

GENERASJONSOVERFØRING AV OMSORGSSVIKT



Bachelor 2015

Innhold

1 Innledning.....	2
1.1 Forforståelse – Valg av oppgave.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Sosialfaglig relevans.....	3
1.5 Metode og kildekritikk.....	3
2 Teori.....	4
2.1 Tilknytning.....	5
2.1.1 Indre arbeidsmodeller.....	6
2.1.2 Tilknytningsstiler.....	6
2.1.3 Selvregulering.....	9
2.1.4 Bonding.....	10
2.1.5 Mentalisering.....	10
2.2 Omsorgssvikt.....	11
2.3 Hjerneforskning.....	17
2.4 Risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø.....	18
2.4.1 Sosialt nettverk.....	20
2.4.2 Utdanning.....	20
2.4.3 Levekår.....	21
3 Drøftning.....	22
3.1 Tilknytning.....	22
3.2 Hjerneforskning.....	25
3.3 Risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø.....	26
3.3.1 Sosiale nettverk.....	27
3.3.2 Utdanning og levekår.....	28
4 Oppsummering og avslutning.....	29
5 Referanser.....	30
6 Selvvalgt pensum.....	32

1. Innledning

1.1 Forforståelse – valg av oppgave.

Jeg har gjennom flere års erfaring som familiehjem, arbeid i forskjellige barnevernstiltak og gjennom studietiden og praksisperioden der fått et lite innblikk i mange barn og unges oppvekst. Det som går igjen hos flesteparten av barna, er at den omsorgen de fikk i sine hjem i en eller annen grad ikke var god nok. Gjennom samtaler med barna og ungdommene, samt deres foreldre, og ved å lese sakspapirer, opplevde jeg at flertallet av de unges foreldre selv har hatt en utfordrende oppvekst. Dette ble starten på min undring rundt generasjonsoverføring av barneomsorg. I tillegg har jeg i løpet av studietiden lest forskjellige pensumbøker, artikler og forskningsrapporter som omhandler temaet, noe som ytterligere har vekket min interesse på området.

Stemmer min opplevelse av at det er økt fare for at omsorgssvikt kan videreføres på tvers av generasjoner? Er det spesielle elementer i oppvekstmiljøet som forårsaker dette? Er det tilfeldig at flesteparten av de barn og unge jeg har møtt gjennom ulike arbeidssteder forteller om en historie med omsorgssvikt? Med dette som bakgrunn ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap rundt påvirkningen oppveksterfaringer har på menneskers omsorgstil. Hva vil være viktige forebyggende elementer i arbeidet med utsatte familier der foreldrene har egen omsorgssviktshistorie?

1.2 Problemstilling

Min undring rundt generasjonsoverføring ledet hen til denne problemstillingen:

Går omsorgssvikt i arv?

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å se på tilknytning, beskyttelse og risikofaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø for å belyse problemstillingen. Jeg har valgt ikke å gå i dybden på hjerneforskning, siden det krever en stor biologisk forståelse, men jeg ønsker allikevel i en

forenklet versjon å ha det med siden det er et viktig tema med tanke på generasjonsoverføring. Jeg kommer derimot ikke til å ta med teori som omhandler barns temperamentsstiler. Dette er et stort og viktig emne, siden det kan påvirke tilknytningen, men det blir utelatt siden det er vanskelig å skille hva som er medfødt temperament og hva som skyldes mangelfull eller skadelig samspill mellom omsorgsgiver og barnet (Kvelling 2010). Resiliens er et annet tema jeg i denne forbindelsen godt kunne skrevet om, siden det kan forklare hvorfor det går bra med noen på tross av store utfordringer, men siden det er faren for generasjonsoverføring jeg har valgt å se på blir resiliens valgt bort.

Det brukes i oppgaven begrep som omsorgsgiver, omsorgsperson, tilknytningsperson og foreldre, disse omhandler alle det samme og blir brukt litt avhengig av hva kildene bruker og av språklige grunner. Det er i denne sammenhengen viktig å nevne at det ikke trenger å være biologiske foreldre det snakkes om.

1.4 Sosialfaglig relevans

”Målet med sosialt arbeid er å bedre livssituasjonen til klientene” (Hutchinson og Oltedal 2003:11). Videre sier de at sosialt arbeid skjer i skjæringspunktet mellom individ og samfunn. Ved utgangen av 2012 var det 38700 barn og unge som i en eller annen form mottok barnevernstiltak, 13900 av disse var plassert utenfor hjemmet (Bufdir 2013). Her ser vi at samfunnet tar ansvaret for ganske mange barn, som hver for seg trenger individuell oppfølging. Plasseringene og hjelpetiltakene er gjort med en hovedbegrunnelse i at man ønsker å bedre de involvertes livssituasjon. Barnekonvensjonen slår fast at barnets beste skal ligge til grunn ved alle handlinger som berører barn, og omsorgssvikt berører i høyeste grad barn. Arbeid med å forebygge sosiale problemer er en del av feltet sosialt arbeid (Kokkinn 2005), og å tilegne seg kunnskap rundt eventuell generasjonsoverføring av omsorgssvikt vil kunne bidra til dette.

1.5 Metode og kildekritikk

Metode er et redskap vi bruker for å undersøke noe, og den hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger. Det er innenfor metode vanlig å skille mellom kvantitativ og

kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, og gir oss mulighet til å bruke regneoperasjoner for eksempelvis å tydeliggjøre funn. Den kvalitative metoden forsøker å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland 2012).

Med utgangspunkt i problemstillingen kan man velge den mest hensiktsmessige metoden, og denne oppgaven vil være en litterær oppgave, som betraktes som en kvalitativ tilnærming (Dalland 2012). Jeg vil ta for meg litteratur og forskning som jeg mener er relevant for å besvare min problemstilling. Ved litteraturstudie er kildekritikk, der man skiller pålitelige kilder fra spekulasjon svært viktig. Relevans i forhold til problemstillingen er et annet viktig element, samt gyldighet og holdbarhet (Dalland 2012). Faren for at sekundærkilder som har bearbeidet den opprinnelige teksten kan være feiltolket vil alltid være tilstede, så en kritisk tilnærming ved valg av kilder er også derfor viktig.

Min problemstilling tar for seg et stort område, og søkeord med god relevans var derfor viktig. Å bruke ord som; arv, generasjonsoverføring og generasjon alene og i kombinasjon med; omsorgssvikt, barneomsorg og skadelig omsorg, gav mange gode treff. Jeg har brukt Oria – Bibsys og referanselister i fagbøker som hovedsøk. Ved bruk av sekundærkilder har jeg vært ekstra kritisk til forfatter, og sjekket opp mot annen tilgjengelig litteratur for å minske farene for feiltolkning. Jeg har videre brukt fagfelle vurdering som en pekepinn på kvalitet, og valgt å benytte artikler som er presentert i anerkjente tidsskrifter. Jeg har i stor grad prøvd å bruke nyere materiale, men store, kjente ”veteraner” som for eksempel Bowlby (1969, 1973,1980) har allikevel fått plass grunnet deres tyngde og graden av gjengivelse hos andre forfattere.

2 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg tilknytning og tilknytningsteori. Alle barn har tilknytning til sine omsorgsgivere, og det er en forutsetning for at det hjelpeløse barnet skal overleve (Kvelling og Håkansson 2013). Mye av grunnlaget for hvordan vi fungerer som voksne legges nettopp i barndommen og tilknytningen er derfor svært viktig med tanke på senere foreldreferdigheter og fungering i samfunnet. Jeg vil så se på hjerneforskning, der jeg kortfattet kommer inn på biologiske forutsetninger og skader som kan oppstå i hjernen på

grunn av ulike typer omsorgssvikt og stressituasjoner. Til slutt vil jeg trekke frem forskning rundt risiko og beskyttelsesfaktorer hos foreldre og oppvekstmiljø, som kan forklare faren for omsorgssvikt.

2.1 Tilknytning

I følge Bowlby, som av mange er regnet som tilknytningsteoriens far, er barnets tidlige tilknytning til omsorgspersonene bestemmende for barnets senere evne til å danne og vedlikeholde relasjoner til andre (Bowlby 1969). Han skriver også at tilknytning kan betegnes som de emosjonelle båndene som finnes mellom barn og deres omsorgspersoner. Videre fant Bowlby (1969) gjennom sin forskning på barns utvikling, at omsorgspersonen(e) normalt skal være en trygg base som barnet kan søke nærhet og trygghet hos. Fra fødselen av søker barn etter kontakt med andre mennesker, og vever bånd til dem som gir dem best omsorg (Kvello 2010). Bowlby (1969) hadde som utgangspunkt for sin teori at spedbarn har en medfødt, biologisk styrt tendens til å søke nærhet til en omsorgsgiver, spesielt når det føler seg utrygg, trenger hjelp eller er stresset (I Bunkholdt og Sandbæk 2008). *”Med tilknytning tenker vi på det følelsesmessige båndet som etableres mellom barn og foreldre, og den spesifikke atferden som har til hensikt å fremme nærhet mellom dem”* (Håkonsen 2009:38). Tilknytningsteorien er universell, alle barn i alle samfunn utvikler tilknytning. Om tilknytningen har en trygg eller utrygg stil går også på tvers av samfunn. Det som ikke er like klart, er om sensitiviteten til omsorgspersonene og trygg tilknytning kan defineres likt på tvers av kulturer (Kvello 2010).

Tilknytning betegner både en opplevelsedimensjon, hvordan andre oppleves for barnet og en atferdsdimensjon der barnet handler for å oppnå trygghet (Kvello 2010). Spedbarns atferd gjenspeiler deres behov for beskyttelse, noe de naturlig nok søker hos omsorgspersonene de er tilknyttet. Tilknytningssystemet hos barn vil i følge tilknytningsteorien bli aktivert når barnet føler seg utrygg. Barnet vil derfor ha et ønske om å bli beroliget, og nærmer seg da sine tilknytningsspersoner. Barnet gjenkjenner etter hvert disse mønstrene, og handler ut i fra det mønsteret som gir dem størst mulighet for å bli beroliget. Omsorgspersonenes reaksjoner på barnets tilknytningssatferd påvirker hvor trygg barnet oppfatter at verden er (Bunkholdt og Sandbæk 2008). Interaksjonen mellom barnet og omsorgspersonen blir dermed i stor grad viktig for hvordan barnets atferd vil se ut. Tilknytningssatferden til barnet blir en form for gjensvar på barnets opplevelse av samspillet med omsorgspersonene.

2.1.1 Indre arbeidsmodeller.

Samspillet mellom omsorgspersonene og barnet danner grunnlaget for det tilknytningsteoretikerne omtaler som indre arbeidsmodeller. I følge Bowlby (1973) inneholder den indre arbeidsmodellen hvem som er tilknytningspersoner, hvor tilgjengelige de er og hvordan barnet forventer de vil respondere ovenfor dem. Kvello (2010) forklarer dynamikken i tilknytning med at barns samspill med primæromsorgsgivere leder til utvikling av minnespor. Disse minnesporene generaliseres til å gjelde for mennesker generelt. Det vil si at relasjonserfaringene med omsorgspersonene projiseres til også å gjelde relasjoner til andre mennesker. Disse erfaringene med omsorgspersonene blir da en arbeidsmodell for andre relasjoner.

De indre arbeidsmodellene har to hovedtrekk (Bowlby 1973). Den ene delen består av oppfatningen barnet har av andre mennesker, altså tilgjengeligheten på omsorgspersonene og deres sannsynlighet for å beskytte barnet ved stressende og utrygge hendelser. Den andre delen består av barnets selvoppfatning. Pålitelig opptreden av tilknytningspersoner gir barnet en opplevelse av å være verdsatt og betydningsfullt.

Det antas at indre arbeidsmodeller har både bevisste og ubevisste komponenter som påvirker våre relasjoner (Bowlby 1980). Man kan i noen tilfeller se klart at våre reaksjoner henger i sammen med vår tilknytning, mens det i andre sammenhenger er vanskelig å forstå at våre relasjonsmønstre er uttrykk for tilknytningsstil (Kvello 2010).

2.1.2 Tilknytningsstiler.

Barn utvikler følelsesmessig tilknytning til sine omsorgspersoner. Tilknytningen er allikevel forskjellig, basert på det samspillet som finner sted mellom barnet og omsorgspersonene (Killèn 2013). Mary Ainsworth m.fl utviklet i 1978 en klassifikasjonsmodell av tilknytningskvalitet, der man så på spedbarn mellom 12 og 18 måneder og deres reaksjoner på korte atskillelser fra og gjenforeninger med nærmeste omsorgsgiver (I Bunkholdt og Sandbæk 2008). Barnas atferd ble observert, og ut fra de forskjellige reaksjonene som der viste seg, ved både atskillelse og gjenforening, fant man ut hva slags type indre arbeidsmodeller barnet

hadde. Ainsworth m. fl. Kom frem til følgende klassifisering av tilknytningsstil. Trygg tilknytning (B), Unnvikende tilknytning (A) og Ambivalent tilknytning (C).

I det dette avsnittet blir Bunkholdt og Sandbæk (2008:65) sin fremstilling av Ainsworths klassifiseringsmodell brukt. Her omtales barnas tilknytning, senere i oppgaven vil trekk ved barnets omsorgspersoner og deres former for omsorg, som er typiske for utvikling av de forskjellige tilknytningsstilene gjennomgå.

Trygg tilknytning (B): Omsorgsgiver blir av barna oppfattet som en trygg base, som det kan bruke som utgangspunkt for utforskning av omgivelsene. Ved atskillelse blir barna urolige, og viser at de savner omsorgsgiver og ved gjenforening viser de tydelig glede ved å smile og nærme seg. Hvis det trygge barnet blir urolig, gir det signal om det, eller nærmer seg sin omsorgsgiver for kontakt. Når barnet er roet (regulert), tar det fatt på ny utforskning av omgivelsene.

Unnvikende tilknytning (A): Disse barna reagerer lite på atskillelse. De utforsker omgivelsene uten å ta særlig kontakt med omsorgsgiver, og de tar heller sjeldent kontakt ved gjenforening. Hvis barnet forsøkes løftet opp, blir det gjerne stivt og bøyer seg for å komme unna. Det er mye mer opptatt av leken enn av menneskene i fremmedsituasjonen.

Ambivalent tilknytning (C): Disse barna blir ofte urolige og sutrete når de blir introdusert for nye situasjoner. De klamrer seg ofte til omsorgsgiver, og er lite opptatt av omgivelsene eller lek. Ved gjenforening kan de veksle mellom å klamre seg og være sinte og avvise. Det er vanskelig å trøste dem. Den vekslende og ujevne responsen barna har fått av omsorgspersonene resulterer ofte i at barna forsterker sine signaler for å utløse omsorg. Dette kan føre til frykt for å bli oversett, noe barna løser ved å bli oppmerksomhetskrevende.

Main og Solomon (1986) føyde til en fjerde kategori (Bunkholdt og Sandbæk 2008):

Desorganisert/desorientert tilknytning (D): De desorganiserte barna virret rundt uten noe fast mønster. De fullførte ikke handlingsmønstre, for eksempel avbrøt de å nærme seg, kunne "fryse fast", viste ofte utpreget frykt og forvirring. Man ser ofte også at disse barna gjemmer seg for å gråte og viser motstridende signaler som å smile mens tårene renner. Frykt kan være et stikkord her da man stadig ser at barna med denne tilknytningen er skvetne og på vakt. De vil også kunne vise stort behov for å beskytte seg.

Avsnittet under er bygget på Cassidy og Shaver (2008) i Kvello og Håkansson (2013) sin karakteristik av de fire tilknytningsstilene. Her med et spesielt blikk på tilknytningspersonenes grad av omsorg.

Barn utvikler ofte trygg tilknytning (B) når omsorgspersonene er varme og sensitive, og tar utgangspunkt i barnets behov. Barnet vil søke omsorgspersonene når noe oppleves utrygt eller det blir oppbrakt. Omsorgspersonene er også aksepterende og på denne måten regulerer de barnet på en hensiktsmessig måte når barnet er uregulert. Trøsten omsorgspersonene gir barnet når det er utrygt, oppleves lindrende og barnet roer seg raskt. Barnet integrerer godt fornuft og emosjoner.

Unnvikende tilknytning (A) utvikles gjerne når omsorgspersonene responderer lite på barnets emosjoner, men stimulerer greit på andre områder. Oftest er det de negative uttrykkene som for eksempel sinne, oppgitthet og tristhet som i liten grad responderes. Barnet fremstår som overregulert, og søker sjeldent omsorgspersonene når det er oppbrakt. Barnet styres av fornuft og klar nedtoning av egne og andres emosjoner.

Ambivalent tilknytning (C) oppstår typisk ved tre typer av omsorg. Den første: Ujevne omsorgspersoner som veksler mellom å være ”koblet på – av barnet”, og oftest er påtrengende når de er ”på”. Den andre: Omsorgspersoner som forholder seg til barnet som mer umodent og sårbart enn det faktisk er, og dermed gir upassende gjensvar i forhold til barnets faktiske utvikling. Den tredje og siste: Der omsorgspersonene ønsker å dekke egne behov for bekræftelser og pleie eget selvbilde gjennom barnet. Barn med denne tilknytningsstilen blir ofte opplevd som overdrevent hjelpeløse, mer enn normal oppmerksomhetssøkende og ofte innnydende. Dette for ikke å bli oversett eller ignorert. De er også ofte emosjonelle og ambivalente i forhold til andre mennesker, noe som uttrykkes ved svingende følelser som kan oppleves overveldende.

Barn kan ofte utvikle desorganisert/desorientert tilknytning (D) når omsorgspersonene oppleves som: 1) skremte og redde, 2) emosjonelt utilgjengelige/avvisende, 3)preget av ubearbeidede traumer og alvorlige tapsopplevelser eller 4) som skremmende/uforutsigbare. Tilknytningsstil D er ment å romme det vanskelige dilemmaet der omsorgspersonene barnet er avhengige av, er de personene de frykter mest eller blir avvist av. Omsorgspersonene i denne kategorien har som fellesnevner at de ikke klarer å ivareta og beskytte barnet på en tilstrekkelig måte. Motsetningsfylte atferdsuttrykk hos barnet blir ofte synlige, og uttrykk betegnet som krenkende, bisarre eller unnvikende er vanlige. Voksne personer med

tilknytning D fremstår ofte som kontrollerende, fiendtlige og straffende i sine relasjoner med andre.

ABCD – modellen for tilknytning som her er nevnt viser bare de fire hovedkategoriene. Det er også i bruk kombinasjoner av kategoriene og underkategorier for å tydeliggjøre grader av tilknytningen. Man har eksempelvis gradering av hvor trygg en tilknytning er: B3, meget trygg; B1 og B2, trygg og B4, noe mindre trygg (Killèn 2009:120). Når barna blir eldre utvikles det andre uttrykk for tilknytningsstilene, og man vil ofte se endring i takt med barnets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling. Man vil for eksempel ofte se en endring hos trygge barn, der deres behov for fysisk nærhet går mer over i behov for følelsesmessig nærhet (Killèn 2009).

Vi har nå sett på tilknytning generelt, med utgangspunkt i Bowlby (1969, 1973, 1980) og hans teori. Bidragsyttere innen tilknytningsforskning frem til i dag er videre brukt for å belyse tematikken ytterligere. I neste del vil jeg trekke frem elementer i tilknytningen på en mindre kategorisk måte. Dette for å fremheve kompleksiteten i tilknytningsatferd, og for å få frem betydningen av en del viktige begreper (Kvillo & Håkansson 2013).

2.1.3 Selvregulering

De forskjellige typene av tilknytning gjenspeiles i ulik grad av evne til selvregulering, da spesielt emosjonsregulering. Kvillo og Håkansson (2013:166) skriver at ”selvregulering er et av de viktigste mål for oppdragelse og barneomsorg”. Videre sier de at man må kunne regulere/styre seg selv (som omsorgsgiver) for at barn skal utvikle god selvregulering. Innenfor begrepet selvregulering ligger det flere aspekt, som atferdsregulering, emosjonsregulering og oppmerksomhetsregulering. Man graderer ofte selvregulering fra underregulert til overregulert, med normalregulert som midtpunkt. Underregulering handler om umodne strategier i selvreguleringen. Man snakker da om eksempelvis impulshandling og å søke ekstremt mye støtte og hjelp. Normalregulering vil si å ha god kontroll på seg selv, og overregulering handler om overdreven selvkontroll, rigiditet og snusfornuft for å nevne noe. Trygghet i tilknytningen til omsorgspersoner i tidlige barneår synes å gi barnet større evne og mulighet til selvregulering, spesielt emosjoner og gjør barnet bedre rustet for å takle ulike utfordringer som livet gir (Håkonsen 2009).

2.1.4 Bonding.

Mens tilknytning handler om barns aktive regulering av forholdet til omsorgspersonene, som etter hvert også omfatter andre nære relasjoner, handler bonding om omsorgspersonenes behov for å knytte et følelsesmessig bånd til barnet (Bowlby 1969). Kvaliteten i omsorgspersonenes bonding påvirkes betraktelig av den omsorgen de selv fikk som barn, i og med at dette er grunnlaget for omsorgsutøvelsen, og deres psykiske helse, som i stor grad forklarer kvaliteten i deres relasjoner generelt (Kvello 2010). Omsorgspersonenes evne til bonding er med på å skape forutsetning for trygg tilknytning hos barnet (Fonagy et al. 2007; Target et al. 1996). På denne måten kan relasjonserfaringer og relasjonskompetanse overføres på tvers av generasjoner, om tilknytningen er trygg eller utrygg og om de indre arbeidsmodellene er hensiktsmessige eller ikke (Kvello og Håkansson 2013).

Tilknytningsmønster etableres tidlig i barns liv, før barna har begynt å bruke ord, derfor lagres hendelser i implisitt hukommelse (Hart 2009). Den implisitte hukommelsen viser seg i atferd, uten at vi er i stand til å rekonstruere den opprinnelige erfaringen. Senere opplever barnet relasjonserfaringer som blir språkbaserte og på den måten bevisste. Fremkallingen av disse erfaringene blir dermed viljestyrte og da eksplisitt hukommelse. Summen av barnets tilknytningserfaringer skaper indre arbeidsmodeller, som er oppfattelsen av hvordan relasjoner er. Disse modellene består av både bevisste og ubevisste erfaringer. De første tilknytningserfaringene barnet gjør seg lagres i den implisitte hukommelsen, og dette kan i noen grad forklare hvorfor tilknytningsmønstre er vanskelige å endre (Kvello og Håkansson 2013). At tidlige relasjonserfaringer danner dype spor, og preger senere relasjoner skaper stor oppmerksomhet rundt temaet, og har sterk forklaringsstyrke på hvorfor skadelig barneomsorg og psykososiale vansker i noen familier går over generasjoner (Kvello og Håkansson 2012:167).

2.1.5 Mentalisering.

Tilknytningserfaringer generaliseres til indre arbeidsmodeller, de indre arbeidsmodellene legger grunnlaget for, og er en del av mentaliseringsevnen som igjen er viktig for bonding

(Kvello 2010). Begrepene har derfor nær sammenheng. Mentalisering og svikt i denne er sentral i forklaringen av psykopatologi så vel som friskhet, og er en av de viktigste dimensjonene i barneomsorg (Anke 2012). Foreldres evne til mentalisering er avgjørende i foreldre – barn relasjonen (Killèn 2009). Mentalisering betyr i korthet evnen til å forstå oss selv og andre, våre hensikter, følelser, ønsker, tanker og tro i følge Killèn (2009). Kvello og Håkansson (2013:167) trekker frem tre dimensjoner i defineringen av mentalisering. Den første: et forsøk - og ønske om å se den andre fra deres ståsted, et ”innenfra – blikk”. Dette legger grunnlaget for sensitivitet, evnen til å føle empati og sympati med andre, og det som betegnes som varme eller kjærlighet. Den andre dimensjonen som trekkes frem: Bevissthet om eget indre liv, som impulser, følelser, håp, reaksjoner osv. Altså et oppmerksomt nærvær eller ”mindfulness”. Dette er forutsetningen for selvinnsett, selvoppfatning, affektbevissthet, utvikling av identitet og intimitet til andre. Den tredje og siste dimensjonen: Forsøk på å se seg selv med andres øyne, et ”utenfra – blikk” på seg selv. Dette ”blikket” baserer seg på generaliserte erfaringer av andres reaksjoner på ulike handlinger, meninger, holdninger, osv., og hvordan andre betrakter en som person. Dette er forutsetningen for sosial kompetanse og sosial tilpassning, altså justeringene en person gjør for å passe inn i fellesskapet sosialt. Håkansen (2009) bruker Bateman og Fonagy (2007) sin definisjon av hva mentalisering dreier seg om; hvordan vi forstår oss selv og andre mennesker. Videre sier han at ved svekket mentaliseringsevne blir også evnen til selvregulering redusert.

Det finnes en rekke gode mentaliseringsbaserte metoder for endring av tilknytningskvalitet. Man har for eksempel Circle of security, Minding the baby og mentaliseringsbasert arbeid med ungdom (Kvello og Håkansson 2013). Fellesnevneren for disse metodene er at hjelperen skal vise oppmerksomhet mot og aksept for foreldrenes opplevelser og behov. Dette skal virke støttende for foreldrene, som igjen leder til at de retter fokus mot sitt eget og barnets indre. Målet er at foreldrene oppnår en bedre forståelse av seg selv, sitt barn og relasjonen dem i mellom (Kvello 2010).

2.2 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et stort og vidt begrep som av forskjellige fagpersoner defineres noe ulikt. Kempe (1979) sin definisjon av omsorgssvikt blir brukt av flere og er i denne oppgavens sammenheng passende med tanke på at den er såpass omfattende i sitt innhold, og derfor ikke

utelater områder som vil være viktige for å besvare problemstillingen: *”Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare”* (Kempe 1979 i Killèn 2009).

Det er imidlertid oftest vanlig å differensiere mellom fire former for omsorgssvikt (Killèn 2009:33):

- 1: Barn som blir utsatt for vanskjøtsel.
- 2: Barn som blir utsatt for fysiske overgrep.
- 3: Barn som blir utsatt for psykiske overgrep.
- 4: Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep.

Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og barn som utsettes for omsorgssvikt opplever sjeldent bare en av kategoriene. Selv om det er tilfeller der det oppleves seksuelle, fysiske eller psykiske overgrep uavhengig av hverandre, vil de oftest være sammenvevet (McGee, Wolfe og Wilson 1997, Slep og Heyman 2001 i Killèn 2009).

I følge Kvello og Håkansson (2013:164) har barnevernfaget tradisjonelt sortert mangelfull og skadelig barneomsorg i tre hovedkategorier: Omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep. Om vi sammenlikner med Killèn (2009) sin fremstilling ser man at omsorgssvikt inneholder vanskjøtsel, mishandling inneholder både fysisk og psykisk overgrep og seksuelle overgrep står også her for seg selv. Bunkholdt og Sandbæk (2008) velger å nevne Steenkomiteen (NOU 1982:26) sin forklaring. Her deler de mellom aktiv og passiv mishandling.

- 1: Passiv fysisk mishandling (manglende dekning av barns fysiske behov, avvikende og usunn ernæring, dårlig beskyttelse mot fysiske farer, manglende hygiene, klær som ikke passer til vær og temperatur). Dette har også vært kalt vanskjøtsel
- 2: Passiv psykisk mishandling eller psykisk omsorgssvikt (grov understimulering og likegyldighet, og mangel på konsekvens og forståelighet i oppdragelsen i en slik grad at det hemmer barnets utvikling).
- 3: Aktiv fysisk mishandling (grov vold mot barnet i form av for eksempel slag og utsulting).

4: Aktiv psykisk mishandling (aktiv avvisning og fiendtlig holdning, dette kommer til uttrykk for eksempel i nedvurdering, latterliggjøring og trusler om straff).

5: Seksuelle overgrep (seksuell aktivitet mellom voksen og barn, hvor den voksne utnytter barnets avhengighet og umodenhet til å skaffe seg selv seksuell tilfredsstillelse).

Videre skriver Bunkholdt og Sandbæk (2008) at grensene mellom passiv fysisk, passiv psykisk og aktiv psykisk mishandling er flytende og blir av de samlet under begrepet omsorgssvikt. Sammenlikner vi de forskjelliges bruk av definisjoner ser vi at hovedinnholdet i stor grad er det samme.

Jeg velger videre å ta utgangspunkt i Killèn (2009:34) sin fremstilling, og skrive mer om de forskjellige fenomenene etter hennes tidligere nevnte fire hovedkategorier.

1: Barn som blir utsatt for vanskjøtsel.

Man har ofte tenkt på vanskjøtsel som mangel på fysisk omsorg, men det innebærer også manglende dekning av barnets emosjonelle, kognitive eller sosiale behov. Vi snakker om foreldre som ikke engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet. De er ikke emosjonelt tilgjengelige for barnet. Det finnes to hovedtyper av følelsesmessig vanskjøtsel. Den ene: Ernæringsmessig, fysisk, materiell, medisinsk eller sosial vanskjøtsel. Denne er godt kjent, og kan ofte både ses og luktes. Den andre: Overdreven tilfredsstillelse av ernæringsmessige, materielle eller sosiale behov, der dette blir istedenfor kjærlighet og gjør barna usynlige for seg selv og andre. Vanskjøtsel er ofte karakterisert ved fravær av atferd. Vanskjøtsel påvirker barnet på mange områder, og er en alvorlig trussel for barnets fysiske, følelsesmessige, kognitive, sosiale og atferdsmessige utvikling (Egeland og Erickson 2002, Sameroff 2000 i Killèn 2009). De ytre tegnene på vanskjøtsel er mange. Det kan være at barnet er skittent, lukter vondt, ikke legger på seg, har omfattende bleieutslett, dårlig tannhygiene, osv. Manglende evne til å søke eller følge opp medisinsk behandling er også en form for vanskjøtsel som kan få alvorlige følger. Manglende respondering og understimulering kan føre til blant annet dårlig kontaktevne, forsinket psykomotorisk utvikling og dårlig språkutvikling. Barn som blir oversett eller møtt med aggressive reaksjoner på sine behov slutter etter hvert å melde (gråte/skrike) sine behov. De utvikler ikke lyder som er forløperen til språk, fordi ingen snakker med dem. De får heller ikke sjansen til å utforske verden utenfor sengen og lære om den. De får ikke utviklet grovmotorikken siden de ikke får brukt armer eller ben.

Disse barna kommer seg bemerkelsesverdig fort når omsorgen endres tidlig, ved eksempelvis sykehusopphold eller beredskaps/fosterhjem. Det gjelder både fysisk og ofte også psykisk. De viser tilknytningsatferd, utvikler lyder og språk og ser ut som de trives. Om omsorgen endres senere kommer de seg ofte fysisk, men ikke så lett psykisk. De kan være psykisk skadet for livet. Ser vi bort fra de ekstreme påførte fysiske skadene, har vanskjøtsel oftest store psykiske konsekvenser.

Proteintilførsel til spedbarn er nødvendig for hjernens utvikling, og mangel av dette kan resultere i mangelfull kognitiv og motorisk utvikling og impulsiv atferd (Pollitt og Gorman 1994 i Killèn 2009). Jernmangel kan føre til angst, depresjon og problemer med oppmerksomhet (Shonkoff og Phillips 2000 i Killèn 2009). I følge Perry (1999,2000), Glaser (2000) og Hart (2006) er hjernens utvikling også avhengig av kvaliteten på samspillet mellom foreldrene og barnet, og den følelsesmessige omsorgen (I Killèn 2009).

Det finnes grader av vanskjøtsel, og det kan oppleves perioder der barnet får dekket sine behov, for så å oppleve at dette endrer seg. Det kan for eksempel skje i forbindelse med foreldrenes egne kriser eller opphoping av problemer. Det finnes som nevnt tidligere også vanskjøtsel som er av mer følelsesmessig grad. Der barnet ikke blir sett, kanskje heller oversett og ikke prioritert av foreldrene. Barnet opplever å ikke ha verdi hos foreldrene, snarere å være belastende. Denne følelsesmessige utilgjengeligheten hos foreldrene fører ofte til at barnet tidlig inntar en voksenrolle og grader av parentifisering oppstår. Vanskjøtsel av denne type ses oftere i mer ressurssterke miljøer, der det er lettere å ”dekke over” de følelsesmessige manglene med overdreven fysisk behovsdekning.

2: Barn som blir utsatt for fysiske overgrep.

Her snakker vi om barn som skades enten ved aktiv handling eller ved manglende tilsyn. Typiske synlige tegn på påført fysisk skade er blåmerker og brannsår. Det kan være blåmerker etter slag og klyping eller merker etter å ha blitt kastet. Med unntak av skader der man tydelig ser det er brukt hånd eller gjenstander, er dette med andre ord skader som kan forårsakes av normal lek og aktivitet hos barnet. Plasseringen av skadene, alder på barnet og forklaringen på hvordan de er oppstått, kan derimot gi informasjon om at de er påført. Brannsår er ofte etter sigaretter, men kan også være etter strykejern og varmeovner eller liknende (Hobbs, Hanks og Wynne 1999 i Killèn 2009). Når slike voldsomme og synlige tegn på påført traume oppdages, vekkes umiddelbart sinne, harme og forferdelse hos de fleste av oss. Barnet har derimot ofte gjemt sin opplevelse av angst, smerte og fortvilelse godt for omverdenen. De opplever at de

som skulle beskytte dem og verne dem mot farer, er de som påfører dem smerten. Denne opplevelsen av motsigelse, som kan føre til psykiske skader, er det som i et lengre tidsperspektiv kan gi langt mer alvorlig og varig skade enn de fysiske sårene.

Det kan på den andre siden bli enda mer komplisert hvis man tenker på de fysiske skadene som ikke har synlige ytre tegn. Vi snakker da om for eksempel hodeskader hos spedbarn etter kraftig risting (shaken baby syndrom) og fall eller slag mot hodet. Dette kan utløse epilepsi, lammelser og utviklingshemming. Skadene kommer ofte til syne på et senere tidspunkt, og er derfor vanskeligere å knytte til et overgrep. I følge professor ved rettsmedisinsk institutt på Rikshospitalet, Torleiv Ole Rognum, har vi omtrent fem mishandlingssaker i året som ender med døden i Norge (Fretland 2009 i Killèn 2009). Det handler da om hodeskader, alvorlig vanskjøtsel eller kvelning.

Brudd på armer og ben er andre vanlige påførte skader. Det er vanlig at når barnet kommer til røntgen for undersøkelse av en skade, viser det seg flere gamle skader av forskjellig alder. Overgrepene kan noen ganger ha foregått lenge uten at dette er blitt oppdaget. Hoskote et al. (2003) fant at en av fire bruddskader hos barn under ett år skyldes fysiske overgrep. Materialet til undersøkelsen var hentet fra en legevakt i Oxford (I Killèn 2009).

Det er en rekke ulike situasjoner som kan utløse disse overgrepene. Det kan være aggresjon mot partner som i stede blir rettet mot barnet, utprøvende atferd hos barnet (på grunn av for eksempel langvarig avvisning) som ”driver foreldrene til vanvidd” eller at barnet har fått funksjon som familiens ”huggestabbe”. Foreldrenes problemer, som arbeidsløshet og økonomi, kan også være utløsende faktorer. Det finnes også noen svært grove saker der vi møter mer sadistiske motiver.

De fysiske skadene av overgrep er oftest forbigående, enn så ille de har vært der og da. De psykiske skadene og det følelsesmessige klimaet overgrepene skjer under, er derimot av mer langvarig og omfattende karakter. Det er lett å tenke at et overgrep er en avgrenset handling, men for barnet er det ikke det. Det handler om kognitive og emosjonelle prosesser, om barnets opplevelse av seg selv og overgrepet og hva det kan ha gjort for å fortjene dette. Kanskje mest av alt handler det om barnets redsel for neste overgrep, og hvordan det kan oppføre seg for å unngå dette.

3: Barn som blir utsatt for psykiske overgrep.

Dette er kanskje den vanskeligst definerbare av de ulike formene for omsorgssvikt. Det kan kort defineres som kroniske holdninger eller handlinger hos omsorgsgiver, som er ødeleggende for eller forhindrer utviklingen av et positivt selvbilde hos barnet. Barnet lever med en kronisk bekymring for om foreldrene vil være i stand til å ta seg av barnet og seg selv. Dette er ikke isolerte opplevelser av avvísning som sannsynligvis finner sted i enhver familie, men heller kroniske vedvarende atferdsmønster ovenfor barnet. Denne type mønster gir ikke ytre synlige skader, men sårene er innvendige og kan være mer ødeleggende enn noen annen form for overgrep (Glaser 1993, 2002; O`Hagen 1998; Garbarino og deLare 2002 i Killèn 2009). Disse sårene og skadene kan etter hvert utvikle seg slik at de i mer eller mindre grad blir synligere for omgivelsene ved for eksempel uvanlig atferd hos barnet.

4: Barn som blir utsatt for seksuelle overgrep.

Dette er barn som av familien eller det sosiale nettverket utsettes for seksuelle aktiviteter som de hverken emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig er modne for. Barna kan heller ikke forstå rekkevidden av disse aktivitetene. Derfor kan de heller ikke gi et informert samtykke til å delta i dem, og dessuten går de på tvers av familierollenes tabu (Schechter og Roberge 1976 i Killèn 2009). Dette dreier seg om grunnleggende svikt fra en barnet har tillit til, om det er foreldre, onkel, trener, presten, mors kjæreste osv. Den seksuelle atferden omfatter et bredt spekter fra å se på pornografi sammen, leke seksuelle leker, se på den voksne som onanerer, berøring og masturbasjon og oralt, analt og genitalt samleie. Det er den voksne som bruker barnet til å dekke sine egne seksuelle behov og maktbehov (Søftestad 2008 i Killèn 2009). Innledningen til den seksuelle overgrepssituasjonen skjer ofte via lek, og barnets alder kan variere. Barnet forstår ikke at dette er unormalt, før det opplever at ”leken er hemmelig”, og ikke må fortelles til noen. Trusler og bestikkelser blir ofte brukt for å hemmeligholde overgrepene. Skyld og skam blir også ofte lagt på barnet, ” det er din oppførsel som gjør at pappa må oppføre seg sånn”. Setninger som at ” Mamma kommer til å kaste deg ut om du forteller hva du har gjort” blir brukt for å få barnet til ikke å fortelle andre om overgrepene. Barnet vil ofte føle seg skyldig og medansvarlig, og bruker mye energi på å skjule og tildekke overgrepene det har vært utsatt for.

Seksuelle overgrep er ofte knyttet til andre former for omsorgssvikt. Et barn som er utsatt for seksuelle overgrep i sin egen kjernefamilie, vil også oftest være utsatt for andre former for omsorgssvikt. Det er mange fellestrekk, men seksuelle overgrep er i tillegg en alvorlig

kriminell handling, som det knyttes sterke tabu til. Det blir ofte både en barnevernssak og en politisak.

2.3 Hjerneforskning.

Hjernen er plastisk, og den forandrer seg ut i fra de genetiske rammene den har og som følge av de erfaringene den får (Hart 2009). Hjernen er altså bruksavhengig, og den er ikke ferdig utviklet før ved 25 - års alder. De grunnleggende strukturene i hjernen utvikles først, og er derfor mest sensitive for erfaringer tidlig i barnets utvikling. Den menneskelige hjernen består av råmaterialet nevronceller som modnes gjennom erfaringer, og den største/raskeste utviklingen skjer de første to leveårene (Perry 2000 i Killèn 2009). Utviklingen eller læringen består av prosesser der forbindelsene mellom nevronene styrkes eller forkastes. Disse forbindelsene kalles synapser, og danner nevrale stier mellom de forskjellige delene av hjernen (Moore og Persaud 1998 i Killèn 2009). Det er erfaringene som gjøres som styrer kvaliteten og kvantiteten på synapsene, mens det er genene som står for potensialet.

Det limbiske systemet (samlebetegnelse på de utviklingshistorisk eldste delene av storhjernen) bestående av to viktige strukturer, Amygdala (spiller en viktig rolle i overlevelsesfunksjoner knyttet til farer) og Hippocampus (har blant annet funksjoner knyttet til hukommelse) står i fare for å bli skadet når barnet blir utsatt for stress og angst over lengre tid. Dette skyldes blant annet overproduksjon av stresshormonet kortisol. Dette hormonet bidrar til en skjerpet oppmerksomhet og produksjonen økes når vi for eksempel skal lære noe nytt, få med oss detaljer eller hvis man er usikker i en situasjon (Kvello 2010). Ved betydelige trusler vil binyrenes produksjon av kortisol nå et høyere nivå, for å forberede kroppen til å flykte eller sloss. Når situasjonen er løst vil kroppen igjen gå tilbake til normalproduksjon av kortisol. Det er når oppvekstsituasjonen over lengre tid oppleves svært stressende at hjernen ikke regulerer kortisol nivået hensiktsmessig, og en forhøyet produksjon vil kunne vedvare fordi om det ikke er noen reelle farer. Det vil si at nevrobiologiske tilstander lett kan utvikles til faste mønstre (Shore 2000, 2002 i Kvello 2010).

Forhøyet kortisolnivå over tid har mange ulemper, siden dette har en betydelig rolle i en rekke viktige prosesser. Man kan se unormale reguleringer av blant annet immunforsvar, blodtykk, vekst og metabolismen. Ved negativt stress blir kroppen satt i beredskap og produserer

kortisol og adrenalin, dette kan være svært skadelig når det vedvarer over tid, og i tillegg til nevnte problemer kan dette føre til hurtig utmattelse, hukommelsessvikt og nedstemthet for å nevne noe. Noen forskere hevder at forhøyet kortisolnivå også er skadelig for hjerneceller, og kan ødelegge dem (Carrion mfl. 2007 i Kvello 2010). Eventuelle skader på Amygdala vil få innvirkning på blant annet overlevelsesfunksjoner knyttet til faresituasjoner, og kan dermed forårsake aktivering på stimuli som minner om faresituasjoner. Barn med denne type skade vil typisk kunne få emosjonelle reaksjoner og angst på trygge steder, fordi de minner om steder de tidligere ble utsatt for vold, overgrep eller betydelig stress (Mørch og Raundalen 2013).

Det observeres mindre størrelse på Hippocampus hos traumatiserte personer, noe som kan ha sammenheng med langvarig forhøyet produksjon av kortisol på grunn av stress. *”En alvorlig traumatisert person med svekket Hippocampus vil gå med høy beredskap, svekket evne til å skille mellom farlige og ufarlige situasjoner og svekket evne til å lagre informasjon i eksplisitt hukommelse”* (Blindheim 2012:198).

Traumatiserte personer risikerer også skader i deler av Cortex – områdene i hjernen (det ytre laget av storhjernen). Skader på Orbitofrontal cortex i løpet av de to første leveårene kan ha tydelig innvirkning på barnets evner til skifte av kognitive strategier og til å relatere seg til andre mennesker (Blindheim 2012). Tidlig traumatisering hos barn kan blant annet føre til vanskeligheter med å lære nye reaksjonsmønstre på enkelte hendelser, og dermed minske mulighetene til behandling. Videre kan skader i Medial prefrontal cortex, som er viktig i blant annet emosjonsregulering, og som demper reaksjoner fra det limbiske systemet, føre til impulsivitet og nedsatt forståelse av egen atferds påvirkning på andre (Mørch og Raundalen 2013). *”Barn som lever under langvarig omsorgssvikt, med vold og overgrep risikerer denne type skader”* (Mørch og Raundalen 2013:157).

2.4 Risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø.

Omsorgssvikt og mishandling foregår på tvers av sosial klasse, etnisitet, kjønn, alder og mange andre karakteristika, med andre ord er omsorgspersoner som utøver omsorgssvikt en forholdsvis heterogen gruppe (Kvello 2010). Studier av både god og dårlig barneomsorg viser omtrent lik grad av stabilitet på barneomsorgen over generasjoner. Studier av god omsorg (Neppl mfl. 2009), studier av både god og dårlig omsorg (Bailey mfl. 2009), og studier av

dårlig barneomsorg (Kerr mfl. 2009, Kovan mfl. 2009) har korrelasjoner på mellom .17 og .43 altså fra litt til moderat sterk mellom generasjoner (Kvello 2010). Det finnes også studier på overføring av mishandling på tvers av generasjoner, oversikten under er hentet fra Kvello (2010). Noen finner at stabiliteten på tvers av generasjonene er på mellom 25 og 35 prosent med et statistisk slingringsmonn på pluss/minus 5 prosent (Gelles og Cavanaugh 2005, Oliver 1993, West mfl. 2000). Studier gjort på 2000 – tallet viste en overføring på henholdsvis 50 prosent (Leifer mfl. 2004) og 78 prosent (Erickson og Egeland 2002). Barn, uavhengig av kjønn, som har vært utsatt for fysisk mishandling, har en betydelig økt risiko for selv å fysisk mishandle egne barn (Craig og Sprang 2007), risikoen er beregnet til en økning på to til tre ganger sammenlignet med dem som ikke har opplevd mishandling. Hvor sterkt traumet henger ved personen kan si noe om faren for overføringen mellom generasjoner; altså jo mer traumatisert man fortsatt er, jo større er sjansen for at man selv mishandler egne barn (Milner mfl. 2010 i Kvello 2010). I følge blant andre Killèn (2009) må vi vokte oss for ikke å trekke konklusjoner der alle foreldre som har vært utsatt for overgrep vil forgripe seg på sine barn. Videre sier hun at forskere har funnet ut at en tredjedel av barn som har vært utsatt for fysiske overgrep, vokser opp og gjentar fysiske overgrep mot egne barn. Rohner og Rohner (1980) og Rohner (1985) mener det er sannsynlig at opplevelsen av foreldrenes avvisning er minst like sentral som selve det fysiske overgrepet (Killèn 2009). Jo flere belastningsfaktorer (risikofaktorer) det er i foreldrenes oppvekst, desto dårligere synes deres prognoser som foreldre å være. Dette er også dokumentert når det gjelder foreldre med rusmiddelproblematikk. O'Connor et al. (1979) fant i sin undersøkelse at den omsorgen foreldrene rapporterte de selv hadde fått, var en av de sikreste prediktive faktorene i forholdet til egne barn (I Killèn 2009).

Skal beskyttelsesfaktorer kunne veie opp for risikofaktorer kreves samme grad av varighet, intensitet og at beskyttelsesfaktoren er beskyttende i type overfor den risikofaktoren som personen er utsatt for. Et eksempel er at dårlig omsorgskompetanse hos mor (risiko) ikke har som beskyttelsesfaktor at barnet går på en inkluderende skole. En far med god omsorgskompetanse ville ha vært beskyttende i type. Det ville derimot hjelpe lite om far eksempelvis arbeidet borte det meste av uken (Kvello 2010). Beskyttelsesfaktoren må også være til stede så lenge som risikofaktoren er nærværende for å ha god effekt. Det trekkes frem to beskyttelsesfaktorer som menes å være de viktigste. Det er foreldrenes omsorgsevne, og barnets sosiale kompetanse (Kvello 2010).

2.4.1 Sosialt nettverk

Ensidig sosial støtte i det sosiale nettverket, og kvalitativt lite og dårlig sosial tilhørighet øker faren for omsorgssvikt og mishandling (Elliot mfl. 2005). Svak utviklet sosial kompetanse og personlighetsrelaterte vansker, vil ofte føre til svake sosiale relasjoner, som igjen kan føre til lite sosial støtte. Her forsterker vanskene hverandre, og det blir et mønster det er vanskelig å komme ut av (Kvelling 2010). Et fungerende nettverk (uformelt) er som et sikkerhetsnett som fanger opp familien når den er i vanskeligheter, og stiller opp med både fysisk og psykisk hjelp (Bunkholdt og Sandbæk 2008). Dårlige nettverk kan gi isolasjon, og føre til at familien blir stående alene med alle problemer og utfordringer. Her blir det spesielt synlig ved familiære problemer der det heller ikke er kvalitativt gode relasjoner innad i familien. Bekymringer som økonomi, bosted og arbeidsløshet kan overvelde og ta kreftene fra for eksempel en alenemor, og bidra til mindre sensitivt samspill med barnet. Det kan også bidra til at barn må håndtere oppgaver de ut i fra alderen ikke er modne for (parentifisering), kanskje de ikke får gjort lekser, eller går glipp av aktiviteter med jevnaldrende der mye sosial trening foregår (Bunkholdt og Sandbæk 2008). Sosial isolasjon kan være en av hovedårsakene til de mange vanskelighetene barn av foreldre med rusproblematikk utsettes for (Hoggan 1998 i Killèn 2009). Skal man være en del av et støttende nettverk følger det med en viss grad av forpliktelse, det handler om både og gi og ta imot støtte. Hvis familien ikke har mulighet til å bidra med for eksempel kjøring av barn til fritidsaktiviteter, lykkes de ikke med bidrag til fellesskapet og heller ikke med å hjelpe barna til god voksenkontakt gjennom aktiviteter. Her stiller ofte enslige mødre uten utdanning svakt, siden utfordrende økonomi kan bidra til å begrense dem i tilgangen på nettverk og føre til sosial eksklusjon (Thorød 2008 i Killèn 2009).

2.4.2 Utdanning

Barn av foreldre med lav utdanning har dobbelt så stor risiko for å bli sosialhjelpsmottakere, som barn av foreldre med høy utdanning (Lorenzen og Nilsen 2008). Lorenzen og Nilsen (2008) sin rapport viser at det i 2004 var 93 prosent med lav utdannelse av de som mottok sosialhjelp i Norge, og 7 prosent med høy utdannelse. Videre forsøkes dette forklart med fire modeller. Den første: Foreldrene påvirker barnas holdninger til å motta hjelp, disse foreldrene

signaliserer i følge modellen at det er akseptabelt å motta hjelp. Den andre handler om: At foreldre som mottar sosialhjelp har kunnskaper om hvordan man oppnår hjelp, og viderefører denne kunnskapen til barna slik at de lettere får innvilget sosialhjelp. Den tredje modellen: Går ut på at barn av sosialhjelpsmottakere har færre forbindelser i arbeidslivet, og mindre kunnskap om hvordan man skaffer seg jobb. Den fjerde modellen: Viser til svakere bidragsmulighet i forhold til økonomisk støtte til barnas skolegang. Modellen kan virke hver for seg og til sammen, slik at risikoen for at barna mottar sosialhjelp som voksne øker.

Resultater fra en omfattende undersøkelse i Kansas gjort av Hart og Risley (1995), der de fulgte 42 familier fra barna var ett til de var fire år viser store forskjeller i ordforråd og samspillsmønster sett i lyset av sosial tilhørighet (I Mørch og Raundalen 2013). Familiene tilhørte tre sosiale lag. Familier med høy SES (Socio economic status) der foreldrene var professorer ved universitetet, familier med middels SES altså arbeiderklasse og lav SES der foreldrene var stønadsmottakere/welfare families. Det viste seg at barn med foreldre med lav SES utviklet en fjerdedel av ordforrådet til barn av foreldre med høy SES i første til fjerde leveår. Barna fra middelklassen utviklet omtrent halvparten av ordforrådet til høy SES – barna. Undersøkelsen viste også at foreldre med høy utdanning snakket dobbelt så mye med barna sammenliknet med barna av stønadsmottakere. Den viste videre at foreldre med høy utdanning var i samspill med barna sine, både språklig og ikke språklig over fire ganger så mye som foreldrene med lav SES. I tillegg til dette viste undersøkelsen også at barna med høyt utdannede foreldre fikk sju ganger så mye positiv oppmerksomhet, og bare en tredjedel av negative reaksjoner sammenliknet med barn av lav SES – foreldre.

2.4.3 Levekår

Clausen og Kristofersen (2008) finner i sin longitudinelle undersøkelse av barnevernsklinter i Norge at klientene får dårligere levekår enn personer som ikke har vært i barnevernet. De finner også at tidligere klienter har større helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Videre sier de at om man sammenlikner klientenes foreldre med foreldrene i sammenlikningsutvalget på sentrale levekårsindikatorer, viser det seg at forskjellen er stor. Foreldrene til barnevernsklinterne har blant annet lavere inntekt, lavere utdanning og flere er avhengige av sosialhjelp. I følge datamaterialet i undersøkelsen kom det frem et tidligere lite behandlet perspektiv. Man har tidligere vært vant til at barnevernsklinter utgjør rundt 30-40.000

klienter. At dette antallet akkumuleres til 120.000 personer i løpet av 16 år har vi ikke tidligere hatt kunnskap om. Dette er kunnskap som ikke bare berører barnevernssektoren, men hele samfunnet. Det ble beregnet at 20 prosent hadde en vellykket karriere etter at de hadde vært i barnevernet. Det fremholdes her også usikkerheten ved slike tall, men det anslås at det går relativt bra med en tredjedel av klientene. Her brukes 1/3 istedenfor 20 % for å ta høyde for usikkerheten ved slike tall, og for å få med dem det eventuelt går bra med på tross av manglende vellykket karriere. Av de nåværende og tidligere 120.000 klientene var 56.000 over 18 år i 2005. Hvis det går relativt dårlig med to tredjedeler av disse, utgjør dette rundt 36.000 mennesker i alderen 18 til 37 år. Dette kan si noe om størrelsen på problemet (Clausen og Kristofersen 2008:82).

3 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg forsøke å knytte sammen presentert teori opp mot oppgavens problemstilling. Jeg vil prøve å besvare min problemstilling; går omsorgssvikt i arv, ved å se på tilknytning, hjerneforskning og miljømessige påvirkninger som risikoer for generasjonsoverføring.

3.1 Tilknytning

Siden barnets tilknytning er bestemmende for barnets senere evner til å danne og vedlikeholde relasjoner vil den være av stor betydning både på kort og lang sikt (Bowlby 1969). Hvis tilknytningen er trygg, og den danner trygge indre arbeidsmodeller vil dette medvirke til nærhet, sensitivitet og gode forutsetninger i relasjoner med andre mennesker. De båndene som knyttes med omsorgspersonene i tidlig fase av tilknytningen forbereder dermed barnet på liknende opplevelser i fremtidige forhold til andre. Hva da om disse arbeidsmodellene gjør at barnet forventer negativ respons på hvem de er og hvordan de oppfører seg? Vil ikke det kunne forsterke graden av negative opplevelser gjennom hele oppveksten? I følge tilknytningsteorien kan dette skje. Ser man videre på denne problematikken blir dette en form for negativ spiral, der den forventede negative responsen bidrar til en økt fare for dårlige opplevelser. Bowlby (1973) mente at de indre arbeidsmodellene var grunnlaget for en persons selvbilde. Et svakt selvbilde vil da altså handle om arbeidsmodeller der man forventer negativ

eller liten respons, har liten tro på at "verden" er trygg og har liten tro på at man er en person det er verdt å bry seg om. Siden Bowlby (1969) også hevder at de indre arbeidsmodellene man lærer som barn er grunnlaget for arbeidsmodellene man har senere i livet, vil det i denne sammenheng påvirke selvbildet også når man er blitt voksen. Har man et negativt selvbilde vil det kunne påvirke forventningene man har til å kunne bli elsket og verdsatt. Dette vil igjen kunne påvirke hva slags relasjoner man får til andre mennesker. Har man liten eller ingen tro på at man er verdt å elske, vil det være større fare for å gå inn i forhold der man faktisk ikke blir elsket og verdsatt som person. Har man på den andre siden indre arbeidsmodeller som forventer at "verden" er trygg og at man er verdifull og verdt å elske, vil sjansene for bedre relasjoner ligge til rette. Dette vises blant annet gjennom at personer med trygg tilknytning i liten grad er redde for at deres partner skal forlate dem. Her ser vi i motsetning til tidligere nevnt en form for positiv spiral, der forventninger om å bli møtt positivt forsterker og øker sjansen for nettopp det.

Tilknytningen blir gjennom oppveksten utvidet fra å gjelde omsorgspersonene til å gjelde andre nære og intime relasjoner som barnehageansatte, slektninger som er aktivt omsorgsutøvende, nære venner og senere i livet partnere og andre (Kvelling 2010). Skolen er en arena der relasjoner og samspill med andre er viktig for å kunne oppnå både faglig og sosial læring. Har man da en tilknytningsstil D, der de indre arbeidsmodellene skaper forventninger om ikke å bli møtt på sine behov, bli forlatt og ha stor grad av frykt, er det ikke vanskelig å forstå at nettopp skolen kan bli utfordrende. Dette kan påvirke til at barnet går glipp av blant annet mestringserfaringer, siden det ikke klarer å konsentrere seg på grunn av utrygghet og derfor gjør det faglig dårlig. Det kan også gå utover sosial læring siden barn med denne tilknytningsstilen ofte viser motstridende signaler (eksempelvis smile mens det gråter) som kan gjøre det vanskelig for medelever å forstå reaksjonene til barnet. Har barnet derimot en trygg tilknytning vil det kunne gå inn i samspill med andre barn der det blir forstått, siden reaksjonene til barnet vil stå i stil med situasjonen og være forventet. Det trygt tilknyttede barnet vil også ha arbeidsmodeller som gjør at det lettere søker hjelp og støtte hos de voksne på skolen når vanskelige situasjoner oppstår, fordi de er vant med omsorgspersoner som fungerer som en trygg base (Bowlby 1969).

De forskjellige tilknytningsstilene legger altså et grunnlag for hvordan vi reagerer, både som barn og som voksne. Relasjonen mellom omsorgsgiver og barnet utvikles transaksjonelt, noe som betyr at de påvirker hverandre gjensidig (Kvelling og Håkansson 2013). Man vil da kunne si at den voksnes tilknytningsstil igjen vil påvirke hvilken type tilknytning barnet får. Dette

sammenfaller godt med studier som viser at kvaliteten på barneomsorg er rimelig stabil på tvers av generasjoner (2.3 første avsnitt). Det gjelder heldigvis også når kvaliteten på omsorgen er god.

Tilknytningsstiler gjenspeiles i ulik grad av evne til selvregulering, spesielt emosjoner. Hvis barnet ikke hensiktsmessig klarer å regulere sine følelser, kan dette føre til varig impulsivitet (Mørch og Raundalen 2013). Stor grad av impulsivitet kan bli utfordrende i voksen alder med tanke på blant annet å ta fornuftige valg i forhold til for eksempel økonomi, bolig og relasjoner. Dette er alle elementer som i stor grad kan påvirke et barn. Selvregulering handler i stor grad om å ”styre” seg selv, noe som kan sies å være en god egenskap med tanke på omsorgsrollen, der man lærer egne barn selvregulering ved å samregulere med dem. Håkonsen (2009) hevder at selvregulering, og spesielt emosjonsregulering vil gjøre barnet bedre rustet til å takle utfordringer. Adferdsregulering vil også være av stor betydning i barneomsorg, siden vi vet at våkenetter og syke barn kan sette tålmodigheten på prøve. Oppmerksomhetsregulering er også et viktig element med tanke på å kunne gi egne barn en trygg tilknytning med sensitive gjensvar (Kvello 2010). Trygg tilknytning vil igjen kunne bidra til å minske risikoen for at omsorgssvikt går i arv.

Tilknytning handler om barnets aktive regulering av forholdet til omsorgspersonene mens bonding handler om omsorgspersonenes behov for å knytte emosjonelle bånd til barnet (Bowlby 1969). Vi ser at trygg tilknytning kan bidra positivt mot generasjonsoverføring av dårlig barneomsorg, og siden bonding er en av forutsetningene for å skape denne type tilknytning vil omsorgspersoners evne til nettopp bonding her være viktig (Fonagy et al. 2007). Kvello (2010) hevder at oppveksten omsorgspersonene selv fikk som barn er av betydning for deres utøvelse av bonding.

Som tidligere nevnt er det de indre arbeidsmodellene som legger grunnlaget for, og er en del av mentaliseringsevnen, som igjen er viktig for bonding (Kvello 2010). Vi ser her nok en gang at begreper henger tett sammen og påvirker hverandre. Det kan altså være en sammenheng mellom det man erfarer som barn, og det man handler etter som voksne. Mentalisering og svikt i denne er sentrale forklaringer på både friskhet og psykopatologi, og fremholdes av Anke (2012) som en av de viktigste dimensjonene i barneomsorg. Mentalisering inneholder blant annet evnen til å forstå oss selv og andre, empati, sympati, bevissthet om eget indre liv (mindfulness), selvinnsikt osv. Med andre ord egenskaper som gir fordeler i relasjoner med andre, siden man ved for eksempel å være empatisk og sympatisk

klarer å møte den andres behov for trøst, forstå den andres følelser, og å ha en positiv innstilling til den andre. Får man en trygg tilknytning ligger forholdene bedre til rette for å oppnå god mentaliseringsevne enn om man er utrygg tilknyttet. Dette vil igjen kunne være avgjørende for foreldreferdigheter, siden blant annet evnen til å forstå seg selv i møtet med barnet vil kunne bidra til et bedre samspill. Mentaliseringsevnen er også viktig med tanke på sosial tilpassning der mentaliseringens ”utenfra – blikk” på seg selv er en av forutsetningene for sosial kompetanse. Denne kompetansen kan igjen virke positivt i forhold til nettverksbygging, som vi senere skal se på.

Tilknytningsskader kan bidra til problemer i oppveksten så vel som i voksen alder. At det er en viss fare for gjentakelse av den omsorgen man selv har opplevd, og da spesielt om den var dårlig, vises også. Det finnes heldigvis modeller som kan endre og til en viss grad lege denne type skader. Som nevnt tidligere i oppgaven (2.1.5 siste avsnitt) er mentaliseringsbaserte modeller virkningsfulle for endring av tilknytningskvalitet (Kvello og Håkansson 2013). Man kan altså ved tidlig innsats i familier som har svak grad av mentaliseringsevne hos omsorgsgiverne kunne bedre denne. Dette gjøres med at hjelper skaper et ivaretagende miljø og oppmuntrer til utforskning av eget og andres sinn. Ofte vil dette føre til høyere grad av bonding, som igjen vil forsterke barnets muligheter for trygg tilknytning. (Kvello 2010). Som voksen vil man dermed kunne forbedre sin omsorgsevne ved blant annet å bearbeide egen oppvekst, fokusere på egne indre arbeidsmodeller og utvikle eget omsorgsrepertoar for å møte et barns behov (Kvello 2010, Killèn 2009). Bowlby (1969) mente også at individers tilknytning kan forandres hvis det opplever hendelser som ikke samsvarer med tidligere erfaringer. Siden tilknytningen også skjer før språkutvikling, og derfor lagres delvis i implisitt hukommelse, vil den være vanskelig å endre (Kvello 2010). Dette sier noe om at hendelser som skal kunne forandre indre arbeidsmodeller må være svært gjentakende.

3.2 Hjerneforskning

Ved stress og angst over lengre tid, kan spedbarn få skader i hjernen, og det kan se ut som de er av varig grad (Kvello 2010). Andre mener at skadene kan kompenseres for ved bruk av stimulerings – og læringsprogram, og meditasjon (Singer 2006 i Mørch og Raundalen 2013). Uansett vil det påføre barnet ekstra utfordringer. Traumatiserte barn vil i voksen alder kunne bli påvirket fysisk av traumene, siden denne type skade også kan forstyrre flere viktige

prosesser som immunforsvar og blodtrykk. I følge traumeforskningen vil barn utsatt for langvarige traumer altså senere i livet kunne gå med forhøyet beredskap, en funksjon der kroppen forventer fare når det egentlig er trygt. Skadene vil også svekke evnene til å lagre informasjon i eksplisitt hukommelse (Blindheim 2012). Denne svekkede evnen kan igjen gi utfordringer hvis man senere i livet ønsker å gjenhente informasjon for å kunne endre arbeidsmodeller. Hjerneskadene forårsaket av traumatisering kan også føre til relasjonsvansker, noe som i stor grad kan påvirke negativt ved foreldreskap hvis man for eksempel ikke klarer å være i stabile relasjoner, men hopper fra forhold til forhold. Man kan også få problemer med å endre reaksjonsmønstre på enkelte hendelser (Blindheim 2012). Om disse hendelsene eksempelvis er reaksjoner på opplevelse av nærhet vil det kunne påvirke omsorgsevnen, som igjen kan påvirke dette barnets tilknytning. Videre kan traume - relaterte skader ha innvirkning på opplevelsen av egen atferds påvirkning på andre. At man som omsorgsperson ikke forstår hvorfor, og hvordan egen atferd påvirker barnet vil kunne bli en risikofaktor for gjentakelse av svak omsorg.

3.3 Risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø

Det viser seg at overføringen av barneomsorg på tvers av generasjoner er forholdsvis stabil. Det gjelder om omsorgen er god eller dårlig, men desto svakere og mer skadelig den er jo mer overføres den (Clausen og Kristofersen 2008). Et lyspunkt i denne sammenhengen er at også god, trygg og stabil omsorg kan ha samme grad av overføring. Man ser også at fysisk mishandling har risiko for å gjenta seg i generasjoner. Før jeg går videre inn i den tematikken ønsker jeg å understreke at dette ikke lar seg generalisere til å gjelde alle som har opplevd fysisk mishandling. Her må man være forsiktig slik at man ikke tilegner allerede krenkede mennesker noen egenskaper de nødvendigvis ikke har. Det som derimot er riktigere vil være å se på dette som en risikofaktor, da spesielt hvis opplevelsene ikke er bearbeidet. Andre forhold i oppveksten må heller ikke utelates i denne sammenheng. Forskjellige studier av fysisk mishandling, vist i kapittel 2.3 første avsnitt, tegner et dystert bilde med overføringsgrad på mellom 25 og 78 prosent. Her vil det som nevnt over sannsynligvis være kumulativ risiko, der flere risikofaktorer er tilstede samtidig og parallelt. Definisjonen på hva som er mishandling i de forskjellige undersøkelsene kan kanskje forklare noe av spriket. Kulturelle forskjeller i hva som regnes som mishandling spiller muligens også en rolle.

Risikoøkningen for å videreføre denne type overgrep kan henge sammen med graden av mishandling, og at opplevelsen av total avvisning som mange opplever i denne sammenheng kan sette dype emosjonelle spor (Killen 2009). Jo større opphoping av byrder (risikofaktorer) det er i foreldrenes oppvekst, desto dårligere synes deres prognoser som foreldre å være. At erfaringer fra egen barndom blir overført til den oppdragerstilen man selv bruker er i følge O'Connor et al. (1979) ikke uvanlig (I Killèn 2009). Han hevder at den omsorgen foreldre selv rapporterte de hadde fått, var en av de sikreste prediktive faktorer i forhold til egne barn.

3.3.1 Sosiale nettverk

Lite, ensidig og svak sosial støtte og tilhørighet kan i følge flere øke faren for omsorgssvikt og mishandling (Kvelling 2010, Killèn 2013, Bunkholdt og Sandbæk 2008). Svak sosial kompetanse og relasjonsproblemer kan føre til lite nettverk og lite sosial støtte. Her ser man tydelige tegn på at relasjonsproblemer som kan stamme fra en tilknytningsskade, påvirker negativt i voksen alder og kan gå utover den voksnes sosiale støtte. Det kan i neste omgang bli en risikofaktor for den voksnes barn, i og med at et fungerende nettverk er som et sikkerhetsnett ved problemer (Bunkholdt og Sandbæk 2008). Nettverket vil da kunne avlaste fysisk med barnepass og andre praktiske oppgaver, og være en psykisk støtte som samtalepartner og trygghetsgiver. Dette er vel og merke hvis nettverket er godt fungerende. Et svakt nettverk vil ofte føre til at familien blir stående alene og isolert med sine utfordringer, som videre kan føre til så store belastninger på foreldrene at det går utover barneomsorgen. Hvis man blir tilstrekkelig isolert, er det ikke vanskelig å se for seg at veien mot tungsinn og depresjon kan bli betydelig kortere enn om man har sosial støtte rundt seg. Bekymringer som økonomi, bosted og arbeidsløshet kan oppleves vanskeligere og mer overveldende om man er alene, og kanskje til og med føler seg utstøtt av sosiale nettverk. Her vil risikoen for at omsorgsnivået synker mer enn det man egentlig ønsker, uten at det blir oppdaget, være tilstede. Det er kanskje ingen venninne som spør om man er sliten, ingen naboer som reagerer om posten hoper seg opp osv. En situasjon som dette kan i verste fall føre til mindre sensitivt samspill eller parentifisering hvis barn må håndtere oppgaver de ikke er modne for. Her ser man et tydelig område hvor hjelpetiltak kan være avgjørende, og man ser også at hjelp med eksempelvis bolig og økonomi kan ha stor betydning for å forebygge slike situasjoner.

Som del av et støttende nettverk ligger det også en grad av forpliktelse. Man tar imot støtte, og man gir støtte. Hvis man av ulike grunner ikke kan bidra tilbake til nettverket vil dette kunne gå utover både de voksne og barna. Barna vil kunne miste muligheten til god voksenkontakt i forbindelse med fellesaktiviteter, og sosial trening. De voksne kan oppleve en bekreftelse på at de ikke får til relasjoner (Killèn 2009).

3.3.2 Utdanning og levekår

At utdanningsnivået til foreldre har stor betydning for utdanningsnivået hos barna er bevist, og at barn av foreldre med lav utdanning har dobbelt så stor risiko for å bli sosialhjelpsmottakere kommer også frem i studier (Lorenzen og Nilsen 2008). Modellen det refereres til (2.3.2 første avsnitt) er interessant da den blant annet sier at en av grunnene til denne sammenhengen kan være foreldrenes påvirkning av barnas holdninger. De sier videre at foreldrene overfører kunnskap om hvordan man oppnår sosialhjelp. Disse to forklaringselementene kan tolkes dit hen at foreldres holdninger kan videreføres og foreldres kunnskap kan videreføres, noe som sammenfaller godt med forskningen rundt videreføring av barneomsorg (2.3 første avsnitt).

Vi ser i undersøkelsen til Hart og Risley (1995) at utdanningsnivå hos foreldre påvirket samspillsmønster og ordforråd til barna. Høy utdanning hos foreldre viste høyt ordforråd hos barna, og større grad av samspill mellom dem og foreldrene sammenlignet med foreldre med lav utdanning. De barna med høyt utdannede foreldre fikk også mye større grad av positiv oppmerksomhet. Mine tanker her er at de høyt utdannede foreldrene sannsynligvis hadde mye lavere grad av andre risikofaktorer i forhold til de med lav utdanning. Tryggere økonomi, bedre bolig, større nettverk osv. Det som i tillegg kan være interessant er at et godt utviklet ordforråd og språklige ferdigheter vil kunne være avgjørende for mestring av utdanning og i relasjonsbygging, noe som kanskje kan bekrefte generasjonsoverføring i en mer positiv form (Kvillo 2010).

Barneverns klienter i Norge får i følge Clausen og Kristofersen (2008) sin undersøkelse dårligere levekår enn personer som ikke har vært i barnevernet. Dette kan ha en sammenheng med at barneverns klientene kan ha vært utsatt for traumatiske, vanskelige og noen ganger utenkelige påkjenninger. Forklaringer som traumeforskerne kommer med vil handle om

hjerneskader forårsaket av langvarig stress og traumer, som igjen kan påvirke både helse og levekår (Blindheim 2012). Tilknytningsteoretikerne vil begrunne det med utrygg tilknytning, som kan forårsake reguleringsvansker, relasjonsvansker og uhensiktsmessige indre arbeidsmodeller (Bowlby 1969, 1973). Andre vil kanskje velge å vise til funnene i undersøkelsen der foreldrene til barnevernsklientene ble sammenlignet med foreldrene i kontrollutvalget. Det kom da frem at foreldrene til barnevernsklientene hadde lavere inntekt, lavere utdanning og flere var avhengig av sosialhjelp. Man kan altså her se grader av arv, da kanskje mest som overføring.

I den samme undersøkelsen som gikk over 16 år, ble det ut i fra materialet beregnet at det i 2005 var 56.000 av de daværende og tidligere klientene som var over 18 år. Den viste videre at det ikke gikk så bra med omtrent to tredjedeler av de 56.000, noe som vil utgjøre ca 36.000 mennesker. Hvis vi igjen ser på risikofaktorer for dette store antall mennesker, som mest sannsynlig inneholder tidligere nevnte faktorer som kan bidra til generasjonsoverføring, og i tillegg tar med faktorene som kan øke faren for omsorgssvikt blir dette alvorlig tenkning. Det er selvfølgelig ikke så enkelt å trekke noen slutninger, og man skal være uhyre forsiktig med det, men det er allikevel et tankekors.

På den andre siden har vi ca 1/3 av de 56.000, altså omtrent 18.700 mennesker det gikk bra med. Ved å forske på disse tror jeg vi kan lære mye om hvordan vi på best mulig måte kan motvirke og dempe risikoen for generasjonsoverføring.

4 Oppsummering og avslutning

I oppgaven har jeg forsøkt å trekke frem teori rundt tilknytning, traume relaterte hjerneskader, risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø for å besvare min problemstilling. De forskjellige elementene i tilknytningsteorien kan godt sies å kunne bekrefte mine antakelser om at omsorgssvikt går i arv, men at tilknytningsskader alene vil støtte min problemstilling er nok mer tvilende. Forskningen rundt traumerelaterte hjerneskader kan også delvis bekrefte mine antakelser, men det vil nok her også bli en for rask slutning. Når vi kommer inn på risiko og beskyttelsesfaktorer hos omsorgspersoner og oppvekstmiljø består dette av betydelig flere elementer. Jeg tror nok også her at noen av elementene kan være en betydelig risiko for generasjonsoverføring, men at hvert element isolert fra de andre vil ha nok gjennomslagskraft til at man kan generalisere er jeg i tvil. Jeg

tror også at vi her kan bli enda flinkere til å forsterke beskyttelsesfaktorer, og ikke bare forsøke å begrense risikofaktorene.

Gjennom arbeidet med oppgaven har det blitt tydeligere og tydeligere at det er en viss generasjonsoverføring av omsorgssvikt, og at omsorgssvikt derfor kan sies å gå i arv, men da mest sannsynlig når flere av risikofaktorene opptrer samtidig. Det er dessverre langt fra uvanlig å se denne multiple risikoen, og heller ikke ukjent at på jo flere livsområder det er risikofaktorer, hvor lengre de varer og jo mer intense de er desto mer massivt må beskyttelsesfaktorene treffe (Kvelling 2010). Tidlig innsats, med fokus på mentaliseringsstyrkende tiltak hos foreldre, helhetlig støtte i forhold til økonomi og bosted og å gjøre tiden barnet blir utsatt for skadelig omsorg så kort som mulig, vil alle være viktige intervensjoner mot generasjonsoverføring.

5 Referanser

Anke, T. (2012). Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn: Samspill og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 1050-1060.

Blindheim, A. (2012). Eftervirkninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst. NOU 2012: nr 5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, Oslo.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss*. Volume 1. *Attachment*. London: Pimlico.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss*. Volume 2. *Separation*. London: Pimlico.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss*. Volume 3. *Loss, Sadness and depression*. London : Pimlico.

Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Bunkholdt, V. og Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernarbeid*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2013). Oppvekstrapporten.

<http://www.bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002165> (Lastet ned 12.03.15)

Clausen, S.E og Kristofersen, L.B (2008). *Barnevernsklinter i norge 1990 – 2005. En longitudinell studie*. Oslo: NOVA.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Elstad, J. og Barstad, A. (2008). Sosiologiske perspektiver på psykiske plager. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5, 204-212.

http://www.idunn.no/tph/2008/03/sosiologiske_perspektiver_pa_psykiske_plager (Lest 10.04.15)

Fonagy, P. Gergely, G. og Target, M. (2007). The parent – infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328.

Hart, S. (2009). *Hjerne, samhörighed, personlighed: Introduksjon til neuroaffektiv utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hutchinson Strand, G og Oltedal, S. (2003). *Modeller i sosialt arbeid*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Hutchinson, G.S. og Oltedal, S. (2003). *Modeller i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Håkonsen, K, M. (2009). *Innföring i psykologi*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Killèn, K. (1991). *Sveket I. Barn i risiko – og omsorgssviktsituasjoner*. 4. utgave. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko, skadelige omsorgssituasjoner*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Kvello, Ø og Håkansson, U. (2013). *Mentalisering og tilknytning belyser generasjonsoverføringer av skadelig barneomsorg*. Art. nr. 3.162-171. Oppvekstrapporten 2013, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Kokkinn, J. (2005). *Profesjonelt sosialt arbeid*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Lorenzen, T.M og Nilsen, R.A. (2008) *Går fattigdom i arv? Langtidseffekter av å vokse opp i familier som mottar sosialhjelp*. Oslo: Fafor rapport nr. 14.

http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20056.pdf (Lastet ned 15.04.2015)

Mørch, W,T og Raundalen, M. (2013). *Generasjonsoverføring av barneverntjenester*. Art. nr. 2. 154-161. Oppvekstrapporten 2013, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

NOU 2012:5 (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Oslo: Barne likestillings og inkluderingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012/5/id671400/?docId=NOU201220120005000DDDEPIS&ch=1&q=> (Lastet ned 05.03.15)

Target, M og Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459- 479.

6 Selvvalgt pensum

Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss*. Volume 1. *Attachment*. London: Pimlico.

(Ca 370 sider.)

Clausen, S.E og Kristofersen, L.B (2008). *Barnevernsklienter i norge 1990 – 2005. En longitudinell studie*. Oslo: NOVA. (Ca 80 sider.)

Killèn, K. (2013). *Barndommen varer I generasjoner: Forebygging er alles ansvar*. 3. utgave. Oslo: Kommuneforlaget. (Ca 240 sider.)

Lorenzen, T.M og Nilsen, R.A. (2008) *Går fattigdom i arv? Langtidseffekter av å vokse opp i familier som mottar sosialhjelp*. Oslo: Fafor rapport nr. 14.

http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20056.pdf (Lastet ned 15.04.2015). (Ca 60 sider.)

Thormann, I. (2009). *De voksne bør: Om omsorgssvigt og resiliens*. København: Hans Reitzels Forlag. (Ca 200 sider.)