utvikler sosiale relasjoner og lærer og bli sosialt selektive. Triangulering hjelper barnet til å se andre, bli oppmerksom på omgivelsene og til bli sett av andre.

7. Element: *Den voksne tar ansvar for en tilpasset og gjensidig avslutning:*

Den voksne signaliserer verbalt eller ved nonverbal atferd at dialogen er over, og at både barnet og den voksne kan vende oppmerksomheten over på noe annet.

5.9 Metodens betydning for å fremme tilknytning

Metoden tar sikte på å fremme godt samspill ved å vektlegge sensitivitet gjennom å arbeide med foreldrenes atferd. Ved å tydeliggjøre ressurser i samhandling mellom foreldre og barn vil man kunne forbedre foreldrenes utgangspunkt for godt samspill (Brandtzæg et al., 2011). Forfatterne skriver videre at det er viktig å forbedre den affektive kommunikasjonen mellom foreldre og barn, og at man derfor vurderer det som hensiktsmessig med tilknytnings- og mentaliseringsfremmende tiltak. Marte Meo er beskrevet som et system- og ressursorientert tiltak, likevel er de ikke i tvil om at intervensjonen har fremmet barna mulighet for trygg tilknytning. Ved å tydeliggjøre ressursene i samspillet, kan foreldrenes samspill forbedres.

Barnets omsorgsbehov som beskrevet i kapittel 3.7 er; tid, overskudd og kapasitet, tålmodighet, kontroll på eget toleransevindu, støtte, bekreftelse, at fosterforeldrene klarer å stå i avvisning, og at de får hjelp til å regulere sine følelser / hjelp til selvregulering / hjelp til affektregulering. Marte Meo vurderes å møte disse behovene i begrenset grad. Det som er positivt er at veileder kan se på videobilder sammen med omsorgsgiver, der omsorgsgiver kan oppdage blikk fra barnet eller positive øyeblikk omsorgsgiver ellers ikke ville vært oppmerksom på. Slike oppdagelser kan hjelpe omsorgsgiver å få et mer positivt syn på barnet, og gi en opplevelse av mer overskudd og kapasitet, og muligens mer tålmodighet til å stå i avvisning. På den andre siden synes konkret veiledning på vanskelige situasjoner som oppstår, å ikke dekkes av Marte Meo. RAD er som beskrevet en svært krevende diagnose, og Marte Meo kan oppleves som for lite omfattende til å dekke behovet for veiledning.

5.10 Studier om effekten av Marte Meo metoden

I Norge er det utviklet en standardisert manual for å vurdere effekten av Marte Meo, for familier med barn fra 0-2 år, som har utviser utfordrende samspill. Studien er en RCT studie av video-tilbakemeldinger fra foreldreinteraksjon (VIPI) -intervensjon i naturalistiske omgivelser. Utfallsvariablene for studien var 1) observert samspill mellom foreldre og barn og 2) foreldrenes egen rapportering av barnets sosiale og emosjonelle utvikling. Forskjeller mellom moderat effekt på foreldresymptomer, depresjon, personlighetsforstyrrelsesegenskaper og demografiske variabler ble undersøkt mellom gruppen (Høivik et al., 2015). I besvarelsen av problemstilling for denne oppgaven vurderes det slik at man som oftest ikke har diagnostisert barn under to år med RAD. Studien tar videre for seg foreldre barn dyader preget av depresjon eller andre psykiske lidelser hos mødre. I vurdering og godkjenning av fosterhjem for barn skal psykiske lidelser i utgangspunktet diskvalifisere hjemmet. Av nevnte årsaker vurderes det ikke som hensiktsmessig å beskrive denne studien ytterligere.

Oppgaven har ikke lyktes med å finne andre effektstudier av intervensjonen, det vurderes derfor som vanskelig å vurdere effekten av Marte Meo. Dersom oppgaven benytter Ungsinns klassifisering, vil den på samme måte som COS vurderes etter nivå 2; sannsynlig virksomt tiltak. Etter nye klassifiseringskategorier vil den skåres til evidensnivå 3; teoretisk begrunnet (Eng, 2013, 2015). Skåringen foretas med bakgrunn i at de teoretiske beskrivelsene vurderes å være forankret i tilknytningsteorien. Ettersom det ikke har vært forsket på effekten av Marte Meo, kan man ikke si noe om effekten, derfor kan den kun vurderes som ”teoretisk begrunnet”. Ut fra egen erfaring er jeg kjent med at COS og Marte Meo ofte benyttes sammen. Oppgaven har ikke funnet dokumentasjon på effekt av det.

5.11 Traumebevisst omsorg

Sandra Bloom ble i 1997 grunnleggeren av begrepet traumebevisst omsorg, med utgivelsen av boka «Creating sanctuary». Med boken ønsket hun å erstatte menneskers tankegang fra å se barns atferd som et tegn på at det feiler barnet noe, til å heller undre seg over hvilke opplevelser barnet har som skaper den problematiske atferden (Bloom, 1997). Men å undersøke årsak for barns atferd, skaper man forståelse for barnet. Bloom mente at dersom man undersøker hva som ligger bak barns atferd, kan man finne at atferder er en strategi for å

klare å leve med traumer. Forstår man atferd ut fra et slikt perspektiv, kan man omsette atferden til symptomer som gir mening for andre.

De skriver videre at noen familier er preget av en så dysfunksjonell familiestruktur, at en traumatisk hendelse avløses av det neste. En slik form for traume kaller de for multieksponering. Herman (1992) som også Jørgensen og Steinkopf (2013) henviser til benytter beskrivelsen «prolonged, repeated trauma», eller «kompleks traumatisk eksponering» når barnet gjentatte ganger har opplevd multiple traumatiske hendelser. Begrepet brukes når barnet har opplevd en vedvarende belastning som har vart siden tidlig barndom. Vedvarende betyr ikke at det må ha skjedd hendelser av høy frekvens, men at hendelsene har preget barnets trygghet i form av at barnet lever med konstant vedvarende redd for nye hendelser (Herman, 1992; Jørgensen & Steinkopf, 2013).

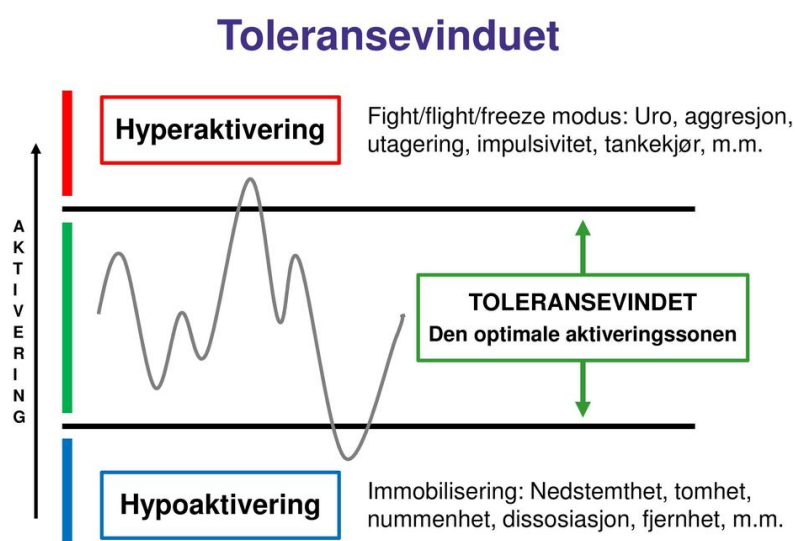
Forskning viser at sentrale områder i barns hjerne påvirkes og endres av utviklingstraume på områder som tilknytning, håndtering av kriser, emosjonsregulering, hukommelse og evnen til selvregulering (Perry, 1999). Slike vansker kommer i følge Jørgensen og Steinkopf (2013) til uttrykk ved reguleringsproblemer; utfordringer med å regulere og forstå egne følelser, utfordringer med å forstå og regulere egne reaksjoner, utfordringer i sosialt samspill med andre, samt vansker med å styre egen aktivitet (Nordanger & Braarud, 2017).

Traumebevisst omsorg tar utgangspunkt hva psykologiske traumer og krenkelser betyr for barns fungering og utvikling. Traumebevisst omsorg (heretter TBO) er bygd på tre sentrale grunnprinsipper, som har gjort seg kjent i internasjonal sammenheng som en verdiforankret tilnærming til barn og unges livsproblemer (Jørgensen & Steinkopf, 2013). De beskriver TBO som en forståelsesramme som utløser en metode eller intervensjon å jobbe etter. De beskriver videre tre grunnpilare i TBO som et «hus» man bygger rundt barnet og omsorgsgiverne. De tre grunnpilarene eller hovedprinsippene er trygghet, relasjon og affektregulering. Howard Bath (2008) har beskrevet de samme tre grunnpilarene for traumebevisst omsorg i sin artikkel «The three Pillars of Trauma-Informed Care». «Interiøret» i huset er metodene, intervensjonene og verktøyet.

Med grunnpilaren *trygghet* menes «opplevd trygghet», og da ikke nødvendigvis fysisk trygghet. Traumatiserte barn har ofte et oversensitivt nervesystem, hvor barnet kan oppleve at alarmen går konstant, mens de rundt ikke klarer å forstå hva som skjer. Det kan skje i tidspunkt og i situasjoner som kan virke uforstående for omsorgsgiverne, eller andre

mennesker rundt barnet. I situasjonen når alarmeren går, mister barnet kontakt med den delen av hjernen som styrer refleksjon og fornuft, og barnet framstår som urimelig og uforståelig (Perry, 2006). Figur 2: «toleransevinduet» nedenfor benyttes for å beskrive barns optimale aktivering. For høy aktivering kommer til uttrykk ved uro, aggresjon, utagering, tankekjør og impulsivitet. For lav aktivering viser seg i form av nedstemthet, tomhet, nummenhet, dissosiasjon og fjernhet. Spenn i toleransevinduet er forskjellig fra barn til barn, og henger sammen med erfaring fra tidlig barndom og omsorgssituasjon. Her er det omsorgsgivers oppgave å hjelpe barnet å regulere seg innenfor den optimale aktiveringssonen (Siegel, 2012).

Når barnet er overaktivert/hyperaktivert eller underaktivert/hypoaktivert vil det være vanskelig for barnet å ta imot læring, parallelt med at det kan utfordre omsorgsgiver på toleranse. Potensielt kan det vekke behovet for kontrollerende eller straffende sanksjoner ovenfor barnet (Jørgensen & Steinkopf, 2013). En slik håndtering av barnet vil i følge Anglin (2002) skape utrygge rammer rundt barnet, der man ønsker at omsorgsgiver skal møte smerten barnet uttrykker med forståelse og trygghet. Utfordringen er å møte barnet slik at barnet ikke opplever ny smerte, ved at det sanksjoneres for sin atferd (Anglin, 2002). TBO skal ved å gjøre omsorgsgiver bedre i stand til å forstå barnet, skape trygghet i situasjoner barnet tidligere har vist aktivering utenfor aktivteringssonen, slik at barnet på sikt kan utvide sin aktiveringssone. På denne måten vil barnet utvikle sine indre arbeidsmodeller (Ogden, Pain, Minton, Siegel, & van der Kolk, 2006).



Dag Ø. Nordanger, 2014 (Tilpasset etter Ogden, Minton & Pain, 2006)

Figur 3: Toleransevinduet (Lastet ned fra «<https://docplayer.me>». Dato 01.08.2019).

Grunnpilar nr. to er *relasjon*. Som i alle andre mellommenneskelige relasjoner, henger også her trygghet sammen med relasjon. Et traumeutsatt barn, har erfaringer som gjør at det forbinder omsorgsgiver(e) med vonde følelser. Et traumeutsatt barn vil ofte møte voksne med mistillit, mistenksomhet og unnvikelse. Et slikt barn kan oppleves som utfordrende for voksne, og kan provosere fram reaksjoner hos den voksne som ikke er hensiktsmessig for relasjonen. I møte med andre mennesker speiler man gjerne deres atferd, og dersom barnet oppleves som sint, kan det utløse sinne også hos den voksne. Nøkkelordene her er i møtet med barnet er respekt, anerkjennelse og sensitivitet (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Tredje og siste grunnpilar er *følelsesregulering*. Barn har ikke utviklet evnen til å regulere egne følelser, og trenger derfor hjelp av voksne for å beherske dette. Når man skal roe et barn møter man det trøstende og beroligende både i stemmeleie og i kroppsspråket. Det er også hensiktsmessig å beskrive barnets følelser ovenfor barnet, slik følelsen framstår for den voksne; «*Huff da, der slo du deg, gitt. Det gjorde nok veldig vondt*». Ved bruk benevning, beskrivelser og beroligende stemme lærer den voksne barnet å gjenkjenne dets følelser, forstå de og samtidig regulere de. Traumeutsatte barn har ikke lært å regulere eller forstå egne følelser, omsorgsgiver skal dermed lære å hjelpe barnet med emosjonsregulering (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Jørgensen og Steinkopf (2013) legger til grunn at omsorgsgivere til traumeutsatte barn er i behov av kunnskap og forståelse for å møte barna utviklingsfremmende, de vurderer at TBO er en kilde til å utvikle slik kunnskap og forståelse. De forklarer TBO som en forståelsesramme, der barns livsbetingelser, særlig fra tidlig barndom, er i fokus. Forståelsesrammen skal parallelt med informasjon søke å gi omsorgsgivere, skolepersonale, barnehage m.m konkrete redskaper for å bedre forstå og bedre hjelpe barn og unge med krevende og utfordrende atferd.

Bath (2010) har i sin artikkel om veien til selvkontroll, skrevet at litteratur og forskning foreslår at helbredelse i etterkant av et traume ikke trenger å være klinisk behandling. Bath (2010) refererer til Greenwald (2005) som har observert at «*Parants, counsellors, teachers, coaches, direct care workers, case managers, and others are all in a position to help a child heal*». Disse funnene mener Bath kan tyde på at livsmiljøer der helbredelse og vekst kan finne sted er en nødvendig forløper for all formell terapi som kan tilbys et traumatisert barn. Det kan også hevdes at av disse miljøene rundt barnet er den viktigste ingrediensen i terapeutisk

utvikling eller forbedring. For at disse livsmiljøene skal kunne bidra til utvikling, kreves det at de har nødvendig informasjon om barnet.

5.12 Metodens (forståelsesrammens) betydning for å fremme tilknytning

Bowlby har gjennom sin tilknytningsteori beskrevet hvilke behov en nyfødt har for trygghet, som for eksempel babyens behov for å holde rundt en finger, at babyen svarer ditt smil med å smile tilbake, babygråt og babling. Dette beskriver den nyfødtes behov for å bli møtt på sine behov, når barnet møtes i av sine foreldre skaper det trygghet hos barnet. For å videreføre spedbarnet sin opplevelse til barn som har opplevd traume, krever det at fosterforeldrene må være så informert om barnets følelsesliv, reaksjonsmønster og stressfaktorer, at de så langt det lar seg gjøre, kan være i forkant av barnet. Traumebevisst omsorg har som mål og hensikt å fremme en slik forståelse av barnet, og på den måten skape en sirkel av trygghet rundt barnet.

Barn med RAD føler en intuitiv mistillit til omverden. Haarklou (1998) skriver at beste behandling for diagnosen, er det neste samspillet. Den intuitive mistilliten fra barnet kan oppleves som så gjennomgripende, at omsorgsgiver og barn må gis tid og rom til å jobbe med det. Den beste behandlingsformen for barnet vil være å oppleve trygg tilknytning. TBO er bygd opp slik at det først gis teoretisk undervisning om traume, så en beskrivelse av hvordan barns hjerne fungerer, for til slutt å knytte det til det aktuelle barnets «uforståelige» atferd. Hensikten og målet er forbedre omsorgsgivers forståelse av barnet, skape en sensitiv omsorg, samt øke omsorgsgivers empati og mentalisering for barnet. Ved å oppnå overnevnte vil man skape en arena for å utvikle trygg tilknytning.

Jørgensen og Steinkopf (2013) forklarer utviklingstraume eller komplekse traumer, som enten krenkende eller skremmende opplevelser som et barn har vært utsatt for, eller som en opplevelse av at deres sentrale behov ikke har blitt møtt, i dets tidlige liv. I ordlyden ligger det også at opplevd traume har skadet barnets utvikling. Forskning har vist at vedvarende traume i tidlig liv påvirker barns biologiske utvikling, emosjonelle utvikling, kognitive utvikling og sosiale utvikling avhengig av alvorlighetsgraden på opplevd traume. Hvilken type traume, tidspunkt for traume og varighet har innvirkning (Jørgensen & Steinkopf, 2013). TBOs slik det beskrives ovenfor, vurderes å svare på noen av symptomene ved diagnosen RAD og tilpasses det enkelte barnets historie og behov (kap. 3.3). De tre grunnpilarene trygghet, relasjon og affektregulering synes i stor grad å treffe barnets omsorgsbehov (kap. 3.7) som er;

tid, overskudd og kapasitet, tålmodighet, kontroll på eget toleransevindu, støtte, bekreftelse, at fosterforeldrene klarer å stå i avvisning, og at de får hjelp til å regulere sine følelser / hjelp til selvregulering / hjelp til affektregulering.

Hvorvidt metoden vurderes å ha effekt i å fremme tilknytning, vil jeg forsøke å belyse i neste kapittel.

5.13 Studie om effekt av forståelsesrammen TBO

Bath (2008) omtaler pilaren affektregulering som svært viktig i TBO, ettersom traumatiserte barn som oftest ikke har lært selvregulering. Affektregulering er ikke en medfødt egenskap, men noe som utvikles med god omsorg og tilknytning til trygge omsorgspersoner. For å lære affektregulering som eldre barn, hevder forfatterne at traumebevisst forståelse er essensielt.

Hauger (2017) har skrevet en kvalitativ masteroppgave om TBO i barnevernsinstitusjoner. Hauger har intervjuet ansatte ved barnevernsinstitusjoner, der det framkommer at personalet opplever mindre bruk av tvang ved bruk av de tre pilarene i TBO. Ansatte ga uttrykk for at de bedre grad klarte å se barnet bak atferden, og atferden som et uttrykk for den smerten de bærer inni seg. Hauger ser dette som en klar sammenheng med Jørgensen og Steinkopfs (2013) hovedmålsetning med TBO, nemlig at informantene (de ansatte) fikk bedre kunnskap og kompetanse. Hauger mener også å ha påvist at informantene som hadde fått opplæring viste «kunnskap for hvordan traumer, brudd og tap påvirker utvikling, behov og utryggheten» (Jørgensen & Steinkopf, 2013, p. 67). Når det gjelder effekt av forståelsesrammen, oppgir Huger å ikke ha funnet effektforskning på TBO.

Denne oppgaven har heller ikke lyktes med å finne effektforskning på TBO, det vurderes derfor som vanskelig å vurdere effekten av forståelsesrammen. Dersom oppgaven benytter Ungsinns klassifisering, vil den på samme måte som de overnevnte intervensjonene vurderes etter nivå 2; sannsynlig virksomt tiltak. Etter nye klassifiseringskategorier vil den skåres til evidensnivå 3; teoretisk begrunnet (Eng, 2013, 2015). Skåringen foretas med bakgrunn i at de teoretiske beskrivelsene vurderes ha en god tilnærming til barn som har vært utsatt for traume. Ettersom det ikke har vært effektforsket på forståelsesrammen, kan man ikke si noe om hvilken effekt den har. Oppgaven kan derfor kun vurdere den som ”teoretisk begrunnet”.

5.14 Oppsummerende drøfting

Dette kapittelet har tatt for seg transaksjonsmodellen for å vise hvordan barnet om omgivelsene kan påvirke hverandre. Den er også tatt med for å belyse hvordan intervensjoner har potensiale til å utvikle nye indre arbeidsmodeller, for barn med RAD. En ny eller forbedret omsorgsbasis med større grad av mentalisering, sensitivitet og reguleringsstøttende omsorg kan utvikle barns indre arbeidsmodeller slik at trygg tilknytning kan skje. Kapittelet har beskrevet intervensjonene COS og Marte Meo og forståelsesrammen TBO.

Hjelpetiltakene har blitt vurdert opp mot muligheten for å fremme trygg tilknytning, samt at grad av eventuell effekt av hjelpetiltakene er utført.

Oppgaven vurderer traumebevisst omsorg som en fin forståelsesramme for veiledning av omsorgspersonene til barn med RAD. Det vurderes som en gunstig metode for informasjon til, og opplæring av barnehage- og/eller skolepersonale, avlastningshjem og andre viktige personer i barnets nettverk. Forståelsesrammen kan også benyttes som tilnærming til biologiske foreldre. Svakheten med TBO er at det ikke er en intervensjon, men en forståelsesramme. Den ikke tar høyde for omsorgsgivers egen bagasje/indre arbeidsmodell eller temperament, sammenlignet med eksempelvis COS. Etter min erfaring benyttes TBO som veiledningsmetodikk under oppfølgingsbesøk, ansvarsgruppemøter og i telefonsamtaler (der TBO er kjent fra før av). Dette fører til at omfanget og hyppigheten av veiledning varierer, og at det forutsettes at saksbehandler behersker metoden. Samtidig kan man ved å utvide et barns toleransevindu, øke barns evne til tålmodighet, selvkontroll og opplevelse av mestring. Kombinert med reduksjon i aggresjon vil barnets sosialkompetanse også forbedres.

Ved sammenligning av intervensjonen ABC og effekten av denne, opp mot intervensjonene belyst i denne masteroppgaven, framstår de å ha det samme teoretiske grunnlaget, og de samme teoretiske målene. ABC vurderes å være bedre effektivt enn intervensjonene jeg har tatt for meg, samtidig som det ønskes mer forskning på varierende resultater. Barna har på den ene siden kortisolnivåer tilsvarende barn som aldri har vært i fosterhjem, etter intervensjonen. Samtidig kan ikke intervensjonen sies å ha gjort barnet tryggere. Vurdering av endring i barnets atferd viste også ulike resultater. Ved sammenligning av resultater fra studier av ABC intervensjonen kan man i grove trekk si at intervensjonene COS, Marte Meo og TBO i noen tilfeller *kan* fremme tilknytning. Med det menes det at det rapporteres om økt forståelse fra fosterforeldre og fra institusjoner som har benyttet seg av metodene. Det er likevel ikke forsket på hvilken effekt intervensjonene har for barna. Det er også uklart om

barnets medvirkning tas med i tilbakemeldingene tiltakseierne har fått under gjennomførelsen av intervensjonene. I rapport skrevet om barnevernets undersøkelsesarbeid framkom det at av de 1125 undersøkelsessakene som ble kartlagt, hadde barnevernet i gjennomsnitt møtt barnet 1,4 ganger. Barneverntjenesten hadde hatt samtaler med 48,1 % av barna over 6 år. (Christiansen et al., 2019).

I saker der barneverntjenesten har omsorgen for barnet, skal barneverntjenesten etter «Forskrift om fosterhjem» besøke barnet så ofte som nødvendig, men minimum fire ganger pr. år (Lov om barneverntjenester, 2004). Hvorvidt barneverntjenesten møter og samtaler med barnet alle disse fire gangene, eller bare besøker fosterhjemmet, ligger utenfor denne masteroppgavens rammer å besvare. Fra et RAD perspektiv er det likevel rimelig å undre seg over hvorvidt et barn vil opprette nok tillit til saksbehandler til å uttale seg om egen situasjon, og hvorvidt barnet er i stand til å subjektivt sett forstå sin egen situasjon.

6 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne masteroppgaven forsøkt å besvare følgende problemstilling; Hva er reaktiv tilknytningsforstyrrelse, hvordan kommer diagnosen til uttrykk, og kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med RAD og deres fosterforeldre? For å besvare problemstillingen best mulig har jeg valgt å dele problemstillingen i to deler.

Først så oppgaven på betydningen Bowlbys tilknytningsteori har hatt for dagens forståelse av tilknytning. Det er dokumentert at barn som har god omsorg har mindre risiko for å utvikle psykopatologi senere i livet. Oppgaven har beskrevet Ainsworths et als Fremmedsituasjon og klassifisering av tilknytning, og at metoden fortsatt benyttes i dag, på tross av kritikk av metodens validitet og overførbarhet. Metoden kan man se i blant annet Kvellomalen og i intervensjonen COS. Metoden belyser risiko- og beskyttelsesfaktorer i samspill mellom foreldre og barn, som man barnevernfaglig kan dra nytte av. Jeg har likevel i oppgaven stilt meg kritisk til hvordan og på hvilken måte metoden benyttes. Det synes som vanskelig å vurdere om fagpersoner har nødvendig kompetanse både til å skape en god situasjon for metoden, tilrettelegge for gjennomføring av metoden og til å tolke informasjonen som framkommer underveis. Metoden synes å heller kartlegge barnets relasjon til en forelder, framfor å kartlegge barnets tilknytningsstil.

Zeanah et al. (2005a) beskriver behov for kompetanseheving i hjelpeapparatet for å bedre vurdere *når* et barn har behov for at omsorgsgiver mottar hjelpetiltak, samt økt kompetanse i vurderingen av *hvilken* intervensjon familien er i behov av for å opprette et tilknytningsbånd. Lauritzen et al.'s (2017) har i rapporten «Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning. Evaluering av Kvellomalen» kritisert bruken av Fremmedsituasjonen, CAI-intervjuene og Adult Attachment Interview i Kvellomalen. Forfatterne skriver at metoden er tenkt benyttet i forskning og i terapeutiske relasjoner. Videre at vurdering av samspill og mentalisering krever særlig kompetanse, og at konklusjoner bør trekkes med varsomhet. Det oppfordres til betydelig faglig satsning på klinisk erfaring med metoden i Norge før den tas i bruk. Mine funn synes å bekrefte konklusjonene i denne rapporten. Lauritzen et al. (2017) roser likevel malen for å tilføre mening og en forståelsesramme som vurderes som nyttig i en barnevernfaglig undersøkelse.

Første del av problemstillingen er å besvare hva RAD er og hvordan RAD kommer til

uttrykk. Oppgaven har beskrevet diagnosekriterier, samt fått frem at det framkommer usikkerheter i forhold til diagnosekriterier for diagnosen, og at diagnostisering dermed kan være utfordrende. Diagnosekriteriene er kritisert for å fokusere mer på abnormiteter i sosial atferd, enn forstyrrelse av tilknytning i seg selv. Tilknytningsoppførsel og symptomer varierer naturlig nok fra barn til barn, men omsorgsutøvelse for et barn med RAD framstår som særlig krevende. RAD er utvilsomt en alvorlig diagnose, som krever særlig kompetente og trygge omsorgsgivere for å kunne fremme trygg tilknytning.

Oppgaven har forsøkt å ta stilling til betydningen av mentalisering, sensitivitet, regulering og temperament i omsorgsutøvelse for barn med RAD. Det synes å være vanskelig å differensiere begrepene, ettersom flere av de går inn i hverandre. Barn med RAD har uten tvil behov for både mentaliserende, sensitiv og reguleringsstøttende omsorg. Det vurderes som vanskelig å skille mellom hva som er barnets temperament og hva som skyldes diagnose, ergo er det vanskelig å si noe om temperament. Oppgaven har vist forskjell på trygg og utrygg tilknytning, og den har vist forskjellen på utrygg tilknytning og tilknytningsforstyrrelse. Den har også forsøkt å oppsummere hvilke omsorgsbehov et barn med RAD har. Oppgaven har vist at det kreves kompetanse om RAD for å kunne jobbe godt med barnet og familien rundt.

I redegjørelsen av funn for å belyse problemstillingens andre spørsmål: «kan barnevernfaglige hjelpetiltak bidra til å fremme trygg tilknytning mellom barn med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og deres fosterforeldre», har forskning vist til fire hovedtiltak for å fremme tilknytning; Fosterhjem, intervensjoner, kompetanseheving og informasjon/samarbeid. «High quality» fosterhjem vurderes som et tiltak i seg selv for å fremme tilknytning, samtidig som behovet for intervensjoner også vektlegges. Det synliggjøres behov for kompetanseheving i barneverntjenesten, både i undersøkelsesarbeid, rekrutteringsarbeid, i opplæring og veiledning av fosterhjem. Samt at bedre tverretattlig samarbeid og informasjon om diagnose og barnets behov mellom fagpersoner, skole, fosterhjem og biologiske foreldre også framheves.

I dag benyttes i hovedsak intervensjonene Circle of Security, Marte Meo og forståelsesrammen Traumebevisst omsorg. Alle modellene har til hensikt å skape trygt og forutsigbart samspill mellom barnet og omsorgsgiver, med mål om å fremme trygg tilknytning. Oppgaven har belyst at alle de tre veiledningsmetodene har elementer i seg som forskning støtter, og som vurderes å møte barnets behov. Samtidig har oppgaven også belyst at intervensjonenes omfang og varighet muligens ikke vil tilfredsstille barnet og

fosterforeldrenes behov for innramming og støtte. TBO vurderes å kunne dekke behovet for bedre informasjon til de rundt barnet, om diagnosen og forståelsesrammen barnet trenger, ved at TBO kan tilbys på eksempelvis ansvarsgruppemøter.

Oppgaven har kartlagt at effektstudier av nevnte intervensjoner kun i begrenset grad er utført, har ikke kunnet påvise effekt på forbedret tilknytning mellom barnet og fosterforeldrene. Denne oppgavens syn på de ulike intervensjonene er, at tiltakene ut fra forankring i tilknytningsteorien sannsynligvis har effekt, men at effekten ikke er bevist. Det framstår som underlig at norsk barnevern benytter veiledningsmetodikk, anbefalt av regjeringen, når effektforskning på intervensjonene ikke er utført. Det positive med intervensjonene er at mottakerne, referert av tiltaksgivere, ungsinn og annen forskning, virker å være fornøyde med veiledningen. Det kan man tolke som at mottaker opplever at gitte veiledningen har hatt effekt.

I likhet med tidligere masteroppgaver med tilknytning som tema, vurderes det som hensiktsmessig med flere studier for å vurdere effekten av overnevnte intervensjoner, ettersom de i stor grad benyttes av barneverntjenestene i dag. Disse intervensjonene benyttes i ulike saker, det spennet fra veiledning for unge og nybakte foreldre til symptomer på RAD er stort. Det er fornuftig dersom intervensjonene vurderes å dekke alle behov i dette spennet, samtidig som omfanget av intervensjoner muligens er lite tilpasset de ulike variasjonene.

Forskning for å øke diagnosekriteriers validitet og reliabilitet er nødvendig (i forhold til RAD). Både for å sikre at barn diagnostiseres med rett diagnose, men også for at forskning på behandling og intervensjoner for å redusere symptomer kan intensiveres. Det etterspørres også forskning på ungdom med RAD. I Norge framstår bruken av institusjoner for barn å ikke være like vanlig som i andre land. Internasjonal forskning på RAD i overgangen fra institusjon til fosterhjem er påbegynt, mens forskning på overgangen fra biologisk hjem til fosterhjem virker mindre opplyst. Et spørsmål for videre forskning er om reduksjon i symptomer er like framtreddende når barn med RAD flytter fra biologisk hjem til fosterhjem.

Litteraturliste

- Ainsworth. (1967). *Infancy in Uganda : infant care and the growth of love*. Baltimore.
- Ainsworth, & Bell. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development* vol. 41, 1, 49-67. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/pdf/1127388.pdf?_=1462006946977. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/pdf/1127388.pdf?_=1462006946977
- Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall. (1978). *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4th ed. ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed. ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Anglin. (2002). Pain, Normality, and the Struggle for Congruence: Reinterpreting Residential Care for Children and Youth. *Child and Youth Services*, 24(1-2), 1-173.
- Anna T. Smyke, Charles H. Zeanah, Mary Margaret Gleason, Stacy S. Drury, Nathan A. Fox, Charles A. Nelson, & Donald Guthrie. (2012). A Randomized Controlled Trial Comparing Foster Care and Institutional Care for Children With Signs of Reactive Attachment Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508-514. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11050748
- Barnelova. (1981). *Lov 8. april 1981 nr. 7 Lov om barn og foreldre (barnelova)*. Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven>
- Bath. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Bath. (2010). Calming Together: The Pathway to Self-control. *Reclaiming Children and Youth*, 16(4), 44-46.
- Berlin, Zeanah, & Lieberman. (2016). Prevention and Intervention Programs to Support Early Attachment Security: A Move to the Level of the Community. In Cassidy & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (3rd ed. ed., pp. 739-). New York, New York ;, London, England: The Guilford Press.
- Bloom. (1997). *Creating sanctuary : toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.
- Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller, & Zeanah. (2004). Comparing Criteria for Attachment Disorders: Establishing Reliability and Validity in High-Risk Samples.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(5), 568-577.
doi:10.1097/00004583-200405000-00010

- Boris, Zeanah, & The Work Group on Quality. (2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206-1219. doi:10.1097/01.chi.0000177056.41655.ce
- Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin, & Nelson. (2011). *Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization*. [References]: Harvard Review of Psychiatry. Vol.19(1), 2011, pp. 15-24.
- Bowlby. (1952). Maternal Care and Mental Health. In (Vol. 27, pp. 205). London: BMJ Publishing Group LTD.
- Bowlby. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International journal of psycho-analysis*, 39(5), 350-373.
- Bowlby. (1994). *En sikker base : tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Fredriksberg: Det lille forlag.
- Bowlby. (1996). *At knytte og bryde nære bånd : tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Bowlby. (1997). *Attachment and loss : Vol 1 : Attachment* (Vol. 254). London: Pimlico.
- Bowlby. (1998 a). *Attachment and loss : Vol 2 : Separation : anxiety and anger* (Vol. 282). London: Pimlico.
- Bowlby. (1998 b). *Attachment and loss : Vol 3 : Loss : sadness and depression* (Vol. 286). London: Pimlico.
- Brandtzæg, Smith, & Torsteinson. (2011). *Mikroseparasjoner : tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Brandtzæg, Smith, & Torsteinson. (2019). *Barn og relasjonsbrudd : tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak : Bind 2 : Mikroseparasjoner* (1. utgave. ed. Vol. Bind 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Broberg, Granqvist, Ivarsson, & Mothander. (2006). *Anknytningsteori : betydelsen av nära känslomässiga relationer*. København: Natur Kultur Akademisk.
- Cappelletty, Brown, & Shumate. (2005). Correlates of the Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ) in a Sample of Children in Foster Placement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(1), 71-84. doi:10.1007/s10560-005-2556-2

- Chaffin, Hanson, Saunders, Nichols, Barnett, Zeanah, . . . Miller-Perrin. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment*, 11(1), 76-89. doi:10.1177/1077559505283699
- Christiansen, Vis, Havnen, Lauritzen, Jarlby, Iversen, . . . Nygård. (2019). Barnevernets undersøkelsesarbeid - fra bekymring til beslutning. Delrapport 4. Når barnevernet undersøker. In (pp. 264 s.): RKBU Nord.
- Clarke-Stewart, Goossens, & Allhusen. (2001). Measuring Infant-Mother Attachment: Is the Strange Situation Enough? *Social Development*, 10(2), 143-169. doi:10.1111/1467-9507.00156
- Cooper, Hoffman, Powell, & Marvin. (2005). The Circle of Security Intervention. Differential Diagnosis and Differential Treatment. In Berlin, Ziv, Amaya-Jackson, & Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachment* (pp. 127-151). New York: Guilford Press.
- Direktoratet for e-helse. (2020). Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). Retrieved from <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Drugli. (2012 a). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Circle of Security (COS) International - Parenting. Retrieved from https://ungsinn.no/post_tiltak/circle-of-security-cos-international-parenting/
- Drugli. (2012 b). Beskrivelse og vurdering av tiltaket Circle of Security (COS) International - Intervention. Retrieved from https://ungsinn.no/post_tiltak/circle-of-security-cos-international-intervention/
- Eng. (2012, 15.08.17). Circle of Security er beskrevet i Ungsinn. Retrieved from https://ungsinn.no/post_aktuelt/circle-of-security-er-beskrevet-i-ungsinn/
- Eng. (2013, 22.08.17). Kriterier for klassifisering – gamle. Retrieved from https://ungsinn.no/post_artikkel/klassifiseringskriteriene-i-ungsinn/
- Eng. (2015, 05.02.20). Struktur – nye kriterier. Retrieved from https://ungsinn.no/post_artikkel/ungsinnns-klassifiseringsstruktur/
- Fearon. (2017). Attachment in the early years: Theory, research and clinical implications. In David, Helen, & Linda (Eds.), *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Clinical Training and Practice, Third Edition* (pp. 97-107). Hoboken, New Jersey :: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fonagy, Gergely, & Target. (2016). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. In Cassidy & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (3rd ed. ed., pp. 780-804). New York, New York ;London, England: The Guilford Press.

- Galanter, & Jensen. (2009). *DSM-IV-TR casebook and treatment guide for child mental health*. Washington, D.C: American Psychiatric Publ.
- George, & Solomon. (2016). The Measurement of Attachment Security and Related Constructs in Infancy and Early Childhood. In Cassidy & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* (3rd ed. ed., pp. 366-396). New York, New York ;,London, England: The Guilford Press.
- Guyon-Harris, Humphreys, Degnan, Fox, Nelson, & Zeanah. (2018). *A prospective longitudinal study of reactive attachment disorder following early institutional care: Considering variable- and person-centered approaches: Attachment & Human Development*. 2018, pp. No Pagination Specified.
- Hauger. (2017). *Traumebevisst omsorg i barnevernsinstitusjoner*. (Master). Høgskolen i Innlandet - Lillehammer,
- Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: forstå, beskrive og behandle*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 24.11.14). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. (IS-5/2013). Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/> /attachment/inline/bc9b7ff2-4f0f-4f66-95da-74df45c5ad0c:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf
- Herman. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi:10.1002/jts.2490050305
- Hoffman, Marvin, Cooper, & Powell. (2006). Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1026. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Howe, & Fearnley. (2003). Disorders of Attachment in Adopted and Fostered Children: Recognition and Treatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(3), 369-387. doi:10.1177/1359104503008003007
- Huber, McMahon, & Sweller. (2015). Improved child behavioural and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention. *Attachment & Human Development*, 17(6), 547-569. doi:10.1080/14616734.2015.1086395

- Huber, McMahon, & Sweller. (2016). Improved Parental Emotional Functioning After Circle of Security 20-Week Parent–Child Relationship Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 25. doi:10.1007/s10826-016-0426-5
- Høivik, Lydersen, Drugli, Onsøien, Bergum Hansen, & Berg-Nielsen. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-infant interaction problems: a randomized controlled trial. 9(1). doi:10.1186/s13034-015-0036-9
- Haarklou. (1998). "Emma tvert i mot - eller noe mer?". Retrieved from http://www.haarklou.no/?parent_text=15&page=15&sub=15 - ARTIKLER
- Haarklou. (2010). "Emma tvert imot - eller noe mer - 10 år senere. Hun trenger TIFA: De tilknytningsfremmende aktiviteter". Retrieved from http://www.haarklou.no/?parent_text=15&page=15&sub=15 - ARTIKLER
- Jørgensen, & Steinkopf. (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. *Fosterhjemskontrakt, 1*, 1-17. Retrieved from <http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Fagstoff/Barnevern/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>
- Kinsey, & Schlosser. (2013). *Interventions in foster and kinship care: A systematic review. [References]*: Clinical Child Psychology and Psychiatry. Vol.18(3), 2013, pp. 429-463.
- Kvello. (2015). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauritzen, Vis, Fossum, & Havnen. (2017). Barnevernets undersøkelsesarbeid - fra bekymring til beslutning. Delrapport 2. Evaluering av Kvellomalen. In (pp. 177 s.): RKBU Nord.
- Lawler. (2014). Addressing attachment disorganization and reactive attachment disorder in maltreated youth: Development of an introductory guide outlining best practices for school psychologists. No. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1356697434?accountid=17260>
- Lov om barneverntjenester. (2004). *Forskrift om fosterhjem*. (LOV-1992-07-17-100). LOVDATA.NO: Barne- og familiedepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-12-18-1659>
- Luby. (2016). *Handbook of Preschool Mental Health, Second Edition : Development, Disorders, and Treatment*. New York, UNITED STATES: Guilford Publications.
- Main, & Hesse. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status. In Greenberg, Cicchetti, & Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years : theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

- Main, & Solomon. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, Cicchetti, & Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years : theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Malt. (2018). DSM-systemet. Retrieved from <https://sml.snl.no/DSM-systemet>
- Malt. (2019). ICD-10. Retrieved from <https://sml.snl.no/ICD-10>
- Marr. (2014). *Executive functioning of children diagnosed with Reactive Attachment Disorder*. ProQuest Dissertations Publishing, 2014. 3665022., ProQuest Dissertations & Theses Global. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1637651873?accountid=17260>
- Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-124. doi:10.1080/14616730252982491
- Monsen. (2013). Reaktiv tilknytningsforstyrrelse og selvregulering. In.
- Moorer. (2007). *Recognizing reactive attachment disorder in foster children*. (Ph.D. Dissertation/Thesis). Capella University, [Ann Arbor, Mich.]. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/304699022?accountid=17260> (304699022)
- Nordanger, & Braarud. (2017). *Utviklingstraumer : regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- NOU 1985:18. (1985). *NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m.v.* Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/pro/-document/NOU/forarbeid/nou-1985-18>
- NOU 2012:5. *NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo Retrieved from <https://lovdata.no/pro/-document/NOU/forarbeid/nou-2012-5?searchResultContext=4943>
- O'Connor, & Rutter. (2000). Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 703-712. doi:10.1097/00004583-200006000-00008
- Ofstad, & Skar. (1999). *Barnevernloven : med kommentarer* ([3. utg.]. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Ogden, Pain, Minton, Siegel, & van der Kolk. (2006). *Trauma and the body : a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.

- Ot.prp.nr 44 (1991-1992). *Ot.prp.nr. 44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/pro/-document/PROP/forarbeid/otprp-44-199192?searchResultContext=7021>
- Pedersen, & Pedersen. (2016). Hva er den teoretiske forankringen til det utviklingsstøttende tilknytningsprinsipp, og hvilke implikasjoner har dette for barnevernets tiltaksarbeid? In: UiT Norges arktiske universitet.
- Perry. (1999). Memories of fear. How the brain Stores and Retrieves Physiological States, Feelings, Behaviours and Thoughts from Traumatic Events. Retrieved from <http://childtrauma.org/cta-library/trauma-ptsd/>
- Perry. (2006). Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. *Working with Traumatized Youth in Child Welfare*, 2019(06.09.2019), pp. 27-52. Retrieved from <https://childtrauma.org/nmt-model/references/>
- Perry, & Hambrick. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children & Youth*, 17(3), 38-43. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=35442936&site=ehost-live>
- Pettersen. (2013). Ny tilknytning – ny start. *Fontene*, 10/13, 48-53. Retrieved from https://fontene.no/mapper/Ny_tilknytning%E2%80%93ny_start.pdf
- Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, & Jahr. (2015). *Trygghetssirkelen : en tilknytningsbasert intervensjon : om å fremme tilknytningen i tidlige foreldre-barn-forhold*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Richters, & Volkmar. (1994). Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 328-332. doi:10.1097/00004583-199403000-00005
- Rosenstein, & Horowitz. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253. doi:10.1037/0022-006X.64.2.244
- Rutter, Kreppner, & Sonuga - Barke. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 529-543. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x
- Sameroff. (2009). The transactional model. In Sameroff (Ed.), *The transactional model of development : how children and contexts shape each other*. (First edition. ed., pp. 3-21). Washington, District of Columbia: American Psychological Association.

- Sandberg. (2010). *Rettsdata Norsk Lovkommentar (elektronisk utgave) barneloven § 30, note (70) revidert 11.11.2010*. Rettsda Norsk Lovkommentar: Kirsten Sandberg Retrieved from <https://min.rettsdata.no/-/Dokument/gL19810408z2D7z2EzA730?directHit=1&dq=barnelova%20§%2030&no%20teid=gN19810408z2D7z2E70>
- Schore. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Seifer, & Schiller. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 146-174. doi:10.1111/j.1540-5834.1995.tb00209.x
- Sheperis, Renfro-Michel, & Doggett. (2003). In-Home Treatment of Reactive Attachment Disorder in a Therapeutic Foster Care System: A Case Example. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(1), 76-88. doi:10.17744/mehc.25.1.krphhdq43bn4mawg
- Siegel. (2012). *The developing mind : how relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed. ed.). New York: Guilford Press.
- Smith. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Smith, Brandtzæg, & Torsteinson. (2019). *Barn og relasjonsbrudd : tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak : Bind 1 : Makroseparatorer* (1. utgave. ed. Vol. Bind 1). Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, & Ulvund. (1999). *Spedbarnsalderen* ([2.] rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smyke, Dumitrescu, & Zeanah. (2002). Attachment Disturbances in Young Children. I: The Continuum of Caretaking Casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00016>
- Solhoff. (2016). Tilknytning i et transaksjonistisk perspektiv. Kan tiltak øke deprimerte mødres sensitivitet og styrke barns tilknytning? In: UiT Norges arktiske universitet.
- Sroufe. (2005). *The Development of the person : the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stinehart, Scott, & Barfield. (2012a). *Reactive attachment disorder in adopted and foster care children: Implications for mental health professionals*. [References]: The Family Journal. Vol.20(4), 2012, pp. 355-360.

- Stinehart, Scott, & Barfield. (2012b). Reactive Attachment Disorder in Adopted and Foster Care Children: Implications for Mental Health Professionals. *The Family Journal*, 20(4), 355-360. doi:10.1177/1066480712451229
- Stokke. (2011). *Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse : kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer* (Vol. nr. 2, 2011). Oslo: Autismeenheten, Nasjonal kompetanseenhet for autisme.
- Store norske leksikon. (2019). Reaktiv. Retrieved from <https://snl.no/reaktiv>
- Thomas, & Chess. (1977). *Temperament and development*. Oxford, England: Brunner/Mazel.
- Torsteinson, Brandtzæg, & Powell. (2010). Circle of security som forebyggende intervensjon i spesialisthelsetjenesten. In (pp. s. 721-742). Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Urnes. (2018). *Den interaktive hjernen hos barn og unge : forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander*. Oslo: Gyldendal.
- van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg. (2012). Integrating temperament and attachment: The differential susceptibility paradigm. *Handbook of temperament*, 403-424.
- Van Ijzendoorn, & Kroonenberg. (1988). Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59(1), 147-156. doi:10.2307/1130396
- Waters, & Deane. (1985). Defining and Assessing Individual Differences in Attachment Relationships: Q-Methodology and the Organization of Behavior in Infancy and Early Childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 41-65. doi:10.2307/3333826
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (helsedirektoratet, Trans.). Oslo: Universitetsforl.
- World Health Organization. (2005). *ICD-10 : Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (helsedirektoratet, Trans. 10. revisjon, norsk utg., 4. [rev.] oppl. ed.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Zeanah, Carter, Cohen, Egger, Gleason, Keren, . . . Oser. (2017). Introducing a New Classification of Early Childhood Disorders: DC:0-5. Retrieved from <https://mih.org/wp-content/uploads/2017/11/2017-01-Zeanah-S.-intro-article.pdf>
- Zeanah, & Gleason. (2010). Reactive attachment disorder: A review for DSM-V. *Report presented to the American Psychiatric Association*.
- Zeanah Jr. (2007). Reactive attachment disorder. In Narrow, First, Sirovatka, & Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 163-176). Virginia: American Psychiatric Association.
- Zeanah, Scheeringa, Boris, Heller, Smyke, & Trapani. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. In (pp. 877-888).
- Zeanah, & Smyke. (2008). Attachment Disorders in Relation to Deprivation. In Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor, & Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 906-915).
- Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, & Group. (2005a). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028.
doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x
- Øvreeide, & Hafstad. (1998). *Marte Meo : Marte Meo metoden og utviklingsfremmende dialoger*. Århus: Systime.
- Aamodt, Aamodt, Størkersen, & Schellenberg. (2011). *Samhandling mellom barnevern og BUP : kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

