



Figur 1. «Polarlomvi på reirhylla» (Fotograf: Jon Simensen) Gjengitt med tillatelse.

Masteroppgave

Skoleungdommer i traumebehandling

Hvordan regulerer traumatiserte ungdommer sine følelser på skolen,
og hvilke metoder og faktorer har de erfaringer med?

Av

Anne Kari Simensen

Master i Spesialpedagogikk, våren 2013

Avdeling for pedagogikk og helsefag

Høgskolen i Lillehammer



Høgskolen
i Lillehammer

Lillehammer University College • hil.no

Den fyrste song

Den fyrste song eg høyra fekk

Var mor sin song ved vogga

Dei mjuke ord til hjarta gjekk

Dei kunne gråten stogga.

Dei sulla meg så underlig

So stilt og mjukt te sova

Dei synte meg ein fager veg

Opp frå vår vesle stova

Den vegen ser eg enno tidt

Når eg fær auga kvila

Der stend ein engel, smiler blidt

Som berre ei kan smila

Og når eg sliten trøytnar av

I strid mot alt som veilar

Eg høyrer stilt frå mor si grav

Den song som all ting heilar

Per Sivle 1877

SAMMENDRAG

Metode

Studien bygger på en kvalitativ undersøkelse med semi-strukturerte intervjuer av 6 skoleungdommer i traumebehandling.

Teori

Studien teoretiske tilnærminger er knyttet til traumer, nevrobiologi, tilknytning, affektregulering, resilience og relasjon. Den spesialpedagogiske refleksjonen er i denne studien rettet mot den spesialpedagogiske rådgiverrollen og bruken av den gode samtalen for å skape endring.

Resultat

Undersøkelsen viser at det er påfallende mange ungdommer som til tross for mange år i terapi ikke synes å vite hvilke metoder som hjelper dem med følelsesregulering når de er på skolen, og sliter med minner som plager dem. Måten de håndterer triggerer på er i stor grad erfarings basert. Studien viser at relasjoner er den viktigste faktoren for å mestre hverdagen. Relasjon til terapeut, venner og lærere fremstår som den viktigste faktor for å klare å håndtere vanskelige følelser.

I forhold til tilpasset undervisning, viser studien at det er mange faktorer på skolen som er avgjørende for å klare skolehverdagen. Både organisatoriske og individuelle tilpasninger synes å være like viktige for ungdommene. Studien viser at konsentrasjonsproblemer, stort fravær og dårlige karakterer er vanlig hos traumatiserte.

Studien viser at det er viktig å legge vekt på den individuelle behov for tilpasning, og at bruken av samtale og god relasjon er en forutsetning for å få tak i den enkeltes erfaringer og skape et miljø hvor en som spesialpedagogisk rådgiver kan møte traumatiserte ungdommer på deres premisser.

Nøkkelord

Følelsesregulering, traumer, relasjoner, resiliens, tilknytning, tilpasset undervisning

FORORD

Gjennom mange år som terapeut, har jeg hatt mange samtaler med ungdommer som har gitt meg innsikt i deres skolehverdag samtidig som de går i behandling for traumer de har blitt påført. Dette har gjort at jeg har blitt opptatt av hvor viktig det er at de mestrer skolehverdagen og hva som skal til for at de greie det. Det har derfor vært et stort privilegium å få lov til å fordype meg i dette gjennom et slikt Masterprosjekt. Å få samtale med ungdommene som har stilt opp til intervju, har vært svært lærerikt og rørende. Å bli møtt av ungdommer som brenner etter å dele sine erfaringer med andre har gitt meg håp om at arbeidet jeg har fordypet meg i har vært viktig.

Ved avslutningen av dette studiet er det mange jeg vil takke:

Høgskolen i Lillehammer, som har gitt meg stort spillerom på tema, og min varme og dyktige veileder Egil Støfring som har gitt meg råd, innspill, kommentarer og artige refleksjoner underveis.

Bibliotekjeneren på Høgskolen i Lillehammer som har vist stor velvilje i søkehjelp, EndNote og bestilling av vanskelige bøker.

Medstudenter på kullet mitt, Ida og Anni, som har vært med på å holde koken oppe.

En kjempestor takk til min leder Karl Jensen ved BUP akuttenhet for ungdom, som har vist stor interesse for tema og lagt til rette for at dette kunne la seg gjennomføre ved siden av jobben på akuttenheten. Og ikke minst de gode og støttende kollegaer, Ivar og Kristin som har strekt seg ekstra for at jeg skal komme i mål.

Seks flotte ungdommer som stilte til intervju! Dere rørte meg.

Judith van der Weele, med faglige innspill i starten. Du ga meg det puffet og selvtilliten jeg trengte.

Tilslutt vil jeg takke de som står meg aller nærmest, og som ved hjelp av kjærlighet og anerkjennelse har gitt meg troen på at dette skal jeg klare. Kjæresten min Egil, og barna mine Kristian og Helene er de viktigste støttespillere i mitt liv! Siden gråt er min følelsesregulerende metode, er jeg glad for at dere har vært der og trøstet meg.

Hamar, mai 2013

Anne Kari Simensen

INNHOLD

1 INNLEDNING	s. 8
1.0 Problemstilling	s. 8
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	s. 9
1.2 Begrepsavklaring	s. 9
1.2.1 Stabilisering, regulering og affektregulering	s. 10
1.2.2 Ordforklaringer og forkortelser	s. 10
1.3 Min forforståelse og forskningsspørsmål	s. 11
1.4 Litteratursøk, forskning og konsensus	s. 13
1.4.1 Styrker og svakheter ved studien	s. 14
2 SKOLEUNGDOMMER I TRAUMEBEHANDLING	s. 16
2.1 Spesialundervisning og psykisk helse	s. 17
2.2 Spesialpedagogisk refleksjon	s. 18
2.3 Hvordan kan skolen tilpasse undervisningen?	s. 22
2.4 Behandling av traumerelaterte lidelser	s. 24
2.4.1 Behandlingsmetoder	s. 25
2.4.2 Fasebasert tilnærming	s. 26
2.4.3 Kognitiv terapi/ DBT	s. 27
2.4.4 Andre behandlingsmetoder	s. 29
2.4.5 PTDS og traumer i et kulturelt perspektiv	s. 33
2.5 Oppsummering	s. 34
3 TEORETISK REFERANSERAMME	s. 35
3.1 Om traumer og traumelidelser	s. 35
3.1.1 Jean-Martin Charcot, Pierre Janet og Sigmund Freud	s. 36
3.1.2 Hva er traumer? Om PTSD og komplekst PTSD	s. 37
3.1.3 Dissosiasjon	s. 41
3.1.4 Stabilisering som forutsetning for enhver traumebehandling	s. 43
3.1.5 Om triggere og gjenopplevelser	s. 44
3.1.6 Psykose vs. dissosiasjon	s. 47

3.1.7 Nevrobiologi og forståelsen av traumer	s. 48
3.1.8 Hvordan påvirkes lærings situasjonen?	s. 49
3.1.9 Om resiliens	s. 50
3.1.10 Om søvnforstyrrelser ved traumer	s. 51
3.2 Om tilknytning, regulering og relasjoner	s. 52
3.2.1 Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling	s. 52
3.2.2 Tilknytningens betydning for psykisk helse	s. 54
3.2.3 Trygg tilknytning	s. 55
3.2.4 Utrygg/desorganisert tilknytning	s. 55
3.2.5 Vennskap og relasjoner	s. 56
3.3 Om dysregulering av følelser	s. 58
3.3.1 Selvskading	s. 58
3.3.2 Selvmordsatferd	s. 59
3.3.3 Spiseforstyrrelser	s. 60
3.4 Oppsummering	s. 61
4 METODE	s. 63
4.1 Forskningsrammen og begrunnelse for metodevalg.	s. 63
4.2 Valg av forskningsdesign	s. 64
4.3 Valg av datainnsamlingsmetode	s. 66
4.4 Intervjuguide	s. 67
4.5 Utvalg av informanter	s. 68
4.6 Forespørsmål om deltagelse, rekruttering og arena for intervjuene	s. 68
4.7 Forskningsetiske overveielser	s. 68
4.8 Lydfiler	s. 69
4.9 Analyse	s. 69
4.10 Koding og meningsfortetting	s. 70
5 PRESENTASJON AV FUNN FRA INTERVJUENE	s. 72
5.1 Kjennskap til egen behandling, metoder for følelsesregulering, og håndtering av triggere i terapirommet	s. 75

5.1.1 Behandlingsmetode	s. 75
5.1.2 Følelsesregulering i terapirommet, håndtering av triggere	s. 75
5.1.3 Oppsummering	s. 76
5.2 Relasjoner	s. 76
5.2.1 Venner	s. 76
5.2.2 Foreldre	s. 77
5.2.3 Terapeuten	s. 77
5.2.4 Oppsummering	s. 78
5.3 Problemer i skolesammenheng	s. 78
5.3.1 Oversikt over problemområder i skolen	s. 78
5.3.2 Oppsummering	s. 78
5.4 Erfaringer har med følelsesregulering, og håndtering av triggere på skolen	s. 79
5.4.1 Følelsesregulering og håndtering av triggere	s. 79
5.4.2 Erfaringer med metoder for håndtering av triggere på skolen	s. 80
5.4.3 Oppsummering	s. 81
5.5 Faktorer på skolen med betydning	s. 81
5.5.1 Innledning	s. 81
5.5.2 Faktorer i skolen	s. 82
5.5.3 Lærerstøtte og samarbeid med skolen	s. 83
5.5.4 Oppsummering	s. 83
5.6 Status i videregående skole	s. 84
5.6.1 Bruken av rettigheter og utsagn rundt det	s. 84
5.6.2 Oppsummering	s. 84
6 DISKUSJON	s. 85
6.1 Metodediskusjon	s. 85
6.2 Hovedfunn	s. 87
6.2.1 Hvilke kjennskap og erfaringer har ungdommene med sin traumebehandling, og hvordan kan de forstås utfra kunnskaper om traumebehandling?	s. 87
6.2.2 Hvilke erfaringer har ungdommene med følelsesregulering, og håndtering av triggere på skolen, og hvordan kan vi forstå	

disse erfaringene?	s. 89
6.2.3 Hvordan kan en forstå relasjon som en følelsesregulerende faktor utfra teorier om relasjoner, tilknytning og resiliens?	s. 92
6.2.4 Viser studien at ungdommene har fått sin læringssituasjon påvirket og kan det forstås utfra teori om nevrobiologi og traumer?	s. 94
6.2.5 Hvilke faktorer på skolen er viktige for å oppnå stabilitet , og hvordan kan disse forstås?	s. 96
6.2.6 Hvilke rettigheter i videregående skole har de benyttet, og hvordan oppleves det?	s. 98
6.3 Betydning for praksis i skole og behandlingsrom	s.100
6.4 Fremtidig forskning	s.101

7 KONKLUSJON

s.103

LITTERATURLISTE

s.104

Figurer og tabeller:

Figur 1 Forside «Polarlomvi på reirhylla», fotograf: Jon Simensen	
Figur 2 «Trauma survivors have symptoms instead of memories»	s. 39
Tabell 1 Oversikt over funn	s. 73
Tabell 2 Oversikt over funn	s. 74
Tabell 3 Oversikt over problemer i skolehverdagen	s. 78
Tabell 4 Erfaringer med triggerhåndtering	s. 80
Tabell 5 Faktorer på skolen med betydning	s. 82

VEDLEGG

Intervjuguide	vedlegg 1
Svar fra NSD	vedlegg 2
Forespørsel om deltagelse i Masterprosjekt	vedlegg 3
Forespørsel om deltagelse i Masterprosjekt	vedlegg 4

1 INNLEDNING

Sangen «Den fyrste song» av Per Sivle gir en beskrivelse om hva følelsesregulering handler om. Å stogga gråten. For de fleste av oss er vonde følelser noe vi lærer å mestre, og som små barn er det mor og far som trøster, gir omsorg, mat, varme, hus, trygghet og alt vi trenger. I Sivle sin sang er det «Mor sin song» som fikk stogga gråten, og som lindrer og trøster. Den ble en metafor for det trygge selv etter mors død. Sivle beskriver det sentrale i det å bli regulert som barn. Likevel er det mange som vokser opp uten å ha gode omsorgspersoner som møter deres behov. De blir ikke trøstet, sett eller elsket. Resultatet blir for mange at de får problemer med følelsesregulering. De har ikke lært det. For andre kan ekstreme hendelser skape kaos i følelsene, da minner stadig vekker følelsene den ekstreme hendelsen ga. Det er dette traume handler om.

Selv er jeg terapeut, og møter daglig ungdommer med problemer med å håndtere følelser. Mange av dem sliter på skolen. I terapitimene forsøker vi å hjelpe ungdommene å mestre følelser og håndtere hverdagen. Da blir vi som terapeuter klar over hvordan dette henger sammen, og hvor vanskelig det er å håndtere følelser. For mange ungdommer blir det en løsning å unngå hverdagens krav ved å isolere seg, eller å ty til dysregulering som selvsykdom, spiseforstyrrelser og selvmordsgrubling.

I denne Masteroppgaven vil jeg finne mer ut av hvilke erfaringer skoleungdommer i traumebehandling har med følelsesregulering. Gjennom studien vil jeg forsøke å finne ut av hvilke metoder fra behandling de bruker, og om det fins noen faktorer på skolen som er avgjørende. Ved teorisøk, tidligere forskning og ved å intervju ungdommer om hvordan de regulerer seg og mestrer skolehverdagen sin håper jeg å finne noen svar. Svar som kan si meg noe om det som gjøres i terapirommet gir mening og er til nytte. Studien har fått følgende problemstilling:

1.0 Problemstilling

Hvordan regulerer *traumatiserte* ungdommer sine følelser på skolen, og hvilke metoder og faktorer har de erfaringer med?

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Tilknytningsproblematikk og relasjonstraumer står for mange problemene vi møter hos ungdommer i terapirommet, men også ekstreme hendelser, enkeltstående eller gjennomgående belastninger skaper store lidelser for mange. Etter å ha fullført «Trygge traumeterapeuter», arrangert av RVTS (**Regionalt senter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging**) i 2010, har jeg arbeidet mye med traumatiserte ungdommer. Dramaet 22/7 har i ettertid skapt et større behov for kunnskap om traumer (Næss, 2011). Både innen skolen, Pedagogisk Psykologisk rådgivningstjeneste (PPT), Barne,- og ungdomspsykiatriske tjenester(BUP) og Distrikts psykiatriske senter (DPS) ser en behov for kunnskaper om traumer i skolesystemet for å kunne ivareta alle som etter opplæringsloven har krav på tilpasset opplæring i et inkluderende skolemiljø. Mange traumatiserte ungdommer sliter på skolen. Det kan være stort fravær, atferdsproblemer, søvnproblemer eller konsentrasjonsproblemer som følge av at de er i konstant fare-beredskap, angst, depresjon og selvskading. Felles er at de sliter med å regulere følelser som dukker opp, og mange har fra de var små barn manglet noen som kan regulere deres følelser og ivareta deres behov. Det å hjelpe ungdommene til å regulere seg selv, finne metoder som gjør dem bedre i stand å mestre følelsene som dukker opp når trøblete minner trigger, er viktig arbeid i terapirommet. Når jeg skulle skrive en Master i spesialpedagogikk med den bakgrunnen jeg har ble det viktig for meg å undersøke hvilken erfaring ungdommene har med å bruke disse metodene som vi har fokus på i terapirommet. Har det noen overføringsverdi til klasserommet, og hvilke faktorer der er viktige for å lykkes?

Det er ikke avgjørende for denne oppgave hvilken behandlingsmetode ungdommen har fått, eller hvilke traumer de er utsatt for.

1.2 Begrepsavklaring

Denne studien bruker noen begreper som i stor grad er knyttet til barne,- og ungdomspsykiatri. Begrepene regulering og stabilisering er sentralt gjennom oppgaven, og det synes derfor viktig med en avklaring her om hva som ligger i disse begrepene. Det blir også en ordforklaring på vanlige forkortelser innen psykiatrien.

1.2.1 Stabilisering, regulering og affektregulering

Tre sentrale begrep i dette prosjektet er stabilisering, regulering og affektregulering. Affektregulering i denne sammenhengen handler om følelsesregulering. Å få kontroll over følelser, tåle følelser og regulere følelsene. Målet for følelsesreguleringen er å bli stabil. Stabilisering og regulering er to begreper som i denne sammenhengen kan ha lik betydning.

Begrepet affektregulering kan defineres som:

«Affektregulering er vår evne til å differensiere mellom ulike følelser, å forstå meningsinnholdet i de ulike følelsesuttrykkene og å tilpasse disse til situasjoner og mellommenneskelige forhold. Adekvat affektregulering er derfor en grunnleggende sosial egenskap, hvor vi forholder oss til følelsesmessig belastning uten at vi impulsivt drives til risikoatferd, selvskading eller annen utagering, men heller ikke avsondrer oss fra følelsene gjennom en form for affektiv dissosiasjon.»

(Normann-Eide, 2007).

Affektregulering er en mer korrekt benevnelse, men min erfaring fra å jobbe med ungdommer er at å bruke begrepet «følelsesregulering» er mer anvendbar.

I denne oppgaven benyttes affektregulering som en teoretisk beskrivelse, og følelsesregulering står for den praktiske tilnærmingen.

1.2.2 Ordforklaringer av forkortelser

BUP: Barne,- og ungdomspsykiatri

RTC: randomised controlled trails

EP: Evidensbasert praksis

PTSD: Post traumatisk stress disorder, en traumediagnose.

EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing, en behandlingsmetode.

CBT: Cognitive behavioral therapy, en kognitiv behandlingsmetode (KAT på norsk).

TFCBT: Trauma focused Cognitive behavioral therapy, en kognitiv behandlingsmetode med fokus på traumer.

RVTS: Regionalt senter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Del av NKVTS: Nasjonalt kompetansesenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, eies av UNIRAND A/S, som er et datterselskap av Universitet i Oslo.

DBT: Dialectical behaviour therapy, en dialetisk behandlingsmetode

BPD: Borederline personality disorder, en diagnose knyttet til personlighetsforstyrrelser

ICD-10:

«ICD-kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Kodeverket er et redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer.»

(Helsedirektoratet).

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, DSM , er diagnosemanualen som i mange land brukes side om side med WHO sin manual, ICD. Den amerikanske psykiatriforeningen, APA, gir ut DSM.

ATV: Alternativ til Vold ble startet i Oslo i 1987 som det første europeiske behandlingstilbudet til menn som utøver vold mot sin samlivspartner. ATV er en stiftelse, og har i dag ansatte som jobber med behandling, kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling/formidling.

Toleransevinduet: Metafor brukt i terapi, utviklet av Pat Ogden, «Window of tolerance», som gir beskrivelse av indre toleransegrense.

1.3 Min forforståelse og forskningsspørsmål

Som terapeut vet jeg hvor vanskelig det er å få ungdommer til å ta i bruk metoder som regulerer følelser. Allikevel er det som skjer i terapirommet min arena, og jeg spør meg ofte om behandlingen virker, og om den har noen overføringsverdi til skolehverdagen?

Min tanker er derfor at graden av det å lykkes med dette på skolen er avhengig av flere faktorer. Tør eleven å si i fra at en trenger å gå ut en tur? Hvordan reagerer læreren eller timelæreren? Kan foreldrenes rolle i et samarbeid med skolen være

avgjørende? Har det vært samarbeidsmøter med skole, eleven, terapeuten og foreldre? Hvordan løser de dette sammen? Hva kan terapeuten om traumebehandling og stabilisering? Kan det være forskjeller? Vil graden av traumer, relasjonen til menneskene rundt, samt behandlingen og relasjonen til behandler kunne påvirke resultatet? Er det store individuelle og kontekstuelle forskjeller. Hvem du er, hvor alvorlig er traumeproblematikken, hvem som er dine foreldre, venner, terapeut og lærer kan det bli avgjørende for hvordan det går på skolen.

For å finne ut av dette, og om min forforståelse stemmer med virkeligheten tenker jeg at det blir viktig å forsøke å finne noen svar.

Forskningsspørsmål:

- Hvilke kjennskap og erfaringer har ungdommene med sin traumebehandling, og hvordan kan de forstås utfra kunnskaper om traumebehandling?
- Hvilke erfaringer har ungdommene med følelsesregulering og håndtering av trigger på skolen, og hvordan kan vi forstå disse erfaringene?
- Hvordan kan en forstå relasjon som en følelsesregulerende faktor utfra teorier om relasjon, tilknytning og resiliens?
- Viser studien at ungdommene har fått sin læringssituasjon påvirket, og kan det forstås utfra teori om nevrobiologi og traumer?
- Hvilke faktorer på skolen er viktige for å oppnå stabilitet, og hvordan kan disse forstås?
- Hvilke rettigheter i videregående skole har de benyttet, og hvordan oppleves det?

Det viktigste i denne oppgaven er ikke å søke svar på hvilken behandlingsmetode som virker, men en få en oversikt over hvilke behandlingsmetoder som ungdommene har erfaringer med, for å se om det finnes flere metoder. De viktigste erfaringene denne studien søker er skoleerfaringene og hva som skal til for at det går an å gå på skolen selv om de har det vanskelig. Det som skjer i terapirommet er ofte noe som skjer en time i uken, mens livet som leves på skolen er for ungdommene 20-30 ganger mer, så det blir viktig å ha med dette perspektivet på hvor ungdommene som går i traumebehandling lever sin hverdag og møter sine utfordringer.

1.4 Litteratursøk, forskning og konsensus

Søkingen etter artikler har foregått fra studiens begynnelse og hele veien. Egne og assisterte litteratursøk er foretatt i Bibsys, PsycINFO, Helsebiblioteket, clinical evidens og på effektstudier i Chochrane Library,. Søkeordene varierte og jeg har prøvd ut flere sammensetninger av ord. Søk ble foretatt på :«trauma, PTSD», «trauma and school», «relations», «adolescent and trauma», «PTSD and dissociation», «regulation and stabilization», «treatment and trauma», «dissociation», «EMDR», «CBT», «DBT». Gjennom Norsk Psykologforening har jeg funnet mange relevante artikler, og på nettet har jeg funnet offentlige rapporter, Stortingsmeldinger, og det som er hentet fra departementene. Faglitteratur om tema er hentet etter anbefalinger fra ressurspersoner i RVTS gjennom utdanningen «trygge traumeterapeuter» og de anbefalte linker som legges ut på RVTS sine utdanningssider. Tips fra veileder, biblioteket i HIL, fagpersoner i tilknytning med min arbeidsplass og fra traumenettverket i Sykehuset Innlandet har også bidratt til å finne artikler jeg har brukt i studien. Jeg ønsker å påpeke at traumenettverket i Norge ikke er større enn at viktige fagpersoner har vært svært hjelpelige med å stake ut hvilken faglig retning jeg skulle velge, og hvem som er store på kunnskapene nasjonalt og internasjonalt.

Det er gjort svært få RTC, **randomised controlled trails**, knyttet til behandling av traumelidelser, innen dissosiasjon fins ingen. Det har derfor vært viktig å hente kunnskapen om traumebehandling gjennom en artikkel som bygger på den internasjonale konsensus som er gjort i forhold til faseorientert behandling av traumer. Artikkelen har 4 forfattere og 23 bidragsytere og det er en felles konsensus på metoden som er beskrevet (Cook, 2007). Artikkelen er utgitt gjennom the National Child Traumatic Stress Netwok (NCTSN). Artikkelen er oversatt til norsk av Rolf Gjerstad ved senter for Norsk Krisepsykologi i forbindelse med to prosjekter finansiert av Barne,- og familiedepartementet. Metoden støttes og er utviklet videre gjennom RVTS, sitt utdanningsprogram som kalles Trygge Traumeterapeuter (www.rvts.no).

Kunnskap om effekten av terapi bør være evidensbasert når en ser på hva som er ønskelig i politiske debatter og for å kunne kalle metodene for anerkjente. En kan

ikke basere seg på å vite, men å tro, hevdes det. Norsk Psykologforening vedtok i 2007 en Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis.

«Evidensbasert praksis er integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientens verdier.» Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon.»

(Norsk Psykologforening, Prinsipperklæringen, s. 1127-1128, 2007).

Allerede i St. meld. nr. 25 1996-1997 tas det til ordet for å bruke forskningen til å utarbeide veiledere som kan spre anbefalinger om hva som gir god behandling. Samme stortingsmelding sier også noe om viktigheten av å arrangere konsensuskonferanser for å oppnå det samme (St.meld. nr 25 Åpenhet og helhet, 1996-1997, s. 139). Konsensuskonferanser er en metode som innebærer at eksperter på et problemområde går sammen om å oppsummere og gjennomgå relevant forskning og gir tilrådinger som ledende fagfolk er enige om (St.meld, 1996-1997)

Innføringen av PTSD og dissosiasjon i diagnosesystemene har vært et framskritt når det gjelder forståelsen av pasienter som tidligere ble diagnostisert som hysteriske og schizofrene. Nyere forskning om personlighetsforstyrrelser gir åpning for at det er sammenheng mellom borderline diagnoser og seksuelt misbruk og neglisjering fra mor. Vi får håpe at fremtidig forskning rundt personlighetsforstyrrelser vil klargjøre dette (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006, s. 96).

På bakgrunn fra erfaringene 22.07. har Barneombudet utarbeidet en rapport hvor de har intervjuet 9 ungdommer som overlevde Utøya hendelsene, og som de i undersøkelsene kaller ekspertene. Denne artikkelen gis oss god innsikt i ofrenes hverdagsproblemer som ren innenfra forskning (Barneombudet, 2012).

1.4.1 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien er basert på en å finne en teoretisk tilnærming og forståelse av ungdommers erfaringer med behandlingsmetoder, relasjoner og faktorer på skolen som har betydning for hvordan de kan regulere vanskelige følelser knyttet til traumatiske opplevelser. Drøftingen vil være knyttet til erfaringer og faktorer sett i lys av teori og tidligere forskning.

Som metode er denne studien basert på kvalitative forskningsintervjuer, av semi-strukturert art. 6 ungdommer i alderen 17-20 år stilte til intervjuer. Ved starten av prosessen var tanken å ha flere yngre med i studien, og en jevn kjønnsforskjell. Det viste seg å bli vanskelig, og kan gi drøftingen noen svakheter ved at det er flest jenter i studien, og at det er jenter som har kommet langt i videregående.

Å benytte fokusgrupper til denne forskningen ville bli en utfordring med tanke på å skaffe nok informanter. Observasjon, som metodisk tilnærming ble heller ikke vurdert, da denne studien i stor grad er knyttet til elever med en problematikk som krever kunnskaper om traumer, og relasjoner til eleven for å kunne observere. Den type informasjon ville være mer interessant med tanke på en klinisk tilnærming i en behandlingssituasjon. Av den grunn ble intervjuer valgt som metode for å skaffe informasjon til denne studiens problemstilling.

Som terapeut har jeg møtt mange elever med traumeproblematikk, noe som kan gi denne studien mye kunnskaper og et blikk for det som er viktig. Denne innsiderkunnskapen kan gjøre at jeg fort kan bli «blind» for andre forståelser, kunnskaper og vinklinger. Som terapeut vil arbeidet være knyttet til et individfokus, med samtalen og de personlige erfaringene en skal bringe inn i skolen og i et samarbeid rundt det som oppleves som utfordrende. Skolens kompetanse, struktur og organisering har denne oppgaven mindre innside perspektiv på, noe som er en svakhet i forhold til drøftingen.

Denne studien har et utvalg informanter som befinner seg i et behandlingsforløp i barne,-og ungdomspsykiatrien. Det er en svakhet i denne studien at det blir et smalt blikk på behandlingen av traumer, knyttet til en forståelsesmodell vi er kjent med i den vestlige verden, da traumeproblematikk er kjent over hele verden og i alle miljøer.

Det er viktig å understreke at konsentrasjonsproblemer og oppmerksomhetsproblematikk kan skyldes andre faktorer enn traumer. Det er derfor viktig å utelukke f.eks. ADHD diagnoser, Asberger eller andre nevrologiske og utviklingsmessige hensyn.

Denne undersøkelsen er gjort på ungdommer med en kjent traumelidelse, hvor andre lidelser er utelatt.

2 SKOLEUNGDOMMER I TRAUMEBEHANDLING

Studiens problemstilling; *Hvordan regulerer traumatiserte ungdommer sine følelser på skolen, og hvilke metoder og faktorer har de erfaringer med?* har to viktige deler som undersøkes. Den ene er om erfaringer fra terapirommet kan benyttes til følelsesregulering, den andre er hvilke erfaringer og faktorer på skolen har betydning for evnen til å regulere følelser. En kan også stille spørsmål om det er noe som er felles for begge.

Studien handler om skolehverdagen for de som går i traumebehandling, og det er derfor den viktige rammen for denne forskningen.

Studien har, utover teori og litteratursøk, hentet informasjon fra 6 ungdommer. Disse har sammen flere tiårs erfaringer med det å være skoleelever, og nærmere 20 års erfaringer med det å være i behandling. Mange har utfordringer utover det å være traumatisert, noe denne studien ikke har så stort fokus på. Noen av ungdommene har spesialpedagogiske tiltak gjennom vedtak i ppt, noen har benyttet seg av muligheten til å få utvidet tid i videregående og noen har søkt særskilt. Andre har ikke hatt behov for annet enn tilpasset undervisning.

Når det gjelder faktorer på skolen og praktiske tilrettelegginger, vil drøftingen være knyttet til denne studiens funn, og andre lignende funn. Spesialpedagogiske tilpasninger er rettet mot enkeltindivid med fokus på samtalen, erfaringen og relasjonen som viktige bidrag.

Den spesialpedagogiske refleksjonen er knyttet til rollen som spesialpedagogisk rådgiver, med samtalen som verktøy i møte med disse elevene. For å understreke denne metoden, vil evidensdebatten og tanker rundt den være med på å se viktigheten av den gode samtale som verktøy for å forstå de vi skal hjelpe.

I dette kapittel vil det også gis en beskrivelse av hvilke behandlingsmetoder som i dag finns for traumelidelser. En viktig faktor for å gå så dypt inn i tema om traumer og traumebehandling er for å bringe kunnskapen om dette tema inn i skolen, og for å understreke viktigheten av å lytte til den enkelte elev og forstå hvorfor det må gjøres individuelle tilpasninger.

2.1 Spesialundervisning og psykisk helse

Utdanningsdirektoratet ga i 2005 ut en revidert utgave om statusen på spesialundervisningen i Norge. Den gir en god oversikt over forholdet mellom spesialundervisning og tilpasset opplæring samt en oversikt over særskilte behov og barn og unge med vanskelig oppvekst (Solli, 2005). Rapporten peker på at de fleste barn lever i gode levekår og har hatt en vekst av velferd siste år. Likevel har 10-20 % av alle barn og unge så store psykiske problemer at det går ut over deres daglige fungering. 31000 barn ble i 2002 henvist til Barne,-og ungdomspsykiatrien. Atferdsvansker, depresjoner, angst, søvnproblemer, spiseforstyrrelser mm. Ved utgangen av 2000 hadde 24 800 barn barnevernstiltak, og dette tallet vet vi har økt . I rapporten ser vi fra undersøkelser at 75 000 barn blir utsatt for regelmessig mobbing. Undersøkelse i videregående skole viste også at 19% oppgir å ha blitt mobbet av lærer på skolen (Solli, 2005).

Tallet på innvandrerbarn øker, særlig mindreårige enslige asylsøkere. Omfanget av mobbing har spredd seg, og noe denne undersøkelsen ikke har med seg er problemene med nett—mobbing som vi i dag ser som en ny utfordring.

Når det gjelder behovet for spesialundervisning og tiltak i forhold til dette er psykososiale vansker oppgitt å være årsaken i 24,3 % i grunnskole og 20,6 % i videregående skole (Solli, 2005).

Frafallsprosenten i videregående skole er høy. I en undersøkelse gjort av Senter for økonomisk forskning (SØF) på oppdrag av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet i 2010 ser en på hvor mange elever som fullfører videregående på fem år. Hvert år dreier det seg om 50–55 000 elever som begynner på videregående opplæring. I alle år er det om lag 96 prosent som startet videregående opplæring. Innen fem år har 44–49 prosent fullført en studieforbereidende studieretning og 21–23 prosent har fullført en yrkesfaglig studieretning. Til sammen er det 35–36 000 elever som fullfører videregående opplæring innen fem år (www.regjeringen.no). Rapporten viser også at det er en sammenheng mellom ikke fullført videregående skole og tiltak gjennom NAV (www.regjeringen.no)

Det denne rapporten forteller er at det er mange tusen elever som ikke fullfører videregående skole, og grunnen til det kan en spekulere i. Rapporten fra regjeringen peker på grunnskolepoeng, altså karakterer som den viktigste grunnen. Hvorfor karakterene hos noen er lavere sier rapporten ingenting om.

Rapporten om kunnskapsstatusen om spesialundervisning konkluderer med at det er altfor lite forskning og dokumentasjon på om hvorvidt dette virker. Effekten av spesialundervisningens tiltak mangler, men det påpekes at dette ikke bare gjelder innen spesialundervisning i Norge, men også tiltak rettet til barne-og ungdomspsykiatrien, barnevern og andre som iverksetter tiltak for å hjelpe barn og unge i risikogrupper (Solli, 2005).

Gjennom denne studien håper jeg å gå noe mer inn i noen av de problemene som skisseres her, som f.eks. hvorfor blir undervisningen påvirket når en utsettes for mobbing? Kanskje kan studien også gi noen svar på hvorfor effekten av spesialundervisning uteblir og hvorfor det for enkelte kan være vanskelig å få gode karakterer.

2.2 Spesialpedagogisk refleksjon

Den spesialpedagogiske refleksjonen vil i denne studien være knyttet til den spesialpedagogiske rådgiverrollen med fokus på samtalen, og tanker rundt hvordan en kan møte elever som er i behandling for traumer. Denne refleksjonen bringer også inn hvorvidt samtalen kan danne grunnlag for å tilpasse undervisningen via en innsider-forskning, og det er derfor naturlig å bringe inn debatten om evidensbaserte metoder innen både pedagogikken og psykiatrien.

I stor grad handler denne studien om elevers behov for å få sin undervisning og skolehverdag tilpasset deres behov i en periode i livet hvor følelser og minner skaper vanskeligheter. Fokus i denne studien er hvordan samtalen, om den foregår i terapirom, på skolen eller i et samarbeid, kan bidra til å skape de endringer som er nødvendige for å mestre skolen. Det er viktig med en kunnskapsspredning rundt tema, og bringe inn forståelser og vilje til å skape rom for disse individuelle tilpasninger som må til for å møte elevene.

Eva T, Næss skriver i sin artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening at det blir viktig å skaffe kunnskaper om hvordan traumer påvirker skolehverdagen for barn og

unge, og henviser til veilederen om Krisepedagogikk av Jon-Håkon Schultz (Næss, 2011).

Schultz beskriver hvilke senvirkninger en kan se hos eldre elever. Gjenopplevelser (flash-backs), unngåelses-atferd og hyper -aktivering som handler om at kroppen blir urolig, elevene blir ukonsentrert, og når man hele tiden må være på vakt. Schultz ønsker i sin veileder å påpeke viktigheten av at lærere snakker med elevene. Elevene utsettes daglig for eksponering i media om katastrofer og terror, og dette kan være med på å forstyrre hverdagen slik at kroppen og hjernen ikke får arbeidsro (Schultz, 2011).

Et annet viktig aspekt å bringe inn i denne sammenhengen er relasjoner og i hvilken grad den kan påvirke samtalen. Siden den spesialpedagogiske refleksjonen i denne oppgaven er i stor grad knyttet til samtalen og hvordan lærer-elev forholdet kan være, vil det stilles spørsmål om hva som er viktig for at ungdommer som har behov for en tilpassing i hverdagen lykkes.

Som rådgiver eller terapeut er en del av hverdagen å gi råd og veilede de som ber om hjelp. Noen har behov for enkle råd, og andre har behov for omfattende hjelpetiltak, videre henvisning og hjelp utover det skolen, PP-tjenesten og BUP poliklinikkene kan bidra med. Ofte blir mange systemer koblet på, og mange mennesker blir involvert. Felles er et ønske om endring.

Den hverdagen som møter mange i denne hjelperrollen er at det kan være mange problemstillinger. To saker er aldri like, og det som kan hjelpe en person hjelper kanskje ikke i en annen. Som hjelper må vi søke å finne løsningen hos den vi skal hjelpe, ta den Andres perspektiv for å forstå.

Innenfor den hermeneutiske tradisjon er det en tanke om at en ikke er nøytral når vi står overfor noe vi skal forstå. Det har vært en vanlig tanke at mennesket drives av en indre kjerne, og at grunnleggende tro på menneskets indre kan forstås utfra de ytre tegn. Fordom eller forforståelse er ord som innen den hermeneutiske tradisjon har vært brukt. Om en i tillegg har en tro på at den indre kjernen er en del av personens egenart og en kan tolke hvem denne personen er, blir det store spørsmålet hvordan en skal kunne forstå den samme personen om en har en annen tro. Andersen sier i sin artikkel “ Et samarbeid – av noen kalt veiledning”, at uansett

hvilken tro vi har, vil vi i møtet med nye mennesker oppleve noe vi ikke har opplevd før, og at det nye vi møter vil føres tilbake og nyansere eller rokke ved vår grunnleggende tro. Andersen kaller dette den hermeneutiske sirkel. Andersen poengterer at det er viktig ikke å ha en grunnleggende tro, men finne ut hva ens tro er når en gjør seg opp en mening om noe. Andersen sier videre at denne enkle skissen kan brukes også når en skal forstå hva språk betyr. Språket er informativt og formativt. En blir den en blir når en uttrykker seg, mener Andersen her. Språket er også i tillegg til det at en uttrykker seg en meningsbærende faktor. Meningen ligger i ordet, ikke bakom. Det Andersen her mener er at språkuttrykkene er viktige, og at en må tilstrebe seg å følge den Andres uttrykk. Kontekst, velge veier utfra ulike distinksjoner (bilder av øyeblikket), og det med å hjelpe den hjelpesøkende å finne sin egen vei. Andersen sier i sin artikkel at den Andre kun kan forandre seg selv. Ved å samarbeide gjennom språket, forstå den andres uttrykk og finne riktig vei slik at han kan hjelpe seg selv, det kan en skape endring (Andersen, 1999). Det kan være mange likheter mellom en spesialpedagogisk rådgiver og en psykoterapeut. I begge rollene vil det være viktig å ha fokus på perspektivet til den Andre, og tilpasse behovene utfra hver enkelt. Dette bringer inn diskusjonen om hvorvidt det er praksis som skal styre evidensen eller om det er evidensen som skal styre praksisen.

En annen som støtter denne tenkningen rundt samtale praksis og evidens er Tor-Johan Ekeland. Han tar til ordet i en artikkel om evidensbasert praksis og minner oss om det banebrytende arbeidet Freud en gang gjorde da han tok i bruk ørene for å forstå psykiske lidelser. Ekeland er kritisk til det at evidensbasert praksis fortsatt er tuftet på Boulder modellen fra 1947, der det ble vedtatt en «scientist-practitioner» -modell som hadde sterke røtter i en medisinsk modell som på den tiden var synonym med den vitenskapelige modellen. Ekeland mener at psykoterapi må omformuleres til det han kaller en hermeneutisk praksis, der en tenker at praksis ikke innebærer en universell humanteknologi men en kommunikativ praksis med grunnlag i mellommenneskelige relasjoner og god veiledning for å hjelpe videre i livet. Det ville slik Ekeland ser det ligne mer på den kliniske praksis i hverdagen (Ekeland, 2008).

Brukermedvirkning kan på en måte beskrives som en ny retning av behandlingsforskning som en systematisk kartlegger brukerens opplevelse av den gitte behandlingen. Det finnes måleinstrumenter som kan måle både den terapeutiske relasjonen og endringen. Resultater fra undersøkelser viser at

systematiske tilbakemeldinger gir signifikant økning i effektiviteten, og at det blir tydeligere hva som ikke virker, og en kan lettere se om det er lite samsvar mellom terapeutens og brukerens vurderinger. Fremtidens utfordringer er knyttet til at det er viktigere å gi behandling som virker enn å gi en korrekt behandling. En kan kalle det å gå fra evidensbasert terapi til praksisbasert evidens. (Duncan, Sparks, Fjeldstad, & Tuseth, 2008) Brukermedvirkning og brukertilbakemeldinger er på mange måter på vei inn i skolen, hvor mange elever i dag følger praksisen med å evaluere undervisningen, læreren og sin egen innsats.

Hvem kan definere hva som evidens? Hvilke vitenskapelige forståelsesformer eller paradigmer er hensiktsmessige for å forske på menneskelige fenomener. I boka Klienten – den glemte terapeut stilles det spørsmål om i hvilken grad naturvitenskapelig forskningsfilosofi og naturvitenskapelige metoder er egnet til å gi relevant informasjon om menneskelige fenomener. Det hevdes at en gjør en feil om en anvender kunnskapsforståelse og metoder fra naturvitenskap på mennesker, og ikke tar hensyn til at mennesket, til forskjell fra naturgjenstander, reflekterer over seg selv (Ulvestad, 2007). I denne boka refereres det til Hans Skjervheims artikkel «det instrumentalistiske mistak», som omhandler evidensdiskusjonen.

Hans Skjervheim skriver i sin artikkel «Det instrumentalistiske mistak» om vitenskapsteoretiske diskusjonen knyttet til pedagogiske handlinger. Artikkelen trekker historiske linjer tilbake i tid for å belyse at denne debatten har vart i mange år. I en offentlig innstilling fra 30-åra sto det at prinsippet for pedagogikk må bygges på systematisk forskning, og at sikre fremskritt kun kan skje “ ad empirisk vei” og da med forsøk som en metode. Skjervheim tar oss tilbake til både John Dewey , Charles Saunders Peirce og Kant for å belyse sine teoretiske tanker om pragmatisme og instrumentalisme og det kategoriske imperativet. Skjervheim hevder at skillet mellom pragmatiske og praktiske handlinger i pedagogikken, er et analytisk skille, og at faktiske handlinger ikke kan deles opp i pragmatiske og praktiske handlinger. Skjervheim mener at den instrumentalistiske, pragmatiske fornuft har sin plass i pedagogikken, men den har sine grenser. Denne grenseoverskridningen er det Skjervheim kaller det instrumentalistiske mistaket (Skjervheim, 2002).

Artikkelen er fortsatt aktuell i med tanke på dagens evidensdebatt. Både i skolen og i behandlingssystemene blir behovet for resultater og effektivitet rådende, styrt fra de

politiske miljøene, og spørsmålet er om dette ivaretar de menneskelige hensyn og forskjeller.

2.3 Hvordan kan skolen tilpasse undervisningen?

For å kunne tilpasse skolen for traumatiserte ungdommer er det viktig å få tak i kunnskapen om den enkelte elevs behov. Å bruke samtalen som metode for å hente kunnskaper. Den praktiske tilretteleggingen av skolehverdagen og eksempler på tiltak er hentet fra en rapport Barneombudet har skrevet som er basert på skoleerfaringer til ungdommene som overlevde Utøya, samt fra psykolog Judith van der Weele foredrag «Too scared to learn». Van der Weele er kjent fra media og i traumenettverket i Norge, og har stor kompetanse på feltet. Hennes engasjement i forhold til hvordan skolen kan skape gode klasserom for traumatiserte ungdommer gir viktige bidrag til denne studien.

Barneombudet kom i august/september 2012 med en rapport som tar for seg ungdommers erfaringer etter Utøya. Denne rapporten sier også litt om skoleerfaringer og hva skolen kan gjøre. Rapporten forteller at det er store forskjeller på hvordan skolehverdagen har blitt for disse ungdommene, men at det er mange likheter i forhold til symptomer. Søvnvansker, stort fravær, for sent - komninger. Noen opplever at skolen har strukket seg langt i tilrettelegginger, mens andre opplever at det ikke er gjort noe i å tilrettelegge for disse elevens behov. Noen har fått sitt skolefravær, som var knyttet til Utøya, slettet, mens andre har opplevd lærere som sier at de er lei av at eleven ikke leverer noe, og kan ikke ta hensyn til fravær. Erfaringene etter rapporten sier om at skolene;

- må gjøre individuelle tilpasninger
- må snakke med elevene
- må bestemme seg for fraværsregistrering
- må stille krav, men gi rom
- bør etablere hvilerom for de som sliter med søvn
- bør gi eleven mulighet til å støtte seg til fagpersoner om klassen skal informeres
- Gi eleven tid

(Barneombudet, 2012)

Det som er tydelig i denne rapporten er at en må snakke med eleven for å skaffe seg kunnskaper om hva som er riktig tilpasning for eleven det gjelder. Denne rapporten har sterkt fokus på systemet, og hvordan det kan jobbes på systemnivå for å lage gode ivaretagende tiltak for de med behov for tilpasninger

Judith van der Weele utarbeidet eksempler på tilrettelegging og tiltak i forelesningen «Too scared to learn; traumepedagogisk perspektiv i skole.» (Weele, 2011). Disse tilrettelegginger sammenfaller med erfaringene fra Utøya-ungdommene sine skoleerfaringer, men er i større grad individfokuserte. Hennes tiltak er basert på kliniske erfaringer, og har mindre perspektiv på skolens rammer og organisering.

Tilpasninger i skolen betyr i praksis at skolen lar eleven få rom til å regulere når minnene blir påtrengende, og følelser styrer.

Eksempler på tilpasninger er:

- Å ha lov til å gå
- Gi små biter med informasjon som gjentas
- Lett tilgang til døren
- Fokusert tid, «hvile» tid og pause tid
- Å kunne gjenkjenne at en holder på å forsvinne, og lære å gjøre noe som hjelper
- Å sitte å se ut av vinduet eller ved siden av noen som er trygg
- Modalitetsskift
- Å anerkjenne forskjellig dagsform
- Et hvilerom, pausested
- Kreativt hjørne
- Kosetoler, teppe
- Gå tur og ta en samtale
- Ta en huskerunde på lekeplassen
- Mange morsomme øvelser
- Husk å puste

(Weele, 2011).

Van der Weele tar også til orde for å gjøre skolen mer i stand til å gjøre hverdagen lettere for de med traumeproblematikk. Det å begrense stress hjelper ungdommen i

hverdagen. Opprettelse av skolehverdagen begrenser muligheten til passivitet og isolasjon. Det å ta hensyn til elevens behov for nødutganger, både fysiske og psykiske er viktige faktorer. Skolen kan også møte utfordringen med hensynet til søvnevansker, ved å tillate litt senere start i perioder. Det er viktig å ha tilbud til både gode og dårlige dager, ha alltid en plan B. Weele sier at tillit og gode relasjoner er som en motorvei til heling, og skolen kan bidra med det. Symptomene har en grunn, og skolen bør vise raushet for dette i hverdagen (Weele, 2011).

2.4 Behandling av traumerelaterte lidelser

Gjennom dette kapitlet vil jeg forsøke å bringe en oversikt over hvordan stabilisering og regulering av følelser kan ivaretas i forskjellige behandlingsmetoder innen traumebehandling. Hovedfokuset vil være knyttet til første delen av behandlingen som dreier seg om følelsesregulering og metoder for dette. Denne oppgaven tar ikke for seg videre bearbeiding og hvordan traumene videre integreres gjennom behandlingsforløpet. Graden av lidelsen vil ha betydning på både behandlingsmetode, forløp og varighet av behandlingen.

Den moderne traumekunnskapen er tuftet på konsensus i store fagmiljøer som sammen har drevet fram ny kunnskapsutvikling innenfor psykoterapifeltet med traumatiserte klienter (Benum, 2006). Denne kunnskapen har oppstått med bidrag fra nevrobiologi, tilknytningsteori, kognitiv tenkning, psykodynamisk tenkning, narrativ og kropporientert teori, og alle med et felles ønske om å bidra til å utvikle traumebehandlingen. Dette arbeidet har rokket med mange sannheter men først og fremst gjort at arbeidet med traumatiserte klienter ga mer kraft. Som terapeut kunne en lettere forklare sammenhengen mellom kroppens symptomer på fare, når en hadde kjennskap til nevrobiologisk forskning. Med tilknytningsforståelsen fikk en kunnskaper om at mødre kan skade sine barn, og at tilknytning i terapirommet ikke var skadelig (Benum, 2006).

Innen traumebehandling er individualterapi mest vanlig, men gruppeterapi er en terapiform under utvikling. I kjølevannet av terroren på Utøya går i dag mange ungdommer til gruppeterapi, og om en følger med på sykehusdebatten om fremtidig statsing på storsykehuset i Innlandet er gruppebasert terapi i poliklinisk form et av satsingsområdene (T. T. Jacobsen, 2012).

Det er i dag flere anerkjente og vel dokumenterte metoder som kan brukes til behandling av traumer. Metoder som kognitiv terapi, EMDR, DBT, gruppeterapi, psykoanalyse, mentalisering, sensorimotorisk tilnærming, kunst og uttrykksterapi og flere metoder brukes. Det er likevel viktig å skille mellom kriser, traumer, ulykker og omsorgssvikt med betydelige relasjonstraumer. Behandlingstilbud som kan gis til pasienter med enkeltstående traumer er ikke tilstrekkelig for pasienter med komplekse traumer.

2.4.1 Behandlingsmetoder

Gjennom dette kapittel vil det bli en kort presentasjon av noen behandlingsmetoder som brukes i traumebehandling.

Moderne traumebehandling og behandling av psykiske lidelser generelt er tuftet på Sigmund Freuds banebrytende tanker om at en må bruke ørene til å forstå pasienten. Mer om Freud og hans tanker i kapittel 3.

Noen metoder krever spesiell kompetanse som kun kan gis i form av egne utdanningsprogram f.eks. DBT, EMDR og tankefeltterapi. Dette er dyre utdanninger, noe som kan forklare hvorfor disse metodene, til tross for vitenskapelig dokumentasjon, ikke gis. Evidens debatten har inntatt alle ledd i behandlingssystemet, og kravet om å benytte seg av metoder som virker noe alle terapeuter må forholde seg til. Hvilken behandling traumatiserte blir gitt er avhengig av behandlingssted (sykehus eller privat), terapeutens kompetanse og erfaring på problematikken. I dette prosjektet er det metodene som brukes, og ungdommenes erfaringer med metodene jeg er ute etter, og derfor blir det en presentasjon av de mest kjente og best dokumenterte metodene. For å gi et innblikk i bredden av metoder, blir det også en kort presentasjon av andre metoder. Denne studien har fokus på første delen av behandlingen som omhandler følelsesregulering.

Gjennom klinisk arbeid har jeg møtt mange med forskjellig kulturell og religiøs bakgrunn. Traumeforståelsen hos en fra Asia eller Afrika kan være helt annerledes enn vår vestlige forståelse, selv om symptom bildet er likt. I mange tilfeller har jeg møtt traumatiserte ungdommer som har vært blitt tatt med til Imamer eller i andre religiøse sammenhenger for å drive ut «onde ånder» eller «djevelutdrivelse». Det kunne vært spennende å finne ut om disse metodene har dokumentasjon på effekt,

men av hensynet til denne oppgavens størrelse og at informantene har sin bakgrunn i tradisjonell vestlig behandling fant jeg ikke rom for å utforske dette her.

2.4.2 Fasebasert tilnærming

I dette kapittel vil jeg gi en liten oversikt over hva som menes med faseorientert behandling. I kapittel 3 vil det utdypes mer om traumer, traumelidelser og historikk på dette.

Pierre Janets banebrytende vitenskapelige arbeid på slutten av 1800-tallet beskrev allerede den gang den faseorienterte behandlingsmodellen. De tre hovedfasene stabilisering og symptomreduisering, behandling av traumatiske minner og personlighetsintegrering og rehabilitering er slik de fungerer i dag også. Hvert område har sine problemområder og ferdighetstrening som må gjennomføres før neste fase av behandlingen kan gjennomføres. Selve endringsprosessen skjer i en spiralform, og går en noen skritt tilbake må en repetere og forsterke før en går fremover igjen (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006a). Målet er full integrering av minner slik at symptomene blekner og dissosieringen forsvinner.

Judith Herman beskrev dette allerede for 30 år siden, og hennes metoder er gode kliniske beskrivelser også for dagens fasebasert traumebehandling. Hermans beskrivelser av behandlingen av krigstraumatiserte baserte seg på denne type behandling. Den fasebaserte tilnærmingen er den som anbefales for behandling av komplekse traumer (Bisson & Andrew, 2007). Enkeltstående traumer kan behandles i et relativt kort behandlingsforløp, mens barn og unge med komplekse traumer og stort funksjonsfall har behov for lengre behandlingsforløp med stor grad av hjelp med følelsesregulering.

Fasene innen denne behandlingen er delt i 4:

1. Sikkerhet. Miljøet rundt barnet må være trygt.
2. Ferdighetsutvikling innen affektregulering og interpersonlig fungering.
3. Meningsskaping i forhold til tidligere traumer, slik at de kan lære seg å leve med det som har hendt, og se seg selv i en sammenheng uten skyld.
4. Styrke motstandskraft og integrering i et sosialt nettverk
(Cook, 2007)

Hvorfor er fasebasert intervensjon? For at barn og unge som lever i fare med frykt for at ting stadig skal skje, vil det være umulig med en tilnærming hvor de skal ha fokus på det som har skjedd for å kunne bearbeide dette. Barn som lever i fare bruker all sin energi på å overleve. Her må trygghet komme først. I denne fasen er samarbeid med barnevernstjenesten, skole og rettslige instanser noe som ofte må til. Det må lages sikkerhetsplaner og barnas behov må komme først.

Ferdighetstrening innen følelsesregulering er en viktig fase i arbeidet med å bearbeide traumene. Med bedre kontroll på følelser blir det lettere å kommunisere og prosessere de traumatiske minnene. Det blir mindre psykologisk stress, og en blir bedre på å holde minnene på avstand. Å jobbe seg gjennom med ferdighetstrening i følelsesregulering og interpersonlig kompetanse sammen med traume narrative historier og bygging av resiliens vil på sikt hjelpe ungdommene med å håndtere traumene. Denne behandlingen er i stor grad knyttet til en individfokusert tilnærming, men i dagens helsesystem og behandlingstilbud er det også av stor nytte med en samfunnsintervensjon i tillegg. Traumatiserte barn og ungdom er de som av skolen blir vurdert å ha kroniske symptomer både innen læring og oppmerksomhetsproblemer. Lærere og ansatte blir tilknytnings-figurer og omsorgspersoner. I denne intervensjonen blir det viktig å hjelpe med å bygge trygg tilknytning til voksne samtidig som en styrker og bygger de selvregulerende ferdigheter. For å styrke de selvregulerende ferdigheter har en sett at fysisk aktivitet, lek, historiefortelling, dans og drama har god bedring i funksjonsnivå. Dette særlig overfor barn som er fysisk sårbare og har et forstyrret kroppsbilde. Det påpekes i denne artikkelen at det trengs flere års forskning for å studere behandlingens virkningsmekanismer, og at disse må tilpasses kulturelle og geografiske betingede populasjoner (Cook, 2007).

2.4.3 Kognitive tradisjoner og DBT

Kognitiv behandling og kognitive teorier er sammen med eksponeringsterapi de mest undersøkte metodene innen traumebehandling (Dyregrov, 2004). Kognitive metoder og kombinasjonsmetoder har en forholdsvis lang tradisjon. Kognitiv prosesseterapi, på norsk KAT, på engelsk CPT (Cognitive processing therapy) ble utviklet for å behandle voldtektsofre tidlig på 90 tallet. Den består av eksponering og kognitive komponenter. Testresultater og randomiserte undersøkelser viser at denne metoden

har effekt hos de som fullfører behandlingen. Kritikken er unngåelse og at mange av de med PTSD ikke fullfører behandlingen (Dyregrov, 2004).

DBT står for *Dialektisk Behavior Therapy*, eller Dialektisk atferdsterapi som vi kaller det på norsk. Det er en behandlingsmetode som er godt dokumentert og undersøkt, og det foregår stadig forskning på dette (Cohcrane Library). Marsha M. Linehan utviklet denne metoden etter å ha arbeidet med kronisk parasuicidale kvinner med en borderline personlighetsforstyrrelse. DBT er en ny metode i Norge. Behandlingen bygger på kognitiv atferdsterapi, dialektisk tenkning og zen-buddhisme. Sentralt i behandlingen er arbeidet med følelsesregulering og utvikling av sosial kompetanse. Tilnærmingen er også tilpasset behandling av parasuicidal ungdom, og hos ungdom med mye selvskadende atferd er det vist lovende resultater (Hestetun, 2007).

DBT er også en faseinndelt behandling med første fase som har som overordnet mål å sørge for pasientens sikkerhet, og hvor arbeid med omfattende kontrollsvikt, for eksempel selvskading og stoffmisbruk, blir prioritert. Det arbeides systematisk med fire hierarkisk ordnede delmål:

1. redusere livstruende og annen selvskadende atferd
2. redusere atferd som forstyrrer terapien
3. redusere atferd som påvirker livskvaliteten
4. øke atferdsmessige ferdigheter

I andre fase arbeides det med å redusere problematferd og symptomer vanlig hos de med PTSD og det som har sammenheng med tidligere traumeerfaringer.

Traumebearbeiding starter ikke før pasienten har fått utviklet ferdigheter som er nødvendige for å håndtere emosjonelle reaksjoner, fått regulert seg. I tredje fase arbeider en med å øke pasientens selvrespekt og å nå individuelle mål som kan er knyttet til hverdagens funksjoner. I siste fase arbeides det med å skape et liv verdt å leve (Hestetun, 2007). I forhold til tilpasninger for ungdom er modellen med ferdighetstrening for å nå målet om å hjelpe ungdommene til å få en bedre balanse mellom følelser og fornuft. Ved å lære strategier eller spesifikke verktøy blir de bedre i stand til å mestre problemsituasjoner og smertefulle følelsesmessige tilstander. Tilbudet gis som individualterapi og ferdighetstrening. Ferdighetstrening gis som

gruppetilbud der ungdommene møter sammen med et familiemedlem to timer ukentlig. Gruppen gir også ungdommene mulighet til å støtte hverandre, Timene følger ferdighetstreningmanualen (håndbok) laget for ungdom (Hestetun, 2007). Dialektisk atferdsterapi er forholdsvis ressurskrevende, med flere parallelle behandlingskanaler og det at det krever behandlere som har fullført DBT utdanningen. Behandlingen krever også at institusjonen eller poliklinikken har flere behandlere med samme utdanning og et stort antall henviste saker som passer til behandlingsmetoden. DBT som behandlingsmetode får bred støtte i det nasjonale fagmiljøet. Den anbefales i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord, samt i flere artikler som omtaler selvskading og selvmordsproblematikk (L. Mæhlum, Haga, Egil, 2010; L. Mæhlum, Holseth, Kristin 2009; *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, 2008).

I BUP systemet i Sykehuset Innlandet fins ingen med DBT utdanning, men det er på gang. Det foregår nå en intervensjonsstudie for ungdom med gjentatt villet egenskade, der DBT som metode blir brukt hos halvparten av pasientene, mens den andre halvparten får «treatment as usual». Dette er team knyttet til Aker US og Ullevål US. Studien viser at vi er i gang med å bruke DBT i Norge, men tilbudet foreløpig er knyttet til de store sykehusene (L. Mæhlum, Haga, Egil, 2010).

2.4.4 Andre behandlingsmetoder

Eksponering er en viktig del av terapien for å få pasienten til å konfrontere sin frykt både i fantasien og i det virkelige liv. Det er gjort undersøkelser på virkningen av eksponering, og erfaringen viser at den er avhengig av at pasientens tillit til terapeuten er god, og at forventningene til ubehaget er klargjort på forhånd, og at en gir kontroll over varigheten for eksponeringen (Dyregrov, 2004). Dette bygger på en forutsetning av at pasienten evner å regulere seg. Om pasienten har problemer knyttet til affektregulering og utrygghet i relasjoner kan konfrontering av traumer være uhensiktsmessig. Konfrontering krever riktig «timing» og at pasienten ikke er i en pågående traumatiserende situasjon (Hokland, 2006). Nyere forskning viser at en under eksponering ikke avbetinger gammel læring men skaper ny konkurrerende læring (Blindheim, 2008).

Angsthåndteringsprogrammer beskriver en metode som innebærer strategier som avslapningstrening, positive selvutsagn, pusteøveler, biofeedback, trening i sosiale

ferdigheter og disteraksjonsmetoder (Dyregrov, 2004). Denne metoden er svært lik mye av det stabiliseringsarbeidet handler om.

EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing), er også en kombinasjonsmetode med innslag av psykodynamikken, kognitive teorier, kroppsbasert teori, personsentrert teori. Francine Shapiro introduserte denne metoden på slutten av 80 tallet, og den høstet mye diskusjoner og debatter innen traumeterapeutiske kretser. Det foreligger mange empiriske studier av metoden, og rundt 20 er kontrollerte kliniske forsøk (Dyregrov, 2004).

Shapiros utgangspunkt var at hun helt tilfeldig oppdaget at rask fram og tilbake bevegelse av øynene førte til en reduksjon av den emosjonelle intensiteten. Hun testet dette videre og gjorde etter hvert en vitenskapelig undersøkelse om dette. Hva det er øyebevegelsene gjør med traumene er imidlertid ufullstendig, Undersøkelser viser at øyebevegelsene kan redusere fysisk målbart stress, og en har sammenlignet med REM-søvn og funnet at EMDR har samme virkning. En mener derfor at også under REM søvn vil det være en aktivering av orienteringsresponsen, og den mest kjente virkningen her er at musklene slapper av, både i mellomgolvet og ellers i kroppen, og dette fremmer en avventende holdning og gjør personen mindre anspent (M. Jacobsen, 2006).

I EMDR foretar terapeuten en grundig gjennomgang av traume, tanker og følelser rundt dette, hvor i kroppen det sitter, og følger med på pasientens tilstand. Det følges med på pasientens SUD, **subjektivt ubehag**, som fungerer som et måleinstrument. Etter hvert som alle sider av hendelsen bringes frem vil pasienten bli bedt om å følge terapeutens hånd med øynene. Denne bilaterale stimuleringen vil involvere begge hjernehalvdelen, lignende den som fins under REM søvn. Bilateral stimulering vil kunne bearbeide det traumatiske materialet og gjør at ikke-språklige minner gis en språklig form som kan integreres og bearbeides (Dyregrov, 2004).

EMDR krever egen utdanning, og er på lik linje med DBT manualstyrt og krever at terapeuten følger en fast form på behandlingen.

Tankefelterapi TFT er en metode mange fagfolk er skeptiske til fordi den også praktiseres av ufaglærte overalt. Den mangler empiri på at den virker, men flere klinikere har stor nytte av denne metoden i sin praksis. Metoden går ut på å

stimulere, kalt banking eller tapping på akupressurpunkter. Det etableres SUD som innen EMDR for å registrere ubehag og forandringer. Den er lik EMDR på den måten at pasienten må fokusere på et traumatisk minne mens en følger en manual. Denne som kalles 9G, består av 9 ulike aktiviteter mens det bankes på et punkt. Tankefelt terapi krever også at terapeuten har gjennomgått denne spesifikke utdanningen (Dyregrov, 2004).

Kunst og uttrykksterapi er en metode under forskning i regi av NKVTS der en randomisert kontrollert studie av bruken av kunst og uttrykksterapi (EXIT) på enslige mindreårige gutter i transittmottak foregår. Denne terapiformen bruker bevegelse, dans, tegning, musikk, dans og drama i tillegg til den verbale uttrykksformen. Terapien har vist seg å være godt egnet for traumatiserte flykninger. Terapiformen er utviklet av Meyer De Mott i 1991, og senere utviklet ved Fossnes Asylmottak i 1992-1994. Den kunstorienterte formen for terapi har den fordelen at det er lettere å komme til og uttrykke avstengte følelser (www.nkvts.no). I møtet med asylsøkere er det ofte en språklig barriere mellom terapeut og pasient, og denne metoden er derfor velfungerende. Studien de nå skal gjennomføre er den første i Norge og Europa (www.nkvts.no).

Reidar Hjermanns beskriver hvordan bruk av musikk og rytmer kan kombineres med psykoedukasjon, gruppeterapi, og avspenning for en gruppe med unge gutter som er asylsøkere og har krigserfaringer. Bruken av afrikanske trommer var kjente uttrykksformer som noen av guttene hadde vokst opp med. Disse kulturelle uttrykksformene skapte trygghet og mestringsfølelse. Musikken ga også rom for å hente fram emosjonelle tilstander som kunne hentes fram og bearbeides. Senere spørreundersøkelse viste at de fleste hadde greide seg bra, og ingen var i kontakt med vold eller kriminelle handlinger. Hjermann tar til ordet for å minne oss om vårt ansvar i forhold til hvordan vi behandler denne gruppen i vårt samfunn (Hjermann, 2007).

Eide-Midsand skriver i sin artikkel om terapiprosesser at latter og frydefull lek stimulerer vekstfaktorer i store deler av hjernen. Han viser til lek og latter stimulerer store deler av hjernen og bidrar til modning av pannelappen og dermed til organisering av selvregulerende evner som refleksjon, forestillingsevne, empati og trenger ofte rikelig med positive opplevelser som reorganiserer de dype deler av

hjernen (Eide-Midsand, 2011).

Sensorimotorisk psykoterapi er utviklet av Pat Ogden, som også er kjent for begrepe «The window of Tolerance». Det er en kropporientert behandling som mener at traumeforskningen viser at det påvirker kroppen, men mangler et repertoar av metoder som er knyttet direkte til kroppen. I kropporientert behandling vil en benytte seg av den visdommen pasienten selv har om sin kropp. En utforsker traumerelatert somatisk aktivering, og skaper ny kompetanse og gjenoppretter en følelse av selvtillit. Metoden er faseorientert, men fokus først og fremst på stabilisering og symptomreduksjon. Metoden er utviklet særlig med tanke på utviklings- og traumatiske problemer. Relasjonsproblematikk og PTSD. Metoden krever også spesiell kompetanse med videreutdanning i regi av spesialister på feltet (Ogden, Pain, & Minton, 2006). Ved Modum Bad arrangeres ofte kurs der en kan fordype seg i dette(www.modum-bad.no).

Mentaliseringsbasert terapi ble skapt med tanke tilknytningsproblematikk en så hos borderline –traumatiserte pasienter, og har utviklet en teknikk for dette. Alvorlig svikt i mentaliseringsevnen finner en hos mennesker som er utsatt for alvorlige tilknytningstraumer/omsorgssvikt, men svekket mentaliseringsevne er noe som kan ramme alle. Mentalisering kan også sies å være evnen til å se seg selv fra utsiden og andre fra innsiden. Mentaliseringsevnen er ustabil og upålitelig, og evnen til god mentalisering er situasjonsbestemt, med andre ord bestemt av affektive og relasjonelle kontekster. Mentaliseringen spiller en rolle i organiseringen av det psykologiske selv, og derfor i utviklingen av vår evne til å regulere affekter. Denne evnen er helt avgjørende for å kunne klare seg i en sosial verden. Beslektede begreper som empati, emosjonell intelligens, selvrefleksjon, affektbevissthet, innsikt og meta kognisjon er gode begreper, men det som gjør mentaliseringsbegrepet så unikt er at den er overgripende ved å involvere både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Det er nærliggende å tenke seg av vår sen moderne verden stiller store krav til relasjonelle og emosjonelle ferdigheter. Vi lever i åpne, omskiftelige samfunn med hastige beslutninger. Trygghet og forutsigbarhet er en mangelvare. (Bateman & Fonagy, 2004).

Mentaliseringsterapi vil kunne hjelpe pasienten til å forholde seg til den indre og ytre verden, og se disse i en sammenheng. Det gir pasienten evnen til å forholde seg til og regulere følelser (Håland, 2008). Økt mentaliseringsevne antas å medføre bedre

affektregulering, og det er vist sammenheng mellom lav mentalisering og emosjonell dysregulering (Fonagy, 2002).

2.4.5 PTSD og traumer i et kulturelt perspektiv

PTSD er dypt forankret i den vestlige psykologiske tradisjon. De vestlige behandlingstilnærminger inviterer til at traumatiske minner bør konfronteres og ikke unngås, samt at følelser forbundet med stressende hendelser bør ventileres og ikke undertrykkes. Denne tenkningen har blitt til en generell folkepsykologi, og det mangler ikke empirisk grunnlag for å hevde at konfrontering av traumatiske erfaringer er terapeutisk gunstig. Også på verdensbasis er denne behandlingsformen dokumentert virksom både i forhold til jordskjelvkatastrofer og konsentrasjonsfanger under krigen i Bosnia-Herzegovina (Nordanger, 2006).

Kritikken til denne tenkningen er tuftet på at det å reagere på kriser og folks normale reaksjoner på sorg og katastrofer blir til en diagnose i klinisk psykologi og psykiatri, og på den måten avhengige av ekstern ekspertise for å bli bedre. Det kritiseres også at det i vestlige tradisjoner er en forkjærlighet for bruk av verbal og språklig bearbeiding av emosjoner. Det kommer frem at bruken av ikke-språklige elementer, som bruk av kroppen ikke passer i alle kontekster. f.eks hos mosambikiske flykninger i Malawi er kroppsbaserte ritualer en måte å bearbeide følelser på, og det hevdes at å skulle implementere en verbal terapeutisk tradisjon for denne gruppen ville være uforenelig med de kulturelle innarbeidede mestringsstrategier og tradisjoner (Nordanger, 2006). Gjennom en psykososial diskursanalyse gjort i Tigray, Etiopia etter krigshendelsene der fant man ut at unngåelse som strategi gir mening i denne delen av verden sett ut fra deres religiøse og kontekstuelle forhold. Sorg er her meningsløst, da en mister livsviktig kroppsvæske om en gråter (Nordanger, 2006).

2.5 Oppsummering

Skolen, slik det er i dag, har plikt til å legge til rette for at alle uansett forutsetninger og evner skal ha et tilrettelagt tilbud. Om skolen kan tilpasse undervisningssituasjon slik at de kan nyttiggjøre sine egne erfaringer på hva som hjelper de til å regulere seg og bli stabile er mye gjort for å bringe traumatiserte ungdommer tilbake til skolen. Å bringe kunnskapen om traumer til skolen blir en forutsetning.

Å ha en åpenhet for gode samtaler i skolen, vil gjøre at elever med spesielle behov kan finne rom for å kunne fortelle om dette. Bruk av forskningsintervju som metode for den gode samtalen blir av Torbjørn Andersen beskrevet som en metode til å kunne få tak i elevenes erfaringer. Som lærere eller spesialpedagog vil denne samtale metoden kunne gi en forståelse og innsikt som er nødvendig for å kunne tilpasse for ungdommer med helt spesielle behov.

En forutsetning for mange av metodene er at pasienten er stabil, men noen metoder er også stabiliserende. En annen forutsetning en må ta hensyn til er graden av traumelidelsen for å finne rett metode. En viktig ting å huske på er at den eklektiske holdningen innen moderne psykiatri gjør at det er både mulig og nødvendig å kombinere metodene. Særlig innen faseorientert behandling, vil eksponeringsterapi, angsthåndteringsprogrammer, mentaliseringsterapi samt EMDR ha en plass.

Innen tradisjonelle kognitive metoder og DBT fins allerede dokumentasjon på at det har effekt, og det forskes mye på det. Innen EMDR forskes det også mye. Kravet til evidens i psykoterapi gjør at de terapiformene med dokumentasjon på effekt fremstår som de beste metodene for behandling av traumer. Klinisk praksis viser at relasjon og grad av traumelidelse er avgjørende for resultatet. Fasebasert behandling av alvorlig traumatiserte barn og unge er tidkrevende, ressurskrevende, relasjonskrevende og systemkrevende. Felles for flere av metodene som er beskrevet er at de krever egnet videreutdanning, og at den følger en spesiell mal. I realiteten finnes det relativt få behandlere med disse utdanningene innenfor behandlingsapparatet, noe som gjør at vi i liten grad kan tilby et bredt spekter av metoder for våre traumatiserte ungdommer. Da er det en fattig trøst at det tross alt er relasjonen til terapeuten og evnen til å formidle håp og ta pasienten med i behandlingen som kan gi resultater likevel.

3 TEORETISK REFERANSERAMME

Gjennom dette kapittel presenteres teori om traumer, affektregulering, tilknytning, resiliens, nevrobiologi og relasjoner. Det vil i dette kapittel en gjennomgang av traumer og traumediagnoser, med et historisk blikk, og i den sammenheng ser jeg det som viktig å beskrive dissosiasjon, det Janet beskrev som hysteri, da dette er et vanlig fenomen hos traumatiserte. For bedre å kunne forstå traumereaksjonene har jeg valgt å bringe inn nevrobiologi som forklarer sammenhengen mellom opplevelser og det som skjer i hjernen. Særlig når det gjelder evnen til å tenke og lære, er denne forståelsen viktig. Denne studien sier noe om hvordan grusomme hendelser påvirker hverdagen, og hvor viktig det er med kunnskap, innsikt, forståelse og varme hos mennesker som er rundt disse ungdommene. Ved å bringe kunnskaper om tilknytning inn i forståelsen om traumer, vil det bli lettere å forstå sammenhengen mellom manglende evne til selvregulering der det har vært mangler på omsorg og kjærlighet. Å ha evner til å regulere vanskelige følelser må læres, og som barn blir disse evnene utviklet i nært forhold mellom barn og foreldre. Blir vi utsatt for ekstreme påkjenninger vil vi oppleve at følelsene blir vanskelige å regulere, og vi trenger mer enn omsorg og kjærlighet for å klare dette. Dysregulering av følelser kan bli resultatet når en mangler gode reguleringsverktøy for å håndtere det vanskelige. Sult, selvskading, rus og andre dysregulerende metoder virker også regulerende, men gir på sikt negative konsekvenser og avhengighet. I dette kapittel vil det også bli en beskrivelse av resiliens, hva det innebærer, og hvilken betydning denne resiliens - faktoren har på det å klare seg i skolesammenheng.

3.1 Om traumer og traumelidelser

Dette kapittelet starter med et historisk blikk på traumer. Videre gis en kunnskapsoversikt over traumelidelser for å skape forståelse av lidelsen for ungdommene. Moderne traumebehandling og behandling av psykiske lidelser generelt er tuftet på Sigmund Freuds banebrytende tanker om at en må bruke ørene til å forstå pasienten. Freud og hans kollega Janet jobbet samtidig og hadde begge to tanker om at hysteri hadde sammenheng med tidligere opplevelser, og deres tanker om denne sammenhengen og hvordan en kunne dempe symptomer ved å snakke om hendelser og bearbeide dette, er det psykoanalysen bygges på. Janet og Freuds beskrivelser av hysteri er slik vi kjenner den i dag er det vi kaller dissosiasjon.

3.1.1 Jean-Martin Charcot, Pierre Janet og Sigmund Freud

Jean- Martin Charcot (1825-1893) var en fransk nevrolog, og verdens første professor i nevrologi. Han var også kjent som lærer til Freud, Janet og flere andre kjente fra datiden. Charcot regnes som patriarken i hysteri-studien. Han trakk paralleller mellom hysteri og hypnose, og at dette skyldtes dårlig nervesystem. Charcot arbeidet på et sykehus i Paris som huset de galeste av Parisernes proletariater, tiggere og prostituerte. Han hadde ukentlige demonstrasjoner av hysteri ved bruk av unge kvinner som var utsatte for massiv vold, utnyttning, mishandling og voldtekt. Charcot mente at disse symptomene var psykologiske siden de kunne bli kunstig fremkalt og reduseres ved hjelp av hypnose. Charcot var ikke interessert i pasientens indre liv, men de symptomene som kunne katalogiseres (Herman, 1992). Både Janet og Freud var ivrige etter å finne årsaken til hysteriet, og det ble en kamp om å finne en årsak. De oppdaget at det ikke var nok å se på pasienten, men nødvendig å snakke med dem.(Herman, 1992)

Pierre Janet(1859-1947) var en fransk filosof, psykolog og psykiatiker som er kjent for sin beskrivelse av dissosiasjon slik vi kjenner den i dag. Hans arbeid er essensiell for vår kunnskapsforståelse av traume-relaterte sykdommer og behandling i dag. (Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006) Janet arbeidet på samme tid som Sigmund Freud, og opplevde de samme pasientene. På bakgrunn av pasient-terapeut erfaringene med det de kalte for «hysteriske», formulerte Janet samtidig og uavhengig med Sigmund Freud på midten av 1880 årene en teori om at hysteri var et uttrykk for et traume. Både Freud og Janet observerte at somatiske symptomer dukket opp i forbindelse med minner som var fortrent fra hukommelsen. Konklusjonen deres ble at hysteri er en lidelse som stammer hovedsakelig fra minner. Fra midten av 1890 årene hadde disse funnet ut at de hysteriske symptomene og følelsesmessige uttrykkene kunne dempes ved å bearbeide minnene ved hjelp av ord. Denne metoden for behandling danner selve grunnlaget for moderne psykoterapi. Disse behandlingene ble senere kalt «psykologisk analyse» av Janet, og senere «psyko-analyse» av Freud (Herman, 1992).

Sigmund Freud (1856-1939) var en østerriksk nevrolog og psykiater av jødisk herkomst. Freud trodde i 1896 at han hadde funnet kilden til hysteri ved å påstå at dette skyldes en eller flere seksuelle erfaringer tidligere i livet. Hans påstand og

beskrivelser fra den gang er i dag 100 år etter en klinisk beskrivelse av barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Flere av Freud pasienter hadde lik historie, hysteri var så vanlig at hans påstander om seksuell misbruk av barn fikk et år etter så mye negative tilbakemeldinger at de ble i datidens sosiale kretser helt uakseptable. Freud valgte da senere å se bort fra denne påstanden og påsto senere at det var oppspinn. Diagnosen hysteri praktisk talt forsvant (Herman, 1992).

3.1.2 Hva er traumer? Om PTSD og komplekst PTSD

Begrepet «Traume» er opprinnelig definert som en skade etter en enkeltstående hendelse. Et traume kan oppstå etter en enkeltstående hendelse, slik som hendelsen på Utøya kan være et eksempel på. Krig, ulykker, naturkatastrofer, plutselige dødsfall og voldtekter kan være andre eksempler. Dette er hendelser som kan gi en posttraumatisk stressforstyrrelse(PTSD). En traumediagnose kan også bli et resultat for de som opplever gjentatte påkjenninger i tidlig barndom og som ikke har fått bearbeidet dette. Mangel på omsorg og behovstilfredsstillelse som barn kan gi store følelsesmessige smerter, og dette kan igjen føre til et større behov for strategier som kan bedøve smertene (Benum, 2006, s. 24). Judith Herman innførte begrepet «komplekst PTSD», som ikke er en anerkjent diagnose, men blir mye brukt av klinikere, for å omfatte de med store problemer med å regulere følelser, finne trygghet i egen kropp og nærhet til andre mennesker (Benum, 2006).

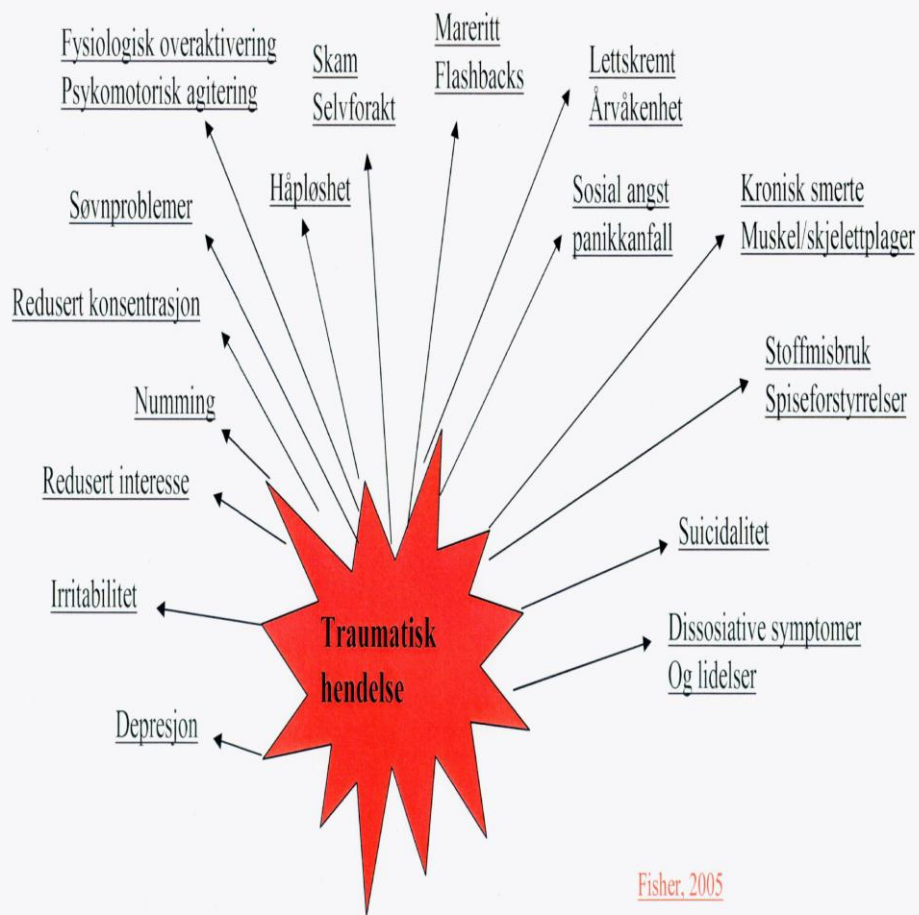
Ungdom, vil som andre, som blir utsatt for traumatiske hendelser i etterkant få mange og forskjellige symptomer på dette. Angst, søvnevansker, skvetten, hyperårvåkenhet, konsentrasjonsvansker, depresjoner, aggresjon, kroppslige plager, flashbacks og problemer med å regulere negative affektimpulser. Sett med evolusjonsbriller er disse kroppslige reaksjonene hensiktsmessige, da hendelsene lagres og kroppen forberedes til ny kamp eller fluktmodus (Hjermann, 2007).

PTSD er en diagnose som fordrer at symptomer er tilstede. Janina Fisher, 2005, har utarbeidet en illustrasjon jeg liker godt. Janina støtter seg til Havreys utsagn om at «Trauma survivors have symptoms instead of memories». Denne modellen brukes flittig i RVTS sitt utdanningsprogram av traumeterapeuter. Se figur nr.2, s.40.

Bessel Van der Kolk, som leder forskningsarbeidet vedrørende verifisering av PTSD diagnosen, og hans medarbeidere skrev i 1996 i en artikkel at Hermans diagnose bør

brukes på gruppen som har problemer med affektregulering slik hun beskrev Komplekst PTSD. Diagnosen kom ikke inn i DSM-V, og er heller ikke i ICD-10 (Anstorp et al., 2006). Den er likevel mye brukt i klinisk arbeid, og det er ingen tvil om at det er behov for mer forskning rundt denne gruppen mennesker som sliter med affektregulering, relasjoner og traumatiske minner. Van der Kolk tar også til ordet for å bruke begrepet «Trauma – spectrum disorders» om alle diagnosene i DSM -1V, hvor disssosiative symptomer beskrives. Derfor ønsker de å bruke Judith Hermans «complex PTSD» som diagnose for den store gruppen som ikke bare sliter med dissosiasjon og somatisering, men som også klinikere har erfaring med at tidligere traumer og tilknytningsproblematikk øker kompleksiteten (Anstorp et al., 2006, s. 92).

"Trauma survivors have symptoms instead of memories" (Harvey, 1990)



(Fisher, 2005) Figur 2

Komplekse traumer, det som Herman beskriver som komplekst PTSD, er en beskrivelse av multiple traumatiske hendelser som forekommer innen barnets eget omsorgssystem. Det kan være barnemishandling, seksuelle overgrep i familien, emosjonelt misbruk og forsømmelse/neglisjering, fysisk misbruk og vitne til familievold som er kronisk og starter tidlig i barndommen. Dette er igjen forbundet med emosjonell dysregulering, tap av trygghet og sikkerhet, tap av veiledning og manglende evne til å oppdage og reagere på fare. Komplekse traumereaksjoner går langt utover posttraumatiske stress-reaksjoner, og inkluderer en svekkelse på en rekke affektive, kognitive, atferdsmessige og sosiale områder.

Dette innebærer:

- Selvregulering og regulering av følelsesliv. Tilknytning, angst
- Avhengighet, aggresjon, sosial hjelpeløshet, spiseforstyrrelser
- Dissosiative reksjoner og tilstander, somatoforme reaksjoner, kardiovaskulære tilstander, problemer med metabolisme og immunsystem
- Seksuelle problemer i ungdomstid og voksen alder
- Tendens til å bli offer for nye traumatiske hendelser (Cook, 2007).

I forhold til affektregulering, som er sentralt i denne oppgaven her, beskrives det at det hos de med komplekse PTSD har problemer med emosjonell selvregulering. De har problemer med å beskrive følelser og indre erfaringer, samt med å vite og beskrive indre tilstander. De har problemer med å utrykke og kommunisere ønsker og behov. For å klare å håndtere disse vanskelige følelsene bli selvdestruktiv atferd, aggresjon mot andre, patologisk selvtrøstende atferd, misbruk av medikamenter og rusmidler, opposisjonell atferd, og dissosiasjon et alternativ. Innen kognisjon og læring vil disse ha problemer med å regulere oppmerksomhet, manglende opprettholdelse av nysgjerrighet, bearbeiding av ny informasjon, problemer med fokus, språkproblemer, orientering om tid og sted og visuelle perseptuelle problemer. Disse sliter også med dårlig selvbilde, skyld og skam, og manglende og dårlig opplevelse av å være noe eget fra andre (Cook, 2007).

Det er viktig å huske at dette er elever som enhver lærer vil møte i sin hverdag, og at det fins flere traumeofre enn de som har vært på Utøya.

3.1.3 Dissosiasjon

Når jeg velger å beskrive dissosiasjon så omfattende i denne oppgaven skyldes det min personlige erfaring med å arbeide med ungdommer med betydelige dissosiative forstyrrelser og hvordan de mestrer sin skolehverdag. I terapirommer jobber vi f.eks. med å integrere de sinte delene som fungerer som viktige forsvar mot grusomme hendelser, mens lærerne kan oppleve «den sinte delen» på skolen som en elev med et betydelig atferdsproblem. Betydningen av kunnskaper om fenomenet blant pedagoger er etter min mening svært viktig, da traumelidelser er svært vanlig.

Fra tidligere tider er dissosiasjon beskrevet, gjerne i religiøse sammenhenger. På slutten av 1800 tallet fikk vi gjennom Janet og Freuds arbeider med hysteri beskrivelser av dissosiasjon (Anstorp et al., 2006).

Janets beskrivelser av dissosiasjon som en deling av personlighet eller bevissthet. Mer spesifikt mente Janet at dissosiasjon involverte delene mellom systemene av ideer og funksjoner som inneholder personligheten. Han mente at personligheten består av ulike strukturer noe som kan støttes av moderne tenkning. Janets tenkning er essensiell for å forstå og behandle traumelidelser i dag (Hart et al., 2006).

Janet observerte at dissosiasjon kunne påvirke hele kroppen, og finner uttrykk i somatoforme forstyrrelser av følelse, bevegelse, tale, syn, hørsel så vel som i bevissthetsforstyrrelser, minner og identitet. Janets tanker var i mange år ikke anerkjente, men forskere som Van der Hart og Van der Kolk tok på 90- tallet tak i beskrivelsene og fornyet dem (E. R. S. Nijenhuis, 2004).

Hos mennesker som opplever gjentatte og tidlige traumer kan det bli nødvendig å finne metoder å være i verden på samtidig som man unngår påkjennningene. En vil helst slippe å være i sin egen kropp eller forholde seg til enkelte mennesker.

Løsningen på dette kan for noen være å splitte vekk deler av jeget, noe som vi kan se som en oppsplitting og utmelding som er vanlig ved dissosiative lidelser. Denne oppsplittingen er nødvendig som et forsvar, og skal beskytte noe. Det kan sees på som et biologisk forsvarsbehov i et psykologisk utviklings,-og relasjonsperspektiv. Når en omsorgsperson svikter og påfører barnet smerte og vold, krenkelser og misbruk er det likevel den samme personen barnet er avhengig av for å overleve. Barnet blir derfor nødt til å finne metoder som kan bevare tilknytningen til overgriper

og samtidig splitte vekk den farlige delen som mor eller far kan være. Dette fører til at to biologiske systemer kommer i konflikt med hverandre. Systemet for tilknytning og systemet for reaksjoner på fare. Dissosiasjon blir en løsning på denne konflikten (Benum, 2006).

For å unngå å ta inn over seg det smertefulle de traumatiserende opplevelsene har vært, er det vanlig at en utvikler en fobi mot å erkjenne at en har vært traumatisert. Alt som minner om traumatet må unngås for å mestre hverdagen og dette nødvendige skillet mellom det å huske og det å gå videre er det som utgjør det sentrale i splittelsen dissosiasjon. Fobi begrepet dateres til Janet, og bruken av dette begrepet viser hvor intenst og automatisk traumerelaterte unngåelser av minner eller dissosiative deler kan bli (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006a).

Primær dissosiasjon er en splitting av hukommelsen. Den manglende integreringen fører til at når minnene vekkes kommer følelsene veltende over og skaper unngåelse atferd. Den nevrokjemiske farereaksjonen blir produsert som om hendelsen skjer igjen. Når en trussel skjer, vil en kunne oppleve en strukturell dissosiasjon ved at det skjer en skiftning mellom den emosjonelle (EP) personligheten som er viet til et forsvar fra den tilsynelatende normale delen (ANP) som får hverdagens funksjoner til å fungere. EP blir fiksert i handlingsmønstre som innebærer forsvar, og får begrenset oppmerksomhet på funksjoner som virker nedregulerende og avstressende. PTSD som kommer inn under primærdissosiasjon kan også kalles en somatisk sykdom, fordi PTSD symptomene i seg selv er et bevis på at kropp og sjel virker samene og følelsene sitter i kroppen (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006b, s. 81-83).

Sekundær dissosiasjon henger sammen med tidlig og gjentatt traumatisering. Manglende bearbeiding har gjort det nødvendig med enda mer oppsplitting, fordi personen trenger ytterligere mekanismer for å fjerne seg emosjonelt fra de vonde opplevelsene. Denne oppsplittingen beskrives som depersonalisering eller derealisering. Når en person blir aktivert i en følelsestilstand over lang tid kan tilstanden utvikle egne tankemønstre og være knyttet til den alderen barnet var i da hendelsene skjedde. Flere følelsesdeler, (EP-er) kan utvikles ut fra det behovet barnet hadde for beskyttelse det ikke fikk. Sinte deler, redde deler, seksuelle deler,

deler som søker trygghet og tilknytning osv. Disse delene, (EP-ene) kan ta over og agere helt på egen hånd når faren opptrer. Aggressive deler kan opptre som forsvar (Benum, 2006). Oppdeltheten kan vise seg i et tidsrom eller med et antall av samtidig aktive EP-er som hver og en tjener ulike fysiske forsvarsfunksjoner. Sekundær strukturell dissosiasjon viser seg i mer komplekse PTSD, og traumerelaterte personlighetsforstyrrelser (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006b).

Tertiær strukturell dissosiasjon er når det skjer en oppdeling av ANP samtidig med dissosiering mellom EP-er. Dette begrepet er knyttet til diagnosen DID (Dissosiativ Identitets forstyrrelse) Denne lidelsen oppstår når tidlig og kronisk traumatisering hindrer utviklingen av en sammenhengende personlighet. Det er nærliggende å tenke seg at DID pasienter har opplevd både overgrep, omsorgssvikt og tilknytningsforstyrrelse i tidlig alder. Det gjør at de i tillegg utvikler det som kalles en desorganisert tilknytningsstil. Separasjon fra en omsorgsgiver som også er overgriper aktiverer både tilknytningssystemet mens en tilnærming av samme person aktiverer forsvarssystemet. Dette vekslende forsvarssystemet manifesterer seg som en fobi mot tilknytning og en fobi mot å bli forlatt. Denne kroniske strukturelle dissosiasjonen har gjort det mulig for barnet å overleve i situasjoner hvor overgrep og mishandling skjer, men gjør det vanskelig for personen å etablere trygge relasjoner senere i livet (Hart et al., 2006; E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006b).

3.1.4 Om stabilisering

Judith Herman henter fram beskrivelser av stabilisering som første fase fra historiens behandling av klienter med hysteri og støtter seg til helt tilbake til Janet beskrivelser fra 1889 (Herman, 1992, s. 156). Stabilisering som forutsetning støttes også gjennom konsensus i fagmiljøene (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006a) (van der Kolk, McFarlane, & Weisæth, 1996) (Hart et al., 2006) Under stabilisering skal følelser reguleres og en forsøker å skape kontroll. Dette kapittel vil beskrive hva denne fasen innebærer og hvor viktig det er å gjenskape kontroll over følelser for å kunne gå videre i bearbeidingen av traumene. Målsetningen for første fase av traumebehandlingen er å hjelpe klienten i å komme over fobiene til tanker og følelser knyttet til selve traumet. Det er også viktig å komme over fobien til de

dissosiative delene av personligheten. For tilknytningsskadede klienter er fobien mot terapeuten også et viktig mål å jobbe mot slik at tilknytningen til terapeuten blir trygg. Den viktigste hovedregel er trygghet først. Selvdestruktive handlinger som suicid, stoffmisbruk, selvskading, vold og annen risikoatferd må behandles her. En viktig indikator på fremgang er når klienten har økt evne til å tolerere og modulere følelser slik at en ser en reduksjon av selvdestruktive handlinger. Andre positive effekter er reduksjon av depresjon og angst og reduksjon i reaktivering av emosjonsstyrte deler, (EP-er), og minner (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006a).

Det å få dagliglivet til å fungere med å ha gjentatt fokus på dette vil styrke klientens evne og kapasitet til senere å kunne integrere de traumatiske minnene. Nok søvn, nok mat, følelseskontroll og mestring er viktig. Videre kan et sentralt mål i stabiliseringen være det som kan styrke klientens funksjonsnivå. Det å kunne ha avstand til selve smerten gjør det lettere å bearbeide selve traumet. En annen viktig del av stabiliseringsfasen er aktivt å møte angsten for å unngå isolasjon og tilbaketrekning. Kognitiv behandling og angstmestring er viktige og nødvendige skritt å tas i denne fasen (van der Kolk, McFarlane, & Weisæth, 1996). Denne studien handler om skoleungdommer, og det å gå på skolen, møte mennesker, ta buss, tåle prøver og mestre stresset en skoledag innebærer, kan være god og riktig stabiliseringstrening. På mange skoler er ofte holdningen at det beste for ungdommer som sliter er å være hjemme til de blir «friske». Det kreves ofte mange samarbeidsmøter for å oppklare denne myten.

3.1.5 Om triggere og gjenopplevelser

En trigger er noe som vekker et minne og kan føre til en gjenopplevelse. Alt kan virke triggende. Lyder, lukt, situasjoner, relasjoner, farger, musikk, årstider osv. Når en person overveldes av gjenopplevelser blir det viktig å ha fokus på å komme tilbake til her og nå. Pusteøvelser og stabiliseringsøvelser blir viktig for å lære klienten å styre affektene og å få både hodet og følelsene koblet på (Weele, 2006, s. 144).

Uavhengig om en er klar til å forholde seg til minnene, og hvor de er i behandlingen vil en måtte forholde seg til triggere. Vanlig forsvarsmekanisme er å unngå situasjoner som kan virke triggende, men i det lange løp er det viktig å jobbe med triggere for å unngå isolasjon og ensomhet (Boon et al., 2011).

Å reise ut i verden kan by på mange situasjoner som kan være triggende og skape gjenopplevelser. Vanlig senvirkning etter traume er dårlig stimulusdiskriminering, og redusert terskel for å reagere på fryktstimuli. Vage likheter vil være nok til å oppfatte stimuli som i traume og skape en gjenopplevelse. Dette kan skje selv om konteksten er forskjellig (Axelsen, 2006). Gjennom behandlingen vil en med å jobbe med indre kontekstinformasjon om følelser og sansinger under traume og ytre kontekstinformasjon, som sted og situasjon, kunne bli mer bevisst på sammenhengen mellom emosjonelle reaksjoner som tilsynelatende kommer «ut av intet» og traumehendelsene. Derfor blir viktig terapeutisk arbeid å identifisere og diskriminere tiggere til påtrengende minner (Axelsen, 2006).

Å komme seg ut, eksponere seg for triggere, og jobbe med stabiliseringsøvelser for å komme tilbake til her og nå, er en viktig del av stabiliseringsarbeidet i traumebehandling (Boon et al., 2011). For ungdommer betyr det å gå på skolen og fungere i hverdagen.

For å kunne tåle mer av følelser og kroppslige reaksjoner må en øve seg på å oppleve følelsen minnet vekker. Det kan være sinne, skam, ensomhet, frykt. Disse følelsene aktiverer kroppslige reaksjoner som hjertebank, svette, kvalme, nummenhet osv., og en må arbeide for å forhindre at klienten handler automatisk på sin gamle måte når følelsene blir overveldende. Innøving av nye ferdigheter som kan tåle følelsene blir en viktig del av den første behandlingsfasen. Det å kunne trøste seg selv, stole på andre mennesker (terapeuten) og søke trøst hos venner er en viktig del av det å ta i bruk nye ferdigheter (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006a).

Ferdighetsutvikling innen affektregulering

En gjenopplevelse, enten i form av et flash-back eller under en dissosiasjon vil det bety at en blir tatt med tilbake i tid. Kroppen og følelsene blir med, og nåtid og fortid blir vanskelig å skille. Det å mestre å komme tilbake til nåtid blir en sentral og viktig øvelse i stabiliseringsfasen. I denne øvelsen er pusten svært sentral, men også sansene. Å beskrive det en sanser er viktig øvelse i terapirommet som kan ha god overføringsverdi ut av terapirommet som en egenøvelse. Det å legge merke til sin pust, hvor er den, hvordan puster jeg, og kan jeg kjenne pusten er gode øvelser.

Videre kan en aktivt bruke sansene for å legge merke til hvor en er og hva en ser. Noen har stor nytte av å kunne telle gjenstander eller si navnet på farger.

Gode øvelser som kan hjelpe til med å stabilisere seg er godt beskrevet i «Coping with trauma-related dissociation» og i boken « Trauma and the Body.» Ogden legger særlig vekt på dette hun kaller etablering av kroppslige ressurser (Boon, Steele, & Hart, 2011; Ogden et al., 2006).

- Syn. Se deg om i rommet og se etter en kjent og trygg gjenstand. Si navnet på gjenstanden høyt.
- Lyd. Lytt etter normale hverdagslyder og si til deg selv hva du hører. Si til deg selv; « Dette er normale lyder som hører hverdagen til. Jeg er trygg. Jeg er her.»
- Lukt. Ha med deg noe du kan like lukten av. Om en spesiell lukt har fått deg tilbake i minner vil en annen lukt du bærer med deg hjelpe deg tilbake i nåtid.
- Smak. Ha med en pastill eller en tyggegummi du kan konsentrere deg om å kjenne smaken på.
- Å kjenne på. Bruk hendene å kjenne på stoffet i stolen du sitter i, klærne dine, gni hendene sammen og kjenn varmen, krøll tærne i skoene og kjenn underlaget du sitter på. Kryss armene rundt deg og gi deg en sommerfuglklem mens du minner deg på at du er trygg nå.
- Pusten. Ta deg tid til å regulere pusten din. Under en dissosiasjon vil pusten kunne bli rask og i øverste del av lungene. Kjenn om du klarer å dra pusten inn gjennom nesa, godt ned i magen og slippe den langsomt ut gjennom munnen (Boon et al., 2011, s. 5-6).

Å etablere trygghet

En følelse av fysisk sikkerhet avhenger av kunnskap om at hendelsen ikke vil skje igjen, og innebærer at viktige grep må gjøres for å unngå det (Hart et al., 2006, s. 320). Å finne igjen fred og sikkerhet, holde og vedlikeholde grenser, gradvis gjenfinne bevissthet og oppmerksomhet, og bli kjent med kroppens reaksjoner og forsvar. Hjelp kroppen med kompetanse og erfaringer på positive reaksjoner for å trygge rammer og bygge opp igjen normale kroppslige reaksjoner (Ogden et al., 2006).

Det er vanskelig å jobbe med å stabilisere seg om faren for gjentakelser fortsatt er tilstede. Et barn som daglig utsettes for vold eller overgrep må fjernes fra hjemmet

før det kan bli trygt og stabilt. Utsettes en for mobbing vil en i en skolesituasjon ha en hjerne som alltid er aktivert for fare, og i kamp-flukt-freeze modus. Der for er det viktig å ta tak i det som skaper utrygghet og gjøre de grep som må til for å skape trygghet i livene til de som lever i fare. Et aktivt samarbeid med den kommunale barnevernstjenesten, og det å tørre å være bekymret, er viktige og nødvendige grep for oss som arbeider med barn og ungdom som sliter.

Å etablere et trygt sted inne i seg selv kan være til stor hjelp for de som ofte føler seg utrygge. Traumatiserte føler seg ofte utrygge både i egen kropp, i relasjoner med andre, i møte med terapeuten og ellers. Klientens følelse av trygghet må trenes på alle arenaer (Herman, 1992).

Den indre veggen er en metafor som brukes mye i stabiliseringsarbeid. Judith van der Weele beskriver denne metaforen i sin artikkel i boken «Dissosiasjon og relasjonstraumer» Den indre veggen skal hjelpe klientene å holde en viss avstand til smerten og bruke veggen aktivt til å skille mellom fortid og nåtid. Metaforen forenkler målet for tidligfasebehandling, og hjelper klienten å øke funksjonsnivå ved at en opplever å øke avstanden til smerten og makter å leve i nuet. Veggen blir svært tynn når en er syk, stresset, ruset eller utsettes for fare. På den andre siden kan en bygge en sterk vegg med å være trygg, oppleve gode opplevelser, god søvn, nok mat, det å nå sine mål som f.eks. skolen (Weele, 2006, s. 138).

3.1.6 Psykose vs. dissosiasjon

Psykose har tradisjonelt vært beskrevet som en lidelse som innebærer f.eks.vrangforestillinger, hallusinsjoner, desorientert tale, og kataton atferd. En har forklart dette utfra biologiske og genetiske faktorer, men i de senere år har det vært mer fokus på psykose i etiologi og miljømessige faktorer. En ser en sterkere relasjon mellom tidligere antatt barndomstraumer og utviklingen av psykose (Klæth, 2009). Det beskrives et paradigmeskifte innen tradisjonell tenkning i psykosefeltet, da psykotiske symptomer er høyt korrelert med barndomstraumer og andre dissosiative symptomer i kliniske utvalg. Artikkelen beskriver hvordan 50 % av de som lider av schizofreni eller schizoaffektiv lidelse har komorbide dissosiative symptomer. Det kan være en indikasjon på at traumeutsatte utgjør en risikogruppe for utvikling av disse lidelsene (Klæth, 2009). Videre beskriver artikkelen flere funn som viser at en større del av psykosepasienten har vært utsatt for seksuelle overgrep og fysisk

mishandling. Disse funn gjør at forståelsen for psykoser må utvides og en må tenke på behandlingsmetoder som passer for pasienter med psykoselidelser som er utsatt for overgrep, og særlig tiltak innen tidlig intervensjon. Kritikken til denne debatten er det er basert på lite utvalg, det er ikke kontrollert andre variabler og mangler etiologisk kraft, da psykotiske symptomer alltid vil være knyttet til personens utviklingshistorie (Klæth, 2009). Artikkelen påpeker viktigheten med at terapeutene må bli flinkere til å spørre etter opplevde traumer, og spørsmål om misbruk bør inngå som rutine (Klæth, 2009).

3.1.7 Nevrobiologi og forståelsen av traumer.

Nevrofysiologisk forskning har i de senere år gitt oss ny kunnskap om mental helse og kunnskaper om traumer. Studier av hjerner har vist seg at mangel på nærhet og omsorg i tidlig alder kan gi vesentlige avvik i volumet på flere steder i hjernen. Det er også påvist at hjernen påvirkes av psykoterapi og at den er plastisk. Denne kunnskapen er derfor viktig i forhold til hvilken behandlingsmetode som blir viktig å bruke på traumatiserte (Blindheim, 2008).

Amygdala har en sentral rolle i hjernen. Den fungerer som hjernens alarmsentral for sensorisk informasjon, og alt som kan innebære en trussel for personen. Den antas å være delvis preprogramert via evolusjonen og delvis lært via erfaringer. Amygdala sender videre informasjonen til hippocampus og hypotalamus og videre til HPA-aksen. HPA – aksens fører til en kompleks kjede reaksjon med utskillelse av hormoner, særlig kortisol, som respons på aktivering av det limbiske system. Dette gjør personen klar til kamp. Hippocampus tar imot og sender informasjon, og diskriminerer for å hjelpe å differensiere mellom stimuli som farlig eller ikke. Cortex har som funksjon å bremse stress-reaksjoner og regulere emosjoner. Dette skjer fort, og har en klar overlevelsesfunksjon. Konsekvensen for de som har vært utsatt for traumer er at amygdala husker det den skal, og reagerer på alt som minner om det som en gang var truende. Amygdala må gå gjennom ny læring for å respondere annerledes, og det betyr at terapi ikke vil kunne dempe angstreaksjonene som følger av amygdalas respons. Nyere forskning viser at under eksponering ikke avbetinges gammel læring men skaper ny konkurrerende læring (Blindheim, 2008).

3.1.8 Hvordan påvirkes læringssituasjonen?

Problemene kan vise seg i skolesituasjonen, da traumatiserte ungdommer vil kunne slite med konsentrasjonen. En kropp som er i kampmodus har en hjerne som er forberedt på kamp og er ikke i innlæringsmodus. Skolen er likevel viktig fordi den representerer normaliteten og hverdagen. Traumatiske hendelser kan likevel ødelegge skolehverdagen fordi den kan påføre ungdommen påminnere som igjen kan ødelegge skoledagen. Dører som smeller, høylytt krangel, store folkemengder, emosjonelle situasjoner, lukt, lyd, ord, relasjoner og mye annet kan frembringe minner og reaksjoner. Situasjoner som igjen kan utløse sinne, flukt, stillstand og dissosiasjon. Er hjernen i beredskap, er cortex er skrudd av, og ingenting bremser reaksjonene. Ungdommene er i forsvarsberedskap, og er ikke i stand til å være i samspill med andre, ta inn lærdom eller korrigerer sin atferd etter anmodninger fra en lærer. I praksis vil dette bety, som i terapi, at ungdommen må stabiliseres og reguleres inn i sitt toleransevindu og være tilbake til her- og- nå før endring i atferd kan finne sted og læring kan skje (Weele, 2011).

Per Isdal skriver i sin artikkel «Blinde for voldens konsekvenser» om forskningen på barn som er utsatt for fysisk avstraffelse gjort i USA av Murray A. Straus. Resultatet av denne forskningen viser at barn som er utsatte for vold ikke bare sliter med vold og atferdsproblemer på skolen, men også nedsatt intelligens(IQ). Dårligere skoleprestasjoner og nedsatt IQ er et dramatisk bevis på at fysisk avstraffelse av barn er skadelig. Dokumentasjonen viste at barn utsatt for fysisk avstraffelse hadde i gjennomsnitt 5 IQ-poeng lavere enn barn som ikke ble fysisk avstraffet. Staus ser også på resultater i land der fysisk avstraffelse er forbudt, og ser at barns IQ tester er langt høyere i land med dette forbudet, enn i land der vold mot barn fortsatt er lovlig. Straus forklaring på at IQ er lavere er usikkert, men det påpekes at stress, som kan være vanlig hos barn utsatt for vold, skiller ut stresshormon i hjernen som kan påvirke hjerneutviklingen generelt, særlig konsentrasjon og hukommelse. Krenkede/straffede barn kan også ha dårligere selvtillit og være usikker på egne prestasjoner (Isdal, 2011).

Det amerikanske nasjonale nettverket for barn med traumatiske stresslidelser viser til mange studier der kognitiv fungering er dårligere hos barn utsatt for misbrukende foreldre og neglisjerende foreldre allerede i småbarnsalder. Forsinket språkutvikling,

manglende språkuttrykk og forståelse i tillegg til lavere IQ. Dette får følger for skolegang og karakterer. Senere i ungdomstiden er de oftere diagnostisert med PTSD og andre relevante diagnoser. De svekkede evner til presentasjon og utførelse av oppgaver, konsentrasjon, evne til abstrakt tenkning og ferdigheter til å løse oppgaver, og sannsynligheten for at de dropper ut av skolen er større. Artikkelen henviser til studier av barn som har opplevd fysisk og psykisk misbruk, seksuelle overgrep, neglekt og eksponering for familievold. (www.NCTSNet.org)

3.1.9 Om resiliens

Resiliens handler om å klare seg bra på tross av både erfaringer og opplevelser med risiko. Resiliens handler om å forstå hva som utgjør forskjellen på de som klarer seg og de som ikke gjør det. Den handler om prosessene som involverer samspill mellom individ og miljø. Resiliens er av Anne Inger Helmen Borge definert som:

«Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik.»

(Bekkhus, 2012).

I diskusjonen mellom arv og miljø kan en si at den genetiske sårbarheten er var for å bli «skrudd på» i miljøet. Derfor er et viktig å forstå at gen og miljø interaksjon. Det er av stor interesse å se under hvilke genetiske betingelser miljøfaktorer kommer til uttrykk. Det er gjort forskning på dette fenomenet i de såkalte «tvillingsstudier». Der fant man ut at dersom foreldre mishandlet barn som var arvelig belastet for antisosial utvikling, førte mishandlingen til utvikling av antisosial atferd. Motsatt så en at en kunne forebygge utvikling av antisosial atferd ved å forebygge mishandling (Bekkhus, 2012).

I resiliens og risikoforsking ser en at effekten av en risiko er liten, og at det er en sammenheng mellom flere risikofaktorer som får konsekvenser for utviklingen hos barn. Familiens betydning står sterkt i denne forskningen, og konflikter og psykisk sykdom i familien har gitt viktige forklaringer på barns atferdsproblemer. Hvilke barn som er resiliente er, ifølge forskningen, avhengige av tre forhold:

- 1 Positive personlige kvaliteter hos barnet. Normal intelligens, sjarm og positive trekk som tiltrakk seg andre.
- 2 Evner til å knytte følelsesmessige bånd til andre mennesker. For eksempel besteforeldre eller andre enn foreldrene.
- 3 Tilgang på ytre støtteapparat. (Skole, barnehage, kirke, samfunn)

Mye tyder også på at de som klarer seg godt ofte har en betydningsfull annen person utenom primæromsorgsgiver (Bekkehus, 2012).

Skole, barnehager og andre steder hvor mellommenneskelige relasjoner utspiller seg er viktige beskyttelsesfaktorer for barn som vokser opp med vold og konflikter i hjemmet. Evnen til å kunne knytte seg til andre mennesker blir avgjørende for videre utvikling, og en så at denne type forskning var en viktig motpol til all elendighetsforskning. Det er mye som tyder på at det går bra med mange, og at det å være gode medmennesker er viktig i enhver sammenheng hvor en befinner seg i et samspill med andre mennesker (Bekkehus, 2012).

3.1.10 Om søvnforstyrrelser ved traumer

Søvnforstyrrelser og mareritt er svært vanlige symptomer etter traumatiske hendelser. Når man har levd i fare eller frykt tar det tid før kroppen er klar for hvile. For noen vil natten og sengen være forbundet med mange dårlige minner. Vanlige søvnproblemer er at noen strever med å sovne, noen våkner lett og noen sover kort (Weele & With, 2008, s. 31).

Mareritt er også vanlig, og en vanlig årsak til at mange traumatiserte gruer seg for natten og søvn. Mareritt kan forekomme i alle søvnfaser, og man husker ikke alltid hva de handler om. En kan våkne utslitt og stiv i kroppen. Mareritt kan sees på som sjelens forsøk på å skape mening i det som har skjedd, og i noen kulturer tenker en at det er djevelen eller onde ånder som kommer med marerittene. God søvnhygiene og kveldsritualer med ro kan dempe mareritt (Weele & With, 2008).

Søvn er også en viktig del av stabiliseringsarbeidet i fasebehandlingen av traumer som Herman var en av de første å beskrive (Herman, 1995).

3.2 Tilknytning, regulering og relasjoner

Når jeg velger å skrive om tilknytning og regulering er det fordi det i denne sammenhengen kan gi en forståelse av nettopp det Sivle skriver i sin sang om mors song som stogga gråten. Som nyfødte barn er vi avhengige av å bli regulert, og i dette samspillet utvikles vi i tilknytning til omsorgspersoner, og etter hvert reguleres egne behov. Når denne tilknytningen mangler, eller vi utsettes for påkjenninger som får følger for følelsesreguleringen vil dette ha betydning for vår psykiske helse. Å mestre sine egne følelser og ha kontroll er en viktig egenskap for å fungere i alle mellommenneskelige relasjoner og i samfunnet for øvrig. Det er derfor det er viktig å fungere i hverdagen, og skaffe ungdommer som strever nok verktøy og kunnskaper til å hjelpe seg selv. Dette kapittel vil gi en større forståelse av hva affektregulering innebærer i et teoretisk perspektiv, videre vil jeg gå inn på tilknytning og tilknytningsmønstre slik Ainsworth har beskrevet dem. Til slutt vil jeg skrive litt om venner og venners betydning for ungdom, som en affekt,- og tilknytningsfaktor.

3.2.1 Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling

Peter Fonagy har i sin grunnforståelse innen psykoanalysen og utviklingspsykologi og har en betydelig rolle i dette miljøet internasjonalt. Hans definisjoner på affektregulering og mentalisering er sterkt knyttet til forståelsen av selvets utvikling, og knytter blant andre Sigmund Freud , Daniel Stern, Anna Freud og John Bowlby inn i disse teoriene. Fonagy sier at studier av representasjon av bevisste mentale tilstander kan ha ganske komplekse strukturer (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, & Bonnevie, 2007, s. 15). Det skjer en prosess der forståelsen av selvet som mental aktør oppstår ut fra interpersonelle erfaringer, med særlig betydning på primær-objektrelasjoner. Mentalisering omfatter både et selvreflekterende og interpersonelt aspekt. Sammen setter de barn i stand til å kunne skille mellom indre og ytre virkelighet og intrapersonelle mentale og emosjonelle prosesser, og interpersonell kommunikasjon. Det er en struktur som i følge Fonagy som avhenger av at samspillet mellom barn og voksne som er mentalt modne personer, og kan være vennligstemte og reflekterte ut fra barnets behov (Fonagy et al., 2007, s. 16). I denne fremstillingen utgjør affektregulering forstadiet til mentalisering, men at det først kan skje en forandring av affektreguleringens karakter når mentaliseringsevnen er utviklet.

Begrepet **affektregulering** kan forklares utfra en form for tilpasning av affekttilstander og mer sofistikert affektregulering hvor affekter brukes til å regulere selvet. Begrepet **mentalisert affektivitet** betegner en moden evne til å regulere affekter og evnen til å erkjenne de subjektive betydninger av ens egne affekttilstander (Fonagy et al., 2007, s. 16).

På spørsmålet om hvilke aspekter av miljøet som er avgjørende for en sunn utvikling av selvet påpeker Fonagy at både Sterns beskrivelser av samspillet mellom barn og foreldre, samt Freuds tanker om at barnet utvikler selvet i det at selvet oppfatter andre som en forlengelse av seg selv, kan gi forståelse av dette spørsmålet. Avstemte samspill mellom barnet og foreldrene innebærer ofte affektspeiling hvor omsorgspersonen etterligner med mimikk og stemme barnets fremstilte følelser. På denne måten skjer en demping av følelsene, barna blir følelsesregulert. Jmf. å stogga gråten. Foreldrenes affektspeiling er avgjørende for utviklingen av evnen til affektregulering (Fonagy et al., 2007, s. 18).

Affektregulering er gjenstand for flere synspunkter og teoretiske tilnærmelser. Ulike synspunkter kan bunne i ulike filosofiske, psykologiske og nevrobiologiske forståelsesmodellene. Den russisk-amerikanske psykologen Abraham Maslow er kanskje mest kjent for sin behovspyramide, men i denne sammenhengen er hans teorier som ligger til grunn i denne pyramiden svært sammenfallende med en traumeteoretisk og tilknytningsteoretisk forståelse. Maslow er opptatt av at om de grunnleggende fysiologiske behov som søvn, mat, varme ikke er tilfredsstillt vil de fullstendig dominere mennesket, og andre behov vil ikke kunne la seg tilfredsstillte. De psykologiske behov for trygghet, beskyttelse, kjærlighet/tilknytning, med påfølgende respekt og aktelse følger i hans pyramide og på toppen behovet for det Maslow kaller selvaktualisering. Noe av det Maslow påpeker er at for at barn skal kunne utvikle seg på en sunn og normal måte må de i det første leveår ha fått tilfredsstillt de grunnleggende behov. Maslow ønsket ikke at behovshierarkiet skal bli oppfattet som klart atskilte trappetrinn, men at en ser på den psykologiske utviklingen som en rekke bølgebevegelser der behov er forskjellige og gradvis forandres (Evenshaug & Hallen, 1989, s. 123-132).

3.2.2 Tilknytningens betydning for psykisk helse

Det har i de senere år blitt integrert kunnskaper om traumepsykologi og utviklingspsykologi slik at vi nå har fått nye begreper for å forstå komplekse traumer hos barn (Braarud, 2011). John Bowlby (1969) utviklet den teoretiske referanserammen til tilknytning mellom foreldre og barn ved å integrere tre teorier; etologi (læren om dyreartenes utvikling og overlevelse), psykodynamisk og systemorientert teori (Killén, 2007). Tilknytning er blitt studert over hele verden, og av flere profesjoner. I dag knyttes også hjerneforskning og traumeforskning opp mot tilknytning, noe som gjør det mulig å se sammenhengen mellom barns utvikling i samspill, ikke bare med foreldre med også i andre nettverk (Killén, 2007).

Barn knytter seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan denne behandlingen er. Dette handler om overlevelse. Følelsesmessige samspill er avgjørende for utviklingen av ulike tilknytningsmønstre. Tilknytningen fokuserer på et atferds system som er forankret i biologien (Killén, 2007).

Sosialt samspill, tilknytning og utvikling av selvregulering er begreper om henger sammen. De viser til at disse fenomener ofte er funksjoner for hverandre og vi kan se at gjentagende samspillserfaringer påvirker kvaliteten på tilknytningen og utviklingen av selvreguleringen. Selvreguleringen er en sentral utviklingsoppgave hos barn, og den omfatter kontroll over emosjoner, kognitive prosesser, fysiologiske og relasjonelle prosesser som integreres gjennom målrettet aktivitet. Når dette fungerer lærer barnet at omsorgsgiver er en trygg havn, der gis trøst, hvile, mat og beskyttelse. I denne prosessen lærer også barnet hvordan det kan regulere ned intense følelser gjennom nærvær av støttende omsorgsgivere. Etter hvert når barnet har internalisert en trygghet for at behovene blir ivaretatt har det også ervervet en viktig stressregulerende emosjon. I følge NOVA s undersøkelse viser det seg at 11% av alle norske ungdommer har blitt utsatt for grove seksuelle overgrep, 8 % har opplevd grov vold fra en foreldre og det er videre anslått at 200000 barn lever under forhold som innebærer rus og psykisk syke foreldre. Kompleks traumatisering kan sees på som vold mot det gode samspill. Å leve med frykt hver dag, overlatt til seg selv og uten noen til å regulere egen atferd og emosjoner fører til svekkede selvregulerende ferdigheter (Braarud, 2011).

3.2.3 Trygg tilknytning

Tilknytningsatferd kan observeres når barnet opplever utrygghet. Det kan observeres i atskillelser og gjenforeningssituasjoner, barnehage, skole, SFO, helsestasjon og lege (Killén, 2007).

Ainsworth m.fl. forsket på og utviklet metoden « Strange situation» for å undersøke kvaliteten på tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonen. Senere har det blitt gjort flere forsøk på dette, mest på samspillet mellom mor og barn. Undersøkelsene viser at trygge barn er mer autonome, mindre avhengige og bedre i stand til å regulere sine følelser. De har sjelden atferdsproblemer, og evner å knytte varme og nære vennskapsforhold. Det trygt tilknyttede barn vil søke nærhet ved utrygghet, og viser stor glede ved gjenforening med omsorgsperson. Barn som er trygt tilknyttede har i følge undersøkelsene mødre som er mer sensitive for sine barns signaler og responderer på disse. Norske undersøkelser viser at ca 50 % av norske barn er trygt tilknyttede (Killén, 2007).

3.2.4 Utrygg/ ambivalente og desorganiserte tilknytninger.

Barn med en utrygg-unnvikende tilknytning viser påfallende unnvikelse ved gjenforening med omsorgsgiver. Ambivalensen viser seg ved å søke nærhet ved fare for så å skyve tilknytningspersonen vekk. Barn med en utrygg tilknytning har vist seg å ha mødre som er uforutsigbare og derfor har en uforutsigbar måte å møte sine barns behov på. Dette kan skape negative forventninger, og vedvarende mangel på sensitiv stimulering skaper en utrygg unnvikende tilknytning. Barn som har en desorganisert tilknytning viser at de mangler en strategi på å skaffe seg tilgang til tilknytningspersoner. De kan vise en fiendtlighet og hjelpeløshet, og det er funnet ut at ekstremt insensitive eller voldsomme tilknytningspersoner kan utløse dette (Killén, 2007).

Når påkjenningene traumer fra nære personer gir, blir smertefulle og varer over tid, kan dissosiasjon bli en løsning på det uløselige dilemmaet mellom det å ha behov for tilknytning og behov for å beskytte seg (Benum, 2006, s. 22). Traumatiske påkjenninger fra nære personer skaper ikke bare smerter men også problemer med utviklingen av den mentale og relasjonelle kapasiteten man trenger for å regulere stress og affekter. Begrepet relasjonstraume er godt dekkende for traumer påført av

nære personer, som for eksempel vold, overgrep og neglect. Tilknytningstraumer er mer dekkende for de som opplever manglende omsorg og ivaretagelse fra spedbarnsalder (Benum, 2006, s. 25).

3.2.5 Vennskap og relasjoner

Viten om vennskap er nyttig kunnskap for oss som jobber med ungdommer, både i terapissammenheng og skolesammenheng. Dagens barn begynner tidlig i barnehagen, og en kan nå studere barns sosiale ferdigheter på et tidlig tidspunkt.

For å kunne mestre å leke sammen med jevnaldrende må seks sentrale følelsesmessige, atferdsmessige og intellektuelle ferdigheter være på plass. Evnen til felles oppmerksomhet, kunne regulere følelser, hemme impulser, å imitere andres handlinger, forstå sammenhengen mellom årsak og virkning samt å ha en språkkompetanse (Borge, 2009). Vennskap kan også ha to sider, både en god og en dårlig. Disse kan forklare ut fra to perspektiver, sosiale bånd og sosial interaksjon. På den ene siden kan vennskap bidra positivt til følelsesmessige, kognitive, skole og atferdsmessige funksjoner, mens på den andre siden kan bety å søke risikoatferd. Det finnes også typiske venninne dyader med flere sider. Typiske venne dyader er bygget på intimitet og tillit. Å gruble sammen kan føre til at om en betror negative hendelser og erfaringer over tid blir grunnlaget for vennskap svekket og konflikter oppstår. Grublingens negative effekt kan også bidra til en depressiv følelse da de deler en ensidig oppfatning av hverandres problemer og negative følelser. Økt depresjon hos ungdom kan være et resultat av dette. Grubling sammen kan også ha positive effekter, da dette styrker bånd mellom venner (Borge, 2009). Det å skaffe seg venner er viktig, og mange foreldre bekymrer seg om barnet deres er sjenert og sky. Undersøkelser viser at sosial sjenanse ikke har negativ innflytelse på det å mestre kommunikasjon med andre. Godt språk beskytter mot isolasjon og prososial atferd bidrar til popularitet. Dårlig jevnaldningsrelasjon har sammenheng med dårlig selvbilde. Dette kan føre til avvisning, ensomhet, sosial angst og tilbaketrekning (Borge, 2009). Kvaliteten på relasjoner er viktig ikke bare i vennskap, men i alle mellommenneskelige relasjoner. For ungdommer som sliter med betydelige relasjonelle traumer blir denne faktoren ekstra stor og viktig.

Når vet vi da at relasjonen er god? Laila Granli Aamodt tar for seg en undersøkelse i artikkelen "En forskjell som gjør en forskjell, den gode relasjon i et etisk perspektiv",

om relasjon og begrepene likeverd og anerkjennelse. Aamodt er opptatt av forholdet mellom den Andre som subjekt og objekt. Når en som hjelper berøres av den Andre, viser interesse, anerkjenner, samarbeider skaper tillit og treffer hverandre som mennesker mener Aamodt at da blir den Andre et subjekt. Ved å opptre som en profesjonell, med det å være distansert, saklig og nøytral blir forholdet til den Andre mer som et objekt forhold. Aamodt stiller spørsmål ved denne teknisk-instrumentelle måten å hjelpe på, der klienten er et objekt som vi skal gjøre noe med. Krav om dokumentasjon, evidens og effektivitet, flere tiltaksmålinger, inntjening osv, er med på å forsterke objekt-synet på den som mottar hjelp. Aamodt skriver i sin artikkel om to viktige begreper som representerer grunnholdningen i en relasjonsskapende prosess. Likeverd og anerkjennelse. Med likeverd snakker hun om menneskets likeverd, at en ikke kan gjøre mot andre noe andre ikke kan gjøre mot oss. Det er viktig å utvise holdninger og handlinger som viser anerkjennelse og respekt for den Andre, og som understreker det unike i hvert menneske. Med anerkjennelse mener Aamodt det som ligger i det å gi ros, aktelse, respekt eller påskjønnelse. Anerkjennelse gir økt selvtilit og selvfølelse, og tap av anerkjennelse det motsatte. Anerkjennelse er noe en ikke kan tilføre seg selv eller kjøpe, men det kan kun formidles i en relasjon. Det er viktig å understreke at anerkjennelse ikke kan gis under tvang eller kamp. Den er spontan og betinget av frihet. Med andre ord kan ikke anerkjennelse være et mål eller en konsekvens. Anerkjennelsen må skapes i relasjonen (Aamodt, 2002).

Heltne, Dyregrov og Raundalen skriver i sin rapport om ungdommers erfaringer med hjelpeapparatet, at målrettet behandling med behandlere som tok seg tid til å bli kjent, og skapte en god relasjon, var av stor betydning. Mange ungdommer sliter med å etablere og vedlikeholde en relasjon til behandler, og tolerere at behandlingen vekker emosjonelt ubehag. Behovet for langvarig kontaktetablering for å få hjelp til å stå i emosjonelle ubehag blir viktig. Rapporten understreker viktigheten av at de som skal stå i en slik relasjon med ungdommen er godt skolert, og har stor kompetanse på området (Heltne, Raundalen, & Dyregrov, 2006, s. 47-49).

En god relasjon mellom hjelper og hjelpesøker kan være av stor betydning for å skape endring. I Torbjørn Andersens artikkel « Vegskifte, det kvalitative forskningsintervju som ideal for den profesjonelle samtalen» trekker han frem en overskrift fra Hubble kalt «The Big Four», som tar for seg forskning på hva som virker

i terapi. Der beskrives at kvaliteten på relasjonen står for 30 % av faktorene som betyr mest. 40 % kan tilskrives det klienten selv bringer med seg til terapien, av egen motivasjon mm. Terapeutisk teknikk og tilnærming får begge 15% hver. Det finnes over 400 psykoterapeutiske retninger, og alle hevder å ha grunnlag i vitenskap. Det er derfor viktig å ha noen tanker om hva som virker i terapi (Andersen, 2008).

3.3 Om dysregulering av følelser

Affektregulering kan forstås som en balanse mellom positiv og negativ affekt, der affekt som ikke kan reflekteres over (mentaliseres) virker desorganiserende på selvet (Fonagy, 2002). I sammenheng med det jeg tidligere har beskrevet om tilknytningsteorier, og at evnen til selvregulering er avhengig av omsorgspersonens evne til å regulere barnet sitt kan en se at affektregulering, evnen til selvregulering og dysregulering som noe som henger sammen.

Det er nødvendig i denne sammenheng å nevne dysregulering i en oppgave som handler om regulering av følelser. Dysregulering er ikke en metode, men snarere en løsning på en uutholdelig smerte.

Ungdommer som har utført selvskading har ofte mange motiver for handlingen. Det å ville dø er tilstede i stor eller mindre grad. Selvskading er hyppig forekommende og ofte oppgis det problemer med å regulere følelser som angst, fortvilelse, sinne eller opplevelse av kaos eller dissosiasjon. Det vi vet gjennom forskning og klinisk erfaring gjør at det i dag er vanligere å forstå selvskading som et forsøk på å lindre og regulere intense og smertefulle følelser (L. Mæhlum, Holseth, Kristin 2009, s. 760).

3.3.1 Selvskading

Selvskading er sammensatt og ikke et entydig klinisk fenomen. Selvskading er atferd og kan være utrykk for mange sosiale og kulturelle fenomen. En kan skille mellom «direkte selvskading» og «ikke direkte selvskading» Den siste gruppen består av flere destruktive kroppspraksiser som røyking, rusmisbruk, spiseforstyrrelser, risikoatferd, tatoveringer, piercing, dekorative arr og ødeleggende relasjoner (Sommerfeldt, 2009). Jeg vil i oppgaven si noe de selvskadingsmetoder vi ser mest av i den kliniske hverdagen som spiseforstyrrelser og direkte selvskading. De andre former for ikke direkte selvskading vil ikke bli videre tematisert her.

Direkte selvskading betyr at man påfører kroppen sår, smerter og skader. Eksempler kan være kutting, intox, rive av seg hår og hud, svelge glass mm. De siste år har det vært vanlig i klinisk praksis å bruke begrepet «villet egenskade». Denne definisjonen utelater de som tidligere ble betraktet som parasuicide, men med begrepet «villet» legger en til en handling som er utført med vilje (Sommerfeldt, 2009).

Det er flere grunner til at forskning på forekomst av selvskading er vanskelig. Mange definisjoner på fenomenet, risiko for underrapportering da mange skjuler dette, samt at rusmisbruk som selvskading ofte ekskluderes. Det er likevel holdepunkter for å kunne dokumentere at impulsiv selvskading i befolkning og klinisk populasjon har økt. Ut fra definisjonen på villet egenskade fant man ut at 6,6 % har skadet seg siste år, med en kjønnsforskjell på 10,2% jenter og 3,1% gutter. Fokus på fenomenet i populærkulturen gjør at samtaler om selvskading legitimeres og gis et språk som kan fungere som smittebærer (Sommerfeldt, 2009).

Det er noe vitenskapelig belegg som sier at omsorgssvikt i barndommen kan ha negative konsekvenser for senere utvikling av selvskading, da dette ofte medfører emosjonell dysregulering som er en risikofaktor for selvskading. Andre risikofaktorer for utvikling av selvskading er seksuelle overgrep, incest, tap og separasjon i barndommen og kvaliteten på tilknytningsbåndene i foreldre-barn relasjonen (Sommerfeldt, 2009). Dette er faktorer som det i denne oppgave også er beskrevet som faktorer som kan gi traumelidelser.

Selvskading som funksjon er i vitenskapelig litteratur beskrevet med flere funksjoner. Affektregulering, konkretisering av følelser, flukt fra ubehag, hjelp til tankekaos, selvstimulering, straff, hevn, ydmykelse, flukt fra dissosiasjon og kommunikasjon. Gjennom undersøkelsen i denne studien finnes det også ut om selvskading er en måte ungdommer i traumebehandling regulerer seg på, og om denne beskrivelsen av funksjon stemmer med virkeligheten og ungdommenes erfaringer.

3.3.2 Selvmordsatferd

Personer som er overfølsom for negative livshendelser, er affektlabile og impulsstyrt har betydelig overhyppighet av selvskading og er ofte i behov for akuttbehandling. Suicidal atferd, eller selvmordsatferd er beslektet med selvskading da det kjennetegnes med vansker med affektregulering og impuls kontroll, varierende

selvbilde og ustabilitet i forholdet til andre mennesker. I denne sammenheng er det ikke bekymringen rundt dødsfaren dette handler om men den selvdestruktive impulsiviteten. Denne gruppen har behov for en behandling som rommer denne atferden som i stor grad krever andre verktøy for affektregulering (L. Mæhlum, Jensen A. I, 2006, s. 2646).

Diagnostisk forekommer kronisk suisidalitet hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, samtidig som rusmiddelbruk og tidligere traumatisering er vanlig. Hovedutfordringen i denne gruppen er at de grunnleggende problemene er av langvarig natur.

Grunnen til at jeg bringer dette inn i denne oppgaven er nettopp at ungdommer med hyppige innleggelser i akuttinstitusjoner ofte innehar denne problematikken, og at det i skolehverdagen deres ofte er mye bekymring rundt dette. Forståelsen av denne problematikken er nært knyttet til traumeproblematikken, og således en aktuell situasjon å forholde seg til i denne oppgaven.

3.3.3 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser defineres som «ikke direkte selvskading». Funksjonen og forståelsen av fenomenet er det samme som ved selvskading, og blir en atferd som kan bidra til kontroll og mestring. Også her vil traumatiske erfaringer som barn bidra til kronisk hyperaktivering som øker risiko for følelsesmessig dysregulering (Sommerfeldt, 2009).

En finner også innen spiseforstyrrelser individuelle forhold, som personlig sårbarhet og andre forhold som kan knyttes til risikofaktorer. «Perfeksjonisme», er unikt relatert til anorexia nervosa, mens premorbid overvekt, lite venner og negativ selvevaluering kan knyttes til både anorexia og bulimia nervosa. Overgrep predikerer allmenn psykiatrisk morbiditet og sårbarhet for utvikling av spiseforstyrrelser. Det er ganske entydig sammenheng mellom psykologisk omsorgssvikt og et avvikende forhold til mat og kropp (Alvorlige spiseforstyrrelser, 2000, s. 9).

Spiseforstyrrelser kan være en bevisst måte å undertrykke følelser på, eller et forsøk på å øke autonomi og mestring i en vanskelig livs,- eller familiesituasjon. De fleste med spiseforstyrrelser klarer ikke å åpne opp for avstengte følelser eller finne andre

alternativer for den dysfunksjonelle mestringsstrategien og innser sjelden at det kan føre til alvorlige helseskader (Alvorlige spiseforstyrrelser, 2000, s. 10).

Spiseforstyrrelser blir ikke videre omtalt i denne oppgaven, da behandling av fenomenet er omfattende og ikke det denne oppgaven skal omhandle. Det nevnes her for at det skal belyse sammenhengen mellom omsorgssvikt, overgrep og påførte traumer som fører til dysregulering av følelser, noe denne oppgaven handler om.

3.4 Oppsummering

Kunnskapsforståelsen om traumer har utviklet seg stort siden Janet og Freud studerte hysteriske kvinner. Deres banebrytende tanker om at det kunne skyldes tidligere hendelser, og dagens viten om traumers påvirkning av kroppen, og hva som faktisk skjer i kropp og hjerne, viser at de i stor grad var inne på rett spor. Kunnskapen om det som skjer i hjernen gjør det lettere å forstå hvorfor reaksjonene er som de er, og hvorfor atferden blir endret etter traumatiske hendelser. Med moderne forskning om affektregulering og utviklingspsykologi kan en trekke trådene sammen og få en dypere forståelse av følelsesbegrepet. Traumefeltet er i stadig utvikling, og kunnskapen vi har om dette feltet er viktig å spre, både til de som sliter, men også til lærere og utdanningsinstitusjoner. Den viktige debatten knyttet til diagnoser, og særlig behovet for en egen diagnose for komplekse PTSD, minner oss på hvor viktig det er å forske på dette området for å skaffe oss en bedre forståelse for mestringsstrategiene til alvorlig traumatiserte, misbrukte, vanskjøttede og forsømte barn som vi til daglig omgir oss med. Kunnskaper om dissosiasjon som en strategi mot vanskelige følelser er kunnskap som bør bli allemannseie. Utøya og terroren den 22.07.2011, ga oss mye informasjon om traumer og ettervirkninger av grusomme hendelser som er nyttig kunnskap innen alle slags typer traumer og som forhåpentligvis åpner for en større forståelse blant folk om disse lidelsene.

Det er i dag også mye som tyder på at psykose-feltet har oversett tidligere traumatiske hendelser slik at spørsmålet om det handler om dissosiasjon eller psykose har oppstått. Forskning viser at en stor andel av psykosepasientene er utsatt for vold eller overgrep i barndommen.

Betydningen av gode relasjoner, og å inneha resiliens-faktorer blir viktige faktorer for å mestre hverdagen for ungdommer i traumebehandling. Tilknytningsmønsteret i

barndommen blir avgjørende for behandlingsprosessens effekt. Skadelige tilknytningsmønstre i barndommen kan i seg selv skape traumer, men også gjøre det vanskelig for ungdommen å regulere seg, og derfor få problemer med å bli bedre etter traumer. Graden av tilknytningssskade blir avgjørende for graden av bedring. Det er tankevekkende at i et klasserom vil 50% av barna ikke være trygt tilknyttede, og noen av disse er kanskje i den dårligste tilknytningskategori.

Det å kunne regulere følelser og stabilisere seg når påtrengende minner dukker opp er en viktig egenskap og faktor for både videre behandling med det å komme seg videre i livet. Med dagens viten om det som skjer i hjernen under en påminner eller trigger kan en legge til rette og finne metoder som kan hjelpe ungdommen i å mestre livet i faser hvor påminnere og triggere er slitsomme.

4 METODE

4.1 Forskningsrammen og begrunnelse for metodevalg.

I dette kapittel vil jeg redegjøre for valg av forskningsmetode. I denne undersøkelsen vil jeg søke etter menneskelige erfaringer, og da må jeg på innsiden av dem for å finne svar. Med et innenfra perspektiv må en ta med seg den subjektive opplevelsen, og forsøke å tolke denne i forhold til den teori og kunnskap en har om emnet.

Moderne psykiatri har en utpreget eklektisk tilnærming, og en finner stor vilje til å bruke mange metoder, og de bruker metodene om hverandre i et gjensidig samspill. I tidligere tider var psykiatrien mer tuftet på medisin og tradisjonell naturvitenskap, men Freuds viktige banebrytende arbeid som bragte samtalen inn i feltet fikk psykiatrien til å utvikle seg i en mer humanistisk retning. I dag kan vi si at psykiatrien befinner seg i skjæringspunktet mellom naturvitenskap og humaniora, og som forsker på dette feltet blir det viktig å benytte seg av den vitenskapelige metoden som vil frembringe svar på det som det spørres etter. Som innenfra forsker blir det viktig både å inneha kunnskaper om emnet men også å ha evner til å samtale med mennesker i sårbare situasjoner. Som traumeterapeut håper jeg å inneha de egenskapene som trengs i samtalene for at jeg kan få svar på det jeg lurere på.

Det psykiske helsevern har vært dominert av en naturvitenskapelig forståelse. Diagnosesystemet og den medisinske behandlingen fremmer dette. Det biokjemiske perspektivet med årsak-virknings fokus har hatt en sentral rolle, men den kan også sees innen den psykodynamiske og systemorienterte tenkningen. Innen psykodynamikken lå lidelsen som et resultat av de indrepsykologiske mekanismer som virket i møte med impulser, konflikter og drifter. I det systemorienterte perspektivet ble lidelsen sett på i forhold til systemet, familien, og strukturen rundt. Patologien kyttes til intrapsykiske konflikter. Innen den postmoderne eller konstruktivistiske erkjennelsesfilosofi tenker en at språket, samtalen og deltagelsen vil sprengte det naturvitenskapelige paradigme (Bøe & Thomassen, 2007).

Som nevnt er kjennetegnet til dagens psykiatri er en utbredt eklektisk holdning. Det er få som befinner seg kun i den ene eller andre retningen uten å se viktigheten av andres bidrag. Ovenfor en og samme pasient kan en kombinere medikamentell behandling utfra nyere hjerneforskning, samtaleterapi, nettverksarbeid, familierapi,

fysisk aktivitet, ferdighetstrening osv. Å innta en eklektisk holdning vil si at en anvender elementer fra flere ulike tradisjoner og teoretiske perspektiver (Wifstad, 1997).

Det blir kanskje ikke så vanskelig å se at psykiatri og psykologi befinner seg i et skjæringspunkt mellom naturvitenskap og humaniora, samfunnsskap, sosialvitenskap og hermeneutikk. Det er derfor viktig å bruke flere vitenskapsforståelser og forskningsmetoder for å frembringe kunnskaper om terapi (Ulvestad, 2007).

Som samfunnsforsker hvor en skal studere mennesket må en forholde seg til mange meninger og oppfatninger. Disse er ikke stabile, og en må forholde seg til at ting er i utvikling og fungerer dynamisk. På den måten blir samfunnsforskning uoversiktlig og ustabil. Som samfunnsforsker er en deltager i den virkelighet en studerer. Som deltager kan en for eksempel leve i og observere det samfunnet man skal forske i, eller kommunisere med dem en ønsker informasjon fra. Satt på spissen kan en si at samfunnsvitenskapens studieobjekter er kommuniserende og fortolkende mennesker og dette vil påvirke hvordan en undersøkelse gjennomføres og hvordan vi skal tolke resultatene (Johannessen & Tufte, 2002).

4.2 Valg av forskningsdesign. Hermeneutikk og fenomenologi

I min tilnærming til studiens problemstilling er jeg opptatt av å finne svar på hvordan ungdommer som er under traumebehandling kan regulere følelser når de er på skolen. Målet mitt er å finne ut hvilke erfaringer de har gjort seg, om verktøyet de får i terapirommet hjelper dem å regulere seg, hvilke faktorer som betyr noe, for så å åpne for en drøfting om denne kompetansen bør bringes inn i skolen.

På dette grunnlaget har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med en deskriptiv design til denne studien. Det deskriptive design beskriver fenomen slik det fremstår. Kvalitativ metode har sitt vitenskapelige grunnlag i fenomenologien og hermeneutikken.

Fenomenologi er både en filosofi og et kvalitativt forskningsdesign. Som filosofi handler det om læren om «det som viser seg», kort sagt ting eller begivenheter slik de viser seg, fremtoner seg og oppfattes av våre sanser. Som kvalitativt forskningsdesign kan en si at fenomenologien som tilnærming hjelper oss å finne menneskers erfaringer om et fenomen slik de opplever og forstår det.

Fenomenologien retter oppmerksomheten til verden slik den erfares for subjektet og

relaterer kunnskapen til den konteksten den opptrer i (Johannessen & Tufte, 2002). Den fenomenologiske metode er deskriptiv og søker å utforske og beskrive fenomener slik mennesker opplever den. Med en insidertperspektiv vil jeg søke å se fenomenet slik den fremstår for informantene. Denne metoden krever at jeg som forsker må tilstrebe meg en nøytral og fordomsfri holdning, med en så korrekt beskrivelse som mulig.

Under kodingsprosessen benyttes åpen koding som spiller en viktig rolle i den tilnærmingen til kvalitativ forskning Glaser og Strauss innførte i 1967, kjent som «Grounded theory»

De viktigste stegene i en fenomenologisk forskningsdesign er:

- Forberedelse. Forskningsspørsmålene må formuleres slik at jeg som forsker kan forstå meningen med den erfaringen eller fenomenet jeg studerer, og spørre informanten om å beskrive sine erfaringer.
- Datainnsamling. Gjennom dybdeintervju innhentes data som er basert på vår forforståelse og jeg må hele tiden være bevisst på hva det er som gjør at jeg ser et fenomen på denne måten. Skal en forstå andre mennesker må jeg som forsker forstå mitt eget tolkningsmønster.
- Analyse og rapportering. Intervjuene skrives i sin helhet og er grunnlaget for analysen. Først må en danne seg et helhetsinntrykk og deretter identifisere og plukke ut hvilke fenomener som gir mening for informanten. Intervjuene sammenfattes og som forsker må jeg ha kjennskap til rådata og sammenligne intervjuene for å få godt nok fram alle data om fenomenet som studeres. Ved presentasjonen av resultatene beskrives analyseprosessen slik at leseren blir kjent med den
(Johannessen & Tufte, 2002)

Hermeneutikken er rettet mot en dypere forståelse av mening, og kunnskapsutviklingen i hovedsak til tolkning av tekster. Sentrale begreper i hermeneutisk tilnærming er forståelsesprosess, fordom og den hermeneutiske sirkel. Det finnes ingen eksakt utgangspunkt eller sluttspunkt for hermeneutisk tolkning. Den utvikles hele tiden i et samspill mellom helhet og del, mellom forsker og tekst og med

forforståelsen (Dalen, 2004). Som forsker vil jeg i møte med forskningsmaterialet være påvirket av teori og egne erfaringer. Tolkningen blir sånn sett gjort i en vekselvirkning mellom empiri, teori og erfaringer. Det vil være alltid inneholde nyskapende elementer som tas med og implementeres i egen forforståelse, og prosessen er dynamisk slik at hver gang jeg forstår noe nytt vil det utvide min forståelse av delene og helheten.

Denne studien har fokus på ungdommer i traumebehandling og deres evne til å holde seg stabile gjennom skolehverdagen. Forståelseshorisonten er knyttet til erfaringene disse ungdommene har med sin situasjon i skolen. For å forstå traumatiserte ungdommers skolehverdag er fenomenologisk beskrivelse og hermeneutisk fortolkning mest relevant.

4.3 Valg av datainnsamlingsmetode

For denne studien velger jeg det kvalitative, delvis strukturerte forskningsintervjuet. Dette intervjuet bygger på samtalen, og er en faglig konversasjon. Et slikt kvalitativt forskningsintervju har en viss struktur og hensikt, og går dypere enn hverdagslige meningsutvekslinger vanligvis gjør. Ønske mitt er å få intervjupersonene til å dele sine erfaringer og følelser av den verden de lever i, og kunne se denne fra intervjupersonens side. Ved kvalitative intervju innebærer det at en har et grunnleggende menneskesyn som verdsetter menneskers kunnskap, forståelse, erfaringer og samhandlinger. Dette vil komme fram når informanten selv kan være med på å bestemme det som skal diskuteres i intervjuet (Johannessen & Tufte, 2002).

Ved å bruke den semi-strukturerte intervjumetoden har jeg som intervjuer mulighet til å fokusere mot spesielle tema jeg som forsker ønsker å finne ut av. I motsetning til et åpent intervju hvor intervjuer ikke har mange spørsmål, og informanten i større grad må være villig til å meddele seg sitt liv (Dalen, 2004).

Med tanke på de ungdommene jeg skal intervjuer ser jeg for meg den semi-strukturerte formen som mest hensiktsmessige for dette prosjektet. Som terapeut har jeg lang erfaring med denne type samtaler, og jeg ser det som en måte å kunne gå litt frem og tilbake i tema, samtidig som jeg med bruk av narrative spørsmål kan utforske informantens tanker og perspektiver. For å få mest mulig informasjon om

erfaringene de har i å regulere seg, og for å begrense intervjuet slik at det ikke blir en terapitime eller at fokuset glir i retning av hendelsen som forårsaket traumet, blir det nødvendig for meg under selve intervjuprosessen å klarere dette med informantene, det at vi ikke skal ha hendelsen som tema.

4.4 Intervjuguide

Et kvalitativt intervju kan være mer eller mindre strukturert, dvs tilrettelagt på forhånd. I et semi-strukturert intervju følges en overordnet intervju-guide, men spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. En kan bevege seg frem og tilbake. Innledningsvis vil jeg presentere meg og prosjektet, og hva jeg vil stille spørsmål om. Jeg vil også si litt om hva resultatene skal brukes til og anonymiteten (Johannessen & Tuft, 2002). Jeg velger å starte med å stille noen enkle spørsmål knyttet til skolesituasjonen, bositasjonen og terapisisituasjonen. Deretter vil jeg gå mer inn i tema som regulering og stabilisering i terapitimen, egne erfaringer på dette, faktorer med betydning i skolesituasjonen, og ulike stabiliseringsteknikker og erfaringer av disse. Se hele intervjuguide som vedlegg 1.

Etter prøveintervjuet ble det klart for meg at ungdommene synes at «stabiliseringsbegrepet» var noe uklart, og jeg justerte intervjuet og dette tema til å bruke mer begrepet «regulering». Å regulere seg, å regulere følelser var lettere å få innpass med hos ungdommene enn begrepet stabilisering. Under tema 3, som gikk på stabilisering og regulering på skolen valgte jeg derfor å bevisst bruke begrepet følelsesregulering. Hvordan regulerer du følelser, som er knyttet til hendelser du går i terapi for, når du er på skolen? Hvordan påvirker hendelsen skolehverdagen din i forhold til behovet for å regulere følelser som blir vanskelige?

Min erfaring var at jeg tidlig i intervjuprosessen var tydelig på at dette ikke skulle handle om den traumatiske hendelsen eller vanskelige relasjoner, men om følelsesregulering knyttet til skolesituasjonen, og at jeg trengte å vite litt om hvilken metode terapeuten brukte, og om ungdommene hadde noen forståelse og kunnskap om metoden. Alle ungdommene holdt seg til de spørsmålene som ble stilt, og det var lite snakk utenom som gjorde at tema gled ut. Jeg presiserte at jeg som erfaren terapeut var en uerfaren intervjuer, og at jeg var nervøs for intervjuet. Det ble brukt humor for å løse litt på settingen.

4.5 Utvalg av informanter

Som traumeterapeut jobber jeg med ungdommer som er i traumebehandling. Innen traumebehandlingen er det mange begreper som vi bruker som et ledd i det å forstå og hjelpe seg selv. Traumebehandlingen er en trefase behandling, og det er viktig å treffe ungdommer som er i denne behandlingen og har kjennskap til begrepene toleransevindu og metoder som hjelper dem å regulere følelser.

Utvalget blir kriteriebasert, da jeg ønsker ungdommer som oppfyller spesielle kriterier (Johannessen & Tufte, 2002, s. 109). Kriteriene er knyttet til at de er i traumebehandling og er mellom 16-20 år, går i videregående skole, eller har nylig fullført. Hva slags traume de er i behandling for, og hvilken metode de behandles med er ikke et kriterie. Jeg ønsket å intervju 6 ungdommer med ulik traumeerfaring.

4.6 Forespørsel om deltagelse, rekruttering og arena for intervjuene.

Den første kontakten skjedde gjennom ungdommens behandler via telefon. (Til foreldre der ungdommen var under 18) Der ble studien presentert og bakgrunnen for kontakten som ble tatt. De som ønsket mer informasjon om prosjektet ble tilbudt dette på mail. De som ønsket å delta i studien ble så kontaktet for å gjøre en avtale. Intervjuene skulle foregå der ungdommene ønsket det. To foregikk hjemme hos ungdommene, et foregikk på skolen og tre foregikk i kafeer vi møttes på. Informasjonsbrev ble utfylt og sendt. Se vedlegg 3 og 4

Vi gikk gjennom intervjuguiden før vi satte på lydopptak slik at det var mulighet for å kunne trekke seg før intervjuet startet. Det ble også fremvist svar fra NSD, se vedlegg 2, om godkjenning av prosjektet.

Etter at intervjuene var ferdige fikk ungdommene tilbud om en etter samtale. Det ble også stilt spørsmål fra intervjuer om noen av temaene var vanskelige eller triggende. Alle svarte at spørsmålene var greie, at tema var interessant, og flere håpet at svarene deres ville kunne bidra til å hjelpe andre.

4.7 Forskningsetiske overveielser

Det blir viktig å sørge for at forskningen skjer etter forskningsetiske prinsipper og gjeldene regler. Det vil bli sendt ut en forespørsel om deltagelse med mulighet til å trekke seg når som helst. Deltagelsen vil være frivillig, og intervjupersonene får tid til

å tenke seg om de vil delta i undersøkelsen. Ungdommer over 16 år trenger ikke foreldrenes samtykke i å delta i undersøkelsen, men det vil være et tema om foreldrene er informert.

Intervjuene foregår helt anonymt, og navn skal ikke fremgå i opptakene på lydfilene. Opptakene gjøres på en bærbar pc jeg disponerer gjennom min jobb, denne er beskyttet med passord, og er innelåst på kontor. Lydfilene som opptakene ligger på vil slettes etter at Master er godkjent.

Det er viktig for meg at intervjupersonene kan stole på meg, og at situasjonen og spørsmålene ikke vil føre til ubehagelige gjenopplevelser eller trigger personene slik at de får det vanskelig etter samtalen. Som traumeterapeut vil jeg undersøke om behovet for følelsesregulering vil være nødvendig etter intervjuene. Jeg vil også introdusere emnet på en varsom og terapeutisk måte, med muligheter for å ta pauser eller stoppe om informanten kjenner det er nødvendig. En grundig gjennomgang av intervjuguiden samt et prøveintervju var nødvendig. Det var også viktig å avslutte intervjuene med spørsmål om hvordan de har opplevd samtalen.

4.8 Lydfil

Intervjuene lagres på lydfiler i en bærbar sikret pc, og kan lett hentes fram for å gjennomgås flere ganger. Intervjuene blir derfor ikke transkriberte, da denne metoden sikrer at informasjonen fra informantene ligger i filene og kan lett søkes opp igjen.

4.9 Analyse.

Hensikten med analysen er å gjøre datamaterialet tilgjengelig for fortolkning. Analysen er et krevende granskningsarbeid som fordrer forskeren til stadig å måtte spørre seg hva datamaterialet forteller. Det finnes mange analyseverktøy, og etter å ha satt meg inn i teoriene ble Steinar Kvaales (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 203) beskrivelser av intervjuanalysen i «Det kvalitative forskningsintervju» et valg. Kvaales beskrivelse av trinnvis analyseprosess blir benyttet i denne studien. Det er beskrivelsen av de fire første trinn som er aktuelle for denne studien, da de to siste trinn er ment for intervjupersoner som deltar aktivt også etter intervjuet, mer i retning av et terapeutisk intervju.

I det første trinnet beskriver intervjupersonene om sine erfaringer med følelsesregulering og behandlingsmetoder slik de selv opplever dette. I andre trinn vil intervjupersonene selv oppdage nye forhold og betydninger i det de opplever utfra sine spontane beskrivelser. I tråd med dette vil jeg som intervjuer i dette trinnet forsøke å avklare ting som kan virke uavklart, samt reflekter og nyansere sammen med intervjupersonene de tanker de har om tema. Under trinn tre foretar intervjueren fortolkninger av meningen med det intervjuer sier og sender meningen tilbake. Med en sammenfattet oppsummering av det ungdommene beskrev som behandlingsmetode kunne jeg rydde opp i behandlingsmetoder. F.eks. med en beskrivelse fra meg om faseorientert behandling kunne flere av ungdommene forstå at de hadde mottatt denne behandlingsmetoden. Dette ble gjort med oppfølgingsspørsmål og sammenfatninger av det som ble sagt. Under fjerde fase blir intervjuene, som ligger samlet i lydfiler, benyttet til å høre på flere ganger. Intervjupersonens egen forståelse hentes fram i lyset, og forskeren presenterer nye perspektiver på fenomenet. Intervjuene struktureres for analyse, kategoriseres etter tema som er beskrevet i forskningsspørsmålene, og som verktøy til å kode tema brukes åpen koding, se neste kapittel.

Selve tolkingen i analyseprosessen starter allerede under selve gjennomføringen av intervjuene. De tre nivåer som omhandler egenforståelse (deltagerens forståelse), allmennforståelsen (forskerens forståelse som trekkes inn og utvider perspektivet) og det teoretiske nivå (resultatene som drøftes opp mot den teoretiske rammen av studien). Det kvalitative forskningsintervju er et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning av tema i intervjupersonens livsverden (Kvale et al., 2009).

4.10 Koding og meningsfortetting

Koding og kategorisering innebærer at det knyttes ett eller flere kodeord som kan identifisere en uttalelse. De to begrepene brukes imidlertid om hverandre, og er et sentralt aspekt ved «Grounded theory» innført av Glaser og Strauss i 1967 (Kvale et al., 2009). Jeg har latt meg innsisere av denne metoden, da disse formuleringene åpnet for en større betydning for å legitimere kvalitativ metode som forskning. Arbeidet innebærer helt konkret en omhyggelig koding av materialet og de skal være umiddelbare og korte og definere handlingen eller opplevelsen som beskrives av intervjupersonene (Kvale et al., 2009, s. 209). For å få tak i meningsinnholdet er det

innenfor fenomenologisk design er det vanlig å organisere datamaterialet i kategorier som angis med kodeord. Kategoriene angir hvilke tema som kommer opp i intervjuet.

For å skaffe meg en oversikt skisserte jeg funnene i et skjema som delte temaene etter forskningsspørsmålene. Innen disse tema kodet jeg det som hørte hjemme i dette tema og kom med noen eksempler på uttalelser innen tema. Denne systematiske oversikten gjorde selve analyseringen av funnene mer oversiktlig.

Under intervjuene blir noen av de svarene jeg er ute etter beskrevet i en kontekst som trenger å forkortes for å kunne hente ut kjernen i svaret. Dette kalles meningsfortetting, og er også en vanlig metode innen fenomenologisk forskningsdesign. Formålet med meningsfortetting er å systematisere og håndtere data som uttrykkes ved vanlig språk, og transformere dette til kvantitative størrelser. I denne undersøkelsen bruker jeg mange sitater som er hentet ut fra lange uttalelser, men som i denne sammenhengen er nødvendig å fortette for å hente ut meningen (Kvale et al., 2009, s. 212).

Flere av ungdommene var likevel så tydelige i sine svar at forkortninger ikke var nødvendig. Noen av spørsmålene var også formulert på en slik måte at svarene ble korte.

5 PRESENTASJON AV FUNN FRA INTERVJUENE

Gjennom dette kapittel vil det bli presentert funn som belyser dette prosjektets problemstilling: «Hvordan regulerer *traumatiserte* ungdommer sine følelser på skolen, og hvilke metoder og faktorer har de erfaringer med?» Presentasjonen inneholder både erfaringer og kjennskap til behandlingsmetode og viktige faktorer på skolen. Relasjoner til viktige personer som foreldre, lærere, venner og terapeuten blir også presentert. Prosjektet gir også en oversikt over status i videregående skole for disse ungdommene og i hvilken grad de har benyttet seg av retten til utvidet tid.

Gjennom intervjuene ble det satt fokus på behandling, og i hvilken grad de kan nyttiggjøre seg reguleringsmetoder de lærer seg i terapirommet. Dette gir ingen tydelig beskrivelse av traumebehandling, men det forekommer noen utsagn som kan si noe om ungdommenes opplevelse av hjelpen i terapirommet.

Underkapitlene som følger gjennom presentasjonen av funnene, gjenspeiler ungdommenes beskrivelser av viktige faktorer på skolen, behandlingens betydning, erfaringer de har skaffet seg, og relasjoner til viktige personer.

Presentasjonen inneholder noen tabeller som gir oversikt over valgte kategorier, kodingen og utsagn som hører til kodene i kategorien.

I denne studien har Steinar Kvaales definisjon på kategorisering og koding blitt metodisk benyttet:

Kategorisering:

«En systematisk koding av et utsagn i gitte kategorier som gir mulighet for kvantifisering»

Koding:

«Nedbryting av en tekst i håndterlige stykker og tilføyelse av et eller flere nøkkelord til et tekststykke så det senere kan gjenfinnes»

(Kvale et al., 2009, s. 324)

Koding innebærer at det er ett eller flere nøkkelord til et avsnitt som senere kan identifisere en uttalelse. Kategorisering er mer systematisk konseptualisering av et

utsagn slik at det kan kvantifiseres. Disse to begrepene brukes i følge Kvale om hverandre (Kvale et al., 2009, s. 208).

Gjennom denne metoden vil funnene i intervjuene være forskbare, og ved hjelp av hermeneutiske tilnærming og fenomenologisk design kan det intervjuene presenterer bli drøftet.

Følgende to tabeller gir en oversikt over hvordan intervjuene ble kategorisert, kodet ned og med eksempler på utsagn fra forskjellige informanter. Den gir også en oversikt over hvilket kapittel kategorien videre presenteres og hvor i studien en kan finne andre beskrivelser av det kategoriene inneholder.

Tabell nr. 1. Oversikt over funn

Kategori	Koder	Eksempler på utsagn
Kapittel 5.1 I kapittel 2 og 3 Kjennskap til egen behandling, metoder for følelsesregulering og håndtering av triggere.	Behandlingsmetode Følelsesregulering i terapirommet Håndtering av triggere	<i>« Jeg synes ikke jeg lærte noe om hvordan jeg skulle håndtere følelser som ble vanskelige.»</i> <i>« Selvskading var det eneste som virket»</i>
Kapittel 5.2 I kapittel 3 Relasjoner	Venner Foreldre Terapeuten	<i>«Uten venner på skolen hadde jeg ikke klart meg»</i> <i>«Foreldrene mine betydde alt»</i> <i>«Det viktigste var å ha en fast terapeut»</i>
Kapittel 5.3 I teoridelen kapittel 3 Problemer i skolesammenheng	Konsentrasjonsproblemer Søvnproblemer Fravær Usikkerhet Dårlige karakterer Dissosiasjon og hallusinasjoner	<i>«Fraværet mitt var enormt»</i> <i>«Jeg hadde null konsentrasjon, falt ut hele tiden»</i> <i>«Jeg var hele tiden usikker på de andre, særlig ved skolestart og nye klasser»</i> <i>«Karakterene mine var elendige»</i> <i>«Jeg holdt meg aktiv i timene for å unngå å dissosiere. Da holdt jeg meg i her og nå.»</i>

En av informantene var gutt, resten jenter. Tre av informantene hadde dissosiative erfaringer, og av hensyn til personvern og det at informantene ikke skal kunne identifiseres har jeg valgt å presentere utsagn på så nøytral måte som mulig.

Tabell nr. 2 Oversikt over funn.

Kategori	Koder	Eksempler på utsagn
Kapittel 5.4 I teoridelen kapittel 2 Følelsesregulering i skolen, og håndtering av triggere? I kapittel 3	Musikk, fysisk aktivitet Relasjoner Dysregulering	<i>«Jeg regulerte dårlige minner med gode minner»</i> <i>«Det eneste som teller er medmenneskelighet»</i> <i>«Det eneste som hjalp var å kutte meg»</i> <i>«Karakterer trigger voldsomt, da må jeg skade meg selv»</i> <i>«Venner betydde alt»</i>
Kapittel 5.5 I kapittel 2 Faktorer på skolen med betydning.	Informasjon og samarbeid Relasjoner på skolen Tilpasset undervisning Et sted å gå, plassering i klasserom, å komme seg raskt hjem, tilrettelagt i gym	<i>«Det hjalp veldig at læreren visste noe»</i> <i>«Viktig med en skole med slingringsmann»</i> <i>«Det var viktig for meg å kunne reise hjem, og jobbe hjemmefra tilrettelagt»</i> <i>«Jeg hadde mange venner på skolen, det hjalp veldig»</i> <i>«Jeg elsker å trene, men hater gym».</i>
Kapittel 5.6 I kapittel 2 Status i videregående skolen i forholdt til lengden på utdanning.	Bruken av særskilt søknad Bruken av retten til utvidet tid	<i>«Jeg måtte søke særskilt, hadde jo ikke gått på skolen siden 7. klasse»</i> <i>«Jeg måtte ta 1. året over to år, ville egentlig ikke, men det ble gjort»</i>

Tabell en og to gir en oversikt over funn fra intervjuene slik de er kategorisert og kodet. De neste kapitler vil ta for seg hver kategori og presentere funn og flere utsagn innen samme kategori. Kodene fra tabell en og to blir overskrifter til hvert

underkapittel. Denne oversikten over funn og kapitlenes oppbygning vil gi studien en systematisk presentasjon av intervjuene.

5.1 Kjennskap til egen behandling, metoder for følelsesregulering og håndtering av triggere.

5.1.1 Behandlingsmetode

Alle ungdommene i undersøkelsen hadde opphold på døgninstitusjoner bak seg. Lengden på terapi hos behandler i BUP varierte fra 1,5 til 6 år. En hadde prøvd gruppeterapi, men ellers var det individual terapi hos psykolog, psykiater, sosionom eller kliniske spesialister som var erfaringen. Alle ungdommene hadde fått faseorientert behandling, men få visste hva denne metoden het eller gikk ut på, men kjente igjen den med en beskrivelse.

«Vi har liksom gått igjennom flere faser, og noen ganger er det bare følelser vi snakker om. Har brukt EMDR under deler av behandlingen»

Kognitiv behandling var gjenkjennbart hos alle. Det å endre tankemønster og instruere seg selv til å tenke andre tanker var metoder alle kjente til. Som metode for å regulere følelser utrykte noen at det tar tid før den kognitive metoden virker.

«Det tok flere år å lære seg å ta i bruk de kognitive metodene. Nå bruker jeg dem hele tiden. Jeg bruker gode minner til å regulere dårlige minner.»

Fire av ungdommene hadde fått tilbud om EMDR, en takket nei. De som brukte metoden hadde gode erfaringer. En utrykte følgende:

«EMDR er en rar metode, men den virker ganske fort»

En annen av ungdommene sa at:

«Jeg er glad for at jeg fikk EMDR, da det gjorde ting lettere, men det hadde ikke vært noe når jeg var som dårligst»

5.1.2 Følelsesregulering i terapirommet

Fire av ungdommene i undersøkelsen sier at de manglet metoder til å regulere følelser, at dette ikke ble lært i terapien. En av ungdommene forklarer det slik:

«Det ble kun akuttbehandling på meg. Selvskading og selvmordsforsøk var det eneste som hjalp meg med å regulere de vanskelige følelsene og gi meg pusterom»

Som tidligere beskrevet i 5.1.1 opplever flere av ungdommene at de ikke har lært noen konkrete metoder for følelsesregulering i terapien. Den kognitive metoden alle hadde erfaringer med var nyttig, men tar tid å lære. En av ungdommene regulerer følelser ved hjelp av pusteteknikker. En annen ungdom uttrykker det slik:

«Det med pustemetoder blir for dramatisk for meg. Det blir for synlig, og jeg får ikke til slike metoder»

Ingen av ungdommene tar i bruk «et trygt sted», men en hadde erfaringer med å børste å klappe vekk vonde ting.

5.1.3 Oppsummering

Ungdommene opplever at terapi tar lang tid før det virker, og at de ikke synes de har lært noen konkrete metoder som hjelper dem med å regulere følelser. Flere av ungdommene hadde likevel god kjennskap til metoder, og de som hadde benyttet seg av tilbudet om EMDR hadde en opplevelse av at det hjalp. Halvparten bruker selvsikring som følelsesregulator, som den metoden de synes hjelper best. Kutting og sult er metodene som ble beskrevet i denne undersøkelsen.

Konteksten for terapien har vært individualterapi for alle sammen, og lengden varierte fra 1.5-6 år.

5.2. Relasjoner

5.2.1 Venner

Av 30 mulige oppnådde poeng scoret venner 29 poeng i undersøkelsen. Samtlige ungdommer i undersøkelsen understreket hvor viktig det var med venner på skolen som kunne hjelpe dem med å regulere seg. Noen av eksemplene på utsagn fra fire av ungdommene er:

«venner betydde alt»

«venner gir trygghet»

«med venner rundt seg som kjente til hvordan jeg hadde det, kunne jeg holde ut»

«å være med venner gjorde at jeg følte meg normal, fikk meg til å glemme»

Venner ble sett på som den viktigste faktor for å lykkes på skolen. En forutsetning for å klare seg. Flere av ungdommene sier at venner betyr mye for å føle seg normal og

gjøre normale ungdomsting, samt at det er med på å ha fokus på andre ting enn det som foregår i hodet. To understreket at vennskapet var betydningsfullt også i forhold til at det kunne få hjelp når noe ble vanskelig, og hjalp dem å regulere seg når følelsene tok overhånd. Å bli regulert av trygge personer kan synes å være avgjørende for mange, og i skolen er venner det nærmeste en kan komme trygge personer.

5.2.2 Foreldre

Fire av ungdommene hadde flyttet hjemmefra. To på hybel og to i samboerskap. To bodde fortsatt hjemme hos foreldre. Alle oppga foreldre som viktige, også de som hadde bodd i barnevernstilknyttede boenheter over tid. Noen oppgav en av foreldrene, andre oppgav begge som betydningsfulle.

Foreldrenes rolle som følelsesregulator beskrives av tre ungdommer slik:

«Det er mamma som kjenner meg best, og kan trøste meg»

«Foreldrene mine stiller opp hele tiden, og det har vært avgjørende»

«Pappa henter meg med en gang jeg må hjem. Det er det eneste som hjelper»

Alle oppgav foreldre som viktige. Noen enten mor eller far. 1 oppga kontakter på bvt institusjon i tillegg og 1 oppga samboer i tillegg.

5.2.3 Terapeuten

To oppgav fast terapeut som avgjørende faktor, en fremhevde dette som det mest stabiliserende.

«Det var avgjørende for meg å ha en fast terapeut, det virket stabiliserende for meg»

«Det tok 4 år før jeg fikk en behandler. Det var da det begynte å skje noe fremskritt»

En annen av ungdommene forklarer hvordan mangel på fast terapeut har gjort behandlingen har stagnert og ikke gitt ønskede resultater:

«Har gått halvannet år siden hendelsen, og jeg har ikke begynt hos en terapeut før nå. Har forsøkt gruppeterapi og hatt en behandler tidligere som jeg ikke følte at ga meg det jeg trengte. Har stor tro på henne jeg går til nå, har begynt å skje noe. Det har stått helt stille.»

Alle ungdommene har erfaring med at den hjelpen de fikk har virket, men tiden det tok før hjelpen virket var lang.

5.2.4 Oppsummering

Ungdommene sier at venner er den viktigste faktor for å lykkes på skolen, og en forutsetning for å klare seg. Videre sier de at foreldrene og terapeuten er viktige, og i skolesammenheng er det viktig med god relasjon til lærer.

5.3 Problemer i skolesammenheng

Hvilke problemer som arter jeg i skolesammenheng kan variere fra person til person, og kan også ha et bredere omfang enn hva denne tabellen her viser. Fishers modell på side 21 kan gi en bedre oversikt over hvilke symptomer en traumelidelse kan gi, men i denne sammenhengen har jeg valgt ut noen av problemene vi ofte ser i den kliniske hverdagen, og belyser dette utvalget.

5.3.1 Oversikt over problemområder i skolen.

Tabell nr.3 Oversikt over problemområder i skolen

Type problem i skolehverdagen	Hvor mange av 6	Sitater
Søvn	6	«Jeg sovner ikke før langt på natt» «Søvn påvirker fraværet mitt» «Søvn er vanskelig i perioder»
Fravær	6	«Fraværet mitt er enormt, derfor fikk jeg ikke godkjent 1. året» «Viktig at skolen kan se litt gjennom fingrene med fravær, gi oppgaver hjemme»
Usikkerhet/Triggere	6	«Alt på skolen trigget» «Ny klasse og nye elever er forferdelig. Da blir jeg veldig usikker»
Dårligere karakterer	6	«Når en ikke får med seg noe, er det vanskelig å henge med. Særlig i matte»
Konsentrasjonsproblemer	6	Konsentrasjonen er helt forferdelig, jeg detter ut hele tiden» «blir så forstyrret av tanker» «I noen perioder får jeg ikke med meg noen ting»
Hallusinasjoner og dissosiasjon	6 plaget av auditive hallusinasjoner, 3 plages av dissosiasjon.	«Jeg falt ut hele tiden, var ikke til stede» «Jeg var aktiv i timene for ikke å falle ut og dissosiere»

5.3.2 Oppsummering

Det interessante i dette kapittel er at alle ungdommene kjenner seg igjen i beskrivelsen over hvordan problemene arter seg i skolen. Det eneste som ikke alle svarte positivt på var dissosiasjon, som kun tre kunne beskrive som et problemområde. Konsentrasjonsproblemer og høyt fravær ble satt i sammenheng med dårlige karakterer. Konsentrasjonsproblemer ble beskrevet som å dette ut, ikke klare å holde tråden, bli forstyrret av tanker. Søvn ble beskrevet som vanskelig for alle, noen mest i perioder. Felles for disse funn var at alle ungdommene kunne beskrive hvor leit det var at de slet på skolen, og hvordan dette kunne påvirke selvtillit og det å ikke føle seg normal.

5.4 Erfaringer med følelsesregulering, og håndtering av triggere på skolen?

5.4.1 Følelsesregulering og håndtering av triggere

Flere av ungdommene uttrykker at triggere er det som gjør det vanskelig å mestre skolehverdagen. Alle ungdommene hadde erfaringer med at selvsykdom hjalp dem der og da. Karakterer og gruppearbeid kunne være triggende for noen, mens det å skulle ha gym fremkalte dårlige minner hos andre. Hvordan de håndterte denne varierte noe, men selvsykdom var vanligste metode hos de fleste. Utsagn er hentet fra tre av ungdommene.

«kutting er det eneste som hjelper»

«gruppearbeid trigger voldsomt, jeg kan for eksempel gå sulten for å regulere meg»

«dårlig karakterer er triggende. Da må jeg sitte vondt slik at jeg påfører meg smerte»

«Gym er pyton selv om jeg liker å trene. Garderober og skifting er triggende, selv om jeg har egen garderobe»

Triggere var i tillegg til søvnproblemer en av grunnene til at fraværet ble stort for enkelte. Angsten for gjenopplevelser av tidligere hendelser ble løst med unngåelse. En av ungdommene uttrykte følgende om dette:

«skolen var full av triggere, alt trignet!»

«Når det ble som jævligst, hentet pappa meg på skolen. Da må jeg bare hjem»

5.4.2 Erfaring med metoder for håndtering av triggere på skolen

Til tross for at flere av ungdommene ikke har noen opplevelse av å ha lært følelsesregulerende metoder i terapi, har alle ungdommene erfaringer med metoder de kan håndtere triggere med.

Tabell nr.4 Erfaringer med triggerhåndtering.

Metode til å håndtere triggere på skolen	Hvor mange av 6	Eksempler på utsagn
Pusten	1	«Å bruke pust passer ikke for meg. Ser så dramatisk ut»
Syn, hørsel	1	
Toleransevinduet	3 hørt om det, ikke brukt som metode	
Flykte til et «Trygt sted»	1	«Jeg ser liksom for meg en ring som jeg er inne i. Den er beskyttet med gode minner»
Regulere dårlige minner med gode minner	1	«Når jeg blir urolig pleier jeg å tenke på gode minner, de regulerer de dårlige»
Kognitive metoder	4	«Tok flere år før jeg skjønnte hvordan jeg kunne bruke kognitive metoder»
Selvskading ved kutting, sult	3 2	«Når jeg synes det er vanskelig å håndtere ting kan jeg gå sulten og kjenne på det.»
Gå unna, være alene	3	«Karakterer er triggende, da må jeg være alene»
Børster og klapper	1	
Være aktiv i timen	1	
Fysisk aktivitet	2	«Hjelper å løpe en tur»
Høre på musikk	4	
Få oversikt	1	«Liker å sitte bakerst med ryggen inn mot veggen. Får oversikt»
Bruke relasjoner	2	«Å gå unna og ringe til noen hjalp meg, da unngikk jeg å ende i en slåsskamp»
Tegning, skiving	4	
Jobbe alene	2	«Gruppearbeid er triggende, jeg ber alltid om å få arbeide alene»
Ha egen sosialpedagog	1	«Hadde ikke klart meg uten 1. året på vg.»
Fast terapeut	2	«helt avgjørende for meg å ha fast terapeut»

5.4.3 Oppsummering

Alle hadde erfaringer med hvordan de kunne håndtere triggere som utløste vanskelige følelser, men få så dette i en sammenheng med metoder lært i terapi. Halvparten av ungdommene brukte selvskading som metode, men ellers var bruk av musikk, tegning, skriving og det å gå unna situasjoner noe flere hadde erfaringer med at virket. En beskrev viktigheten av å være aktiv i timen for å unngå dissosiasjon, mens en annen beskrev at det gikk an å regulere dårlige minner med gode minner. To brukte foreldre som viktige personer, for å kunne komme seg raskt hjem. To beskrev at det hjalp å jobbe alene. Det var stor vilje blant ungdommene å dele sine erfaringer på hva som kunne hjelpe.

5.5 Faktorer på skolen med betydning

5.5.1 Innledning

For å få oversikt over faktorer i skolen laget jeg i intervjuguiden en liste med faktorer hvor ungdommene skulle score fra 1-5, hvor 5 var score for svært viktig og 1 var score for lite viktig. Scorene ble summert opp i et skjema, og rangert fra viktigst til minst viktig. Noen av de tall som kommer frem i tabellen kan virke lave, men ble scoret høyt av de som scoret dem, slik at det kan være svært viktig for noen. Jeg valgte også å ta med faktorer som ungdommene selv foreslo, da de belyser viktigheten av å lytte til ungdommen, og at det er informasjon som i denne sammenhengen belyser oppgavens problemstilling. Under intervjuene ble ungdommene bedt om å score disse faktorene, og således er det få utsagn eller ekstra kommentarer utover det som er tatt med i skjema nedenfor. Disse står i kursiv i kommentator boksen. Under drøftingen vil jeg løfte frem noen av faktorene, og ellers drøfte faktorer i skolen som et punkt.

5.5.2 Faktorer i skolen

Tabell 5. Faktorer på skolen

Skolefaktor	Sum max 30	Evt.kommentar
Vennestøtte	29	Svært viktig for nesten alle
Høre på musikk	24	«Musikk er viktig»
Andres kjennskap til traumeproblematikk	23	
Å komme raskt hjem	23	
Fysisk aktivitet	23	«Det handlet ikke om gym»
Foreldrestøtte	21,5	«Pappa henter meg når jeg må hjem»
Ha et rom å gå til	21	
Lærer støtte	20	
Samarbeid mellom skolen, foreldrene, behandler	19	
Det at alle lærer vet noe	18	
Plassering i klasserom	18	Høy scor hos to
Tilrettelagt tilbud	18	«Måtte kjempe for å få noe»
Å få lenger tid til å fullføre	12	Høy scor hos to
Andre faktorer som ungdommene selv tok med	Ikke scoret, da dette ble tillegg fra enkelte ungdommer	
Slippe å ha gym med de andre		«Jeg liker jo å trene, men det er settingen med gym» «Kunne løpe meg en tur»
Ha en sosialpedagog tilgjengelig		«Hadde ikke klart meg uten 1. året på vg»
Stabil hverdag		«Stabil hverdag betydde alt»
Ha en fast terapeut		
Fleksibel skole med slingringsmonn		
Få jobbe hjemmefra		
Få ta prøver muntlig		«Da holdt jeg meg i her og nå, dissosierte ikke»

5.5.3 Lærer støtte og samarbeid med skolen

I forhold til skolefaktorer som er avgjørende for å lykkes på skolen i en hverdag som er preget av mye følelsesmessig kaos for ungdommene, velger jeg å trekke frem noen utsagn som understreker viktigheten av kunnskaper i skolen, støtte fra lærere og samarbeid mellom etatene. Disse utsagn kom sterkt frem hos en av ungdommene, og det var tydelig og viktig for ungdommene at ble tatt med.

«Viktig med en skole med slingringsmann. Få ta igjen prøver og ikke miste sjansen»

«Jeg holdt meg aktiv muntlig i timene. Det å rekke opp hånda å høre navnet mitt gjorde at jeg ikke så lett forsvant, og unngikk å dissosiere. Jeg fikk ta prøver muntlig, det var lettere for meg»

Ungdommen her påpekte også at skolen hadde latt fravær ikke bety så mye, og at vedkommende kunne ta prøver muntlig da det passet best.

Andre opplever at det å få skolen med på laget, og få tilrettelagt skolehverdagen slik at den fungerte, krevde stor egeninnsats. Denne ungdommen uttalte følgende:

«Jeg måtte kjempe så mye for å få noe tilrettelagt på skolen»

«Når jeg har en tung dag og forteller det til min lærer er det vondt å bli bedt om å ta det med min psykolog. Det er bare medmenneskelighet som teller. At noen spør hva de kan gjøre for det der og da for å lette hverdagen din»

«Jeg hadde sosiallærer 1 året. Fikk ny 2. året, men det ble ikke det samme»

5.5.4 Oppsummering

Dette kapittel viser viktige funn av faktorer på skolen som er avgjørende for å holde ut og greie seg på skolen. Funnene er rangert etter høyeste scor, men det er viktig å ha med at de lave scor har blitt scoret høyt av de som scoret dem. De ble bare scoret av færre. Det viktigste i dette kapittel er at det for å lykkes ikke bare er avgjørende at en faktor er på plass. Erfaringene fra ungdommene tilsier at mange faktorer er avgjørende for at skolehverdagen skal gå bra. Venner, relasjoner, medmenneskelighet og forståelse var de faktorer som scoret høyest av alle ungdommer, og vil bli drøftet under kapittel 6.

5.6 Status i videregående skolen

5.6.1 Bruken av rettigheter og utsagn rundt dette

I denne undersøkelsen har jeg intervjuet ungdommer i videregående skole, hvor 1 ikke har fullført, to har søkt særskilt og fire har brukt retten til utvidet tid. To har fullført videregående skole på ordinært tid. Begge ungdommene som søkte særskilt uttrykte at dette ikke var noe de ønsket, men måtte.

«Jeg ønsket ikke å søke særskilt, men hadde ikke gått på skolen siden 7. klasse så jeg hadde ikke noe valg. Fikk sosiallærer som hjalp veldig».

Det å bruke retten til utvidet tid var også noe to av ungdommene hadde blandede følelser for.

«Jeg ville ikke bruke 4 år på videregående, men det ble gjort likevel. Det var ikke mitt ønske.»

«Jeg skulle jo være med på en russebuss med alle vennene mine»

«Jeg hadde bestemt meg for å fullføre ordinært, men ble rådet til å ta et ekstra år. Det var leit der og da, men det går greit nå. Det var nok nødvendig»

Det var gjenkjennbart hos flere av ungdommene at de følte seg overkjørt på beslutninger. Det å føle seg normal og som andre, og ikke skille seg ut, samt å være russ med sitt eget kull kom tydelig frem. Noen kunne gi uttrykk for at de følte seg straffet, og at de syntes de hadde hatt nok.

«Jeg synes jeg har opplevd nok, og en føler seg liksom straffet for det, ved at en ikke få fullføre på normal tid»

5.6.2 Oppsummering

Funnene viser at fire av seks har trengt lenger tid på å fullføre videregående skole, en av dem har fortsatt ikke fullført. To av ungdommene har søkt særskilt fra ungdomsskolen, grunnet stort fravær. Erfaringene fra ungdommene viser at de har blandede følelser rundt avgjørelsene som ble gjort. Noen kan i ettertid se at det var fornuftig å gjøre, men de fleste følte at avgjørelsen ble tatt for dem.

6 DISKUSJON

I dette kapittel vil jeg gjøre rede for de metodiske styrker og svakheter. Deretter vil jeg trekke frem denne studiens sentrale funn og drøfte disse opp mot teorier og tidligere forskning på tema. Tilslutt vil jeg skissere noen tanker om betydning for den pedagogiske og terapeutiske hverdag, og ideer om videre forskning.

6.1 Metodediskusjon

Denne studien omhandler ungdommers erfaringer. Det å forstå mennesket som en som fortolker verden gjennom tanker, følelser og meninger ligger til grunn for valg av metode og bakgrunn for problemstilling. Det ville være umulig å forske på erfaringer med en annen forståelse. De menneskelige erfaringer er subjektive, men gjennom å intervju 6 ungdommer med en bakgrunn som omhandler behandling for ekstreme påkjenninger og erfaringer med skolehverdagen ville jeg kunne skaffe denne studien noen funn. Hvorvidt disse funn kan være representative er avhengige av at erfaringene de beskriver samsvarer med andre funn og at det kan trekkes noen felles funn ut fra intervjuene.

Jeg merket meg at noen av intervjuene ble korte, særlig de første intervjuene. Etter prøveintervjuet justerte jeg spørsmålene knyttet til ordet «stabilisering», og brukte bevisst ordet «regulering av følelser», da dette ble enklere for ungdommene å forstå i en sammenheng. I ettertid ser jeg at jeg kanskje burde hatt to prøveintervjuer. To av intervjuene ble lange og meget innholdsrike på erfaringer. Som intervjuer merket jeg at jeg var tryggere på situasjonen etter noen intervjuer, så dette kan ha påvirket funnene i studien på den måten at jeg kunne hatt flere funn og flere svar om alle intervjuene hadde vært like lange. Legden på behandlingen ungdommene har gått i behandling, samt tiden som har gått siden traumene ble påført kan også være en faktor med betydning for funnene.

Det å bruke pc med lydfil og opptak med mikrofon fungerte bedre enn forventet. Ingen av ungdommene synes dette var forstyrrende, da pc er vanlig å ha med i mange sammenhenger. Kvaliteten på lyden varierte noe, og lyden måtte justeres fra opptak til opptak for å høre hva ungdommene sa. En svakhet er at ungdommene ikke har hørt på intervjuene i etterkant og fått mulighet til å avklare om spørsmålet ble forstått og svarene stemmer. Det var derfor viktig for meg å oppsummere min

forståelse av utsagnene, slik at jeg kunne få denne bekreftet eller avkreftet hos ungdommene.

Etter hvert intervju laget jeg en oppsummering. Jeg loggførte alle funn som skulle telles og hadde oversikt over faktorer etter hvert intervju. Jeg samlet også opp viktige sitater som ga et overblikk over hvert enkelt intervju mens det var relativt ferskt. I ettertid ser jeg at det var svært nyttig, og lettere å huske hvert enkelt intervju.

Da jeg lyttet til intervjuene, og gikk gjennom alle utsagn flere ganger merket jeg at både tema som ble tatt opp og uttalelser som kom frem lignet tidligere utsagn. Det var lite som avvek fra eksisterende data, og dette ble vurdert som et signal på at det var tilstrekkelig med de planlagte 6 intervjuer. Resultatet fra denne studien kan være med på å belyse både erfaringer ungdommer har med terapi som omhandler følelsesregulering, samt hvilke faktorer på skolen som er viktige støttespillere.

Den største utfordringen med å intervju ungdommer er deres manglende evne til å se behandlingen i et perspektiv, samt en noe «svart-hvitt» tenkning, som kan gi inntrykk av en unyansert virkelighet. Et tydelig eksempel på dette er at fire av ungdommene sier at de mangler metode for å regulere følelser, at de ikke har lært dette i terapien. Som en kontrast til dette hadde alle erfaringer med å håndtere triggerer som de opplevde som virkningsfulle. Å se en sammenheng mellom dette krever kanskje noe modning, og evne til å se ting i perspektiv. Det kan likevel også sees på som et eksempel på hvor vanskelig det er å håndtere følelser, og at når de dukker opp og forstyrrer i skolehverdagen er de så plagsomme og forstyrende at de overskygger metoder som tas i bruk og kanskje virker.

Min lange klinisk erfaring med å jobbe med ungdommer i 14-18 års alder, gjør at jeg har noe kjennskap til deres modenhet og noe manglende evne til å sette ting i perspektiv. Det er interessant at det var 5 jenter og 1 gutt som sa ja til å delta i prosjektet. Alle jenter som ble spurt om å delta i prosjektet sa ja, mens flere gutter svarte nei. Dette kan en se igjen i oversikter over hvem som søker om, og mottar hjelp i barne,-og ungdomspsykiatriske hjelpeinstanser, hvor andelen jenter som søker hjelp er høyere enn hos gutter. Å forske videre på denne problemstillingen kunne vært av interesse.

I denne studien har jeg av hensynet til ungdommene jeg har intervjuet ønsket å anonymisere drøftingen og funnene mest mulig. Det skal derfor ikke være mulig å gjenkjenne utsagn utfra hvilket kjønn som har uttalt seg. Av den grunn har jeg valgt å ikke bruke fiktive navn, men holder meg til begrepet «ungdommene» når jeg refererer til gruppen av informanter.

6.2 Hovedfunn

Hensikten med denne Master er å få tak i traumatiserte ungdommers erfaringer med følelsesregulering i skolesituasjonen. Gjennom teorier om traumer, behandling, tilknytning, tidligere forskning og svarene jeg har fått gjennom disse intervjuene vil jeg forsøke å få frem nyanser i forhold til deres erfaringer og drøfte dette. Målet er å bedre kunne forstå hvordan skolehverdagen kan oppleves for ungdommene, og hva som kan gjøres i terapi- og klasserommet for å lette hverdagen for ungdommer som strever.

Som terapeut trenger jeg å vite om metodene vil bruker virker når ungdommene trenger dem, og som spesialpedagog er jeg nysgjerrig på hvilke tilpasninger som virker, og hva som er viktig for at skolen skal gå bra.

For å dele inn drøftingen har jeg støttet meg til prosjektets forskningsspørsmål. Gjennom teori, tidligere forskning og dette prosjektets undersøkelse vil jeg se om det er noen sammenhenger.

6.2.1 Hvilke kjennskap og erfaringer har ungdommene med sin traumebehandling, og hvordan kan de forstås utfra kunnskaper om traumebehandling?

Gjennom dette kapittel vil det blir trukket frem følgende dimensjoner til diskusjon:

- Erfaringer og kjennskap til egen behandling
- Behandlingsmetoder
- Å skape trygghet i stabiliseringsfasen

Behandlingsformer og tilnærminger til traumeproblematikk er som denne studien beskriver ikke gitt *en* evidensbasert metode. Funnene viser likevel at de fleste

ungdommer har fått tilnærmet samme tilbud i form av kognitive metoder, faseorientert behandling og fire har fått tilbud om EMDR. En av ungdommene har erfaring fra kunst og uttrykksterapi. Det at alle ungdommene har mottatt faseorientert behandling er i tråd med de anbefalinger som er bygd på en konsensus om hva som er god traumebehandling (Bisson & Andrew, 2007). Alle hadde også erfaring med kognitive metoder i behandlingen. Kognitive metoder er sammen med eksponeringsterapi og DBT(Dialektisk Behavior Therapy) de mest undersøkte metodene innen traumebehandling (Dyregrov, 2004; Hestetun, 2007). DBT er en ny metode i Norge, og en krever spesielt utdannende terapeuter for å gi denne behandlingen. Utdanningen er dessuten kostbar for institusjonene, og kan være en årsak til at det er få med denne utdanningen enda. Ingen av ungdommene hadde erfaringer med DBT, noe som kan skyldes at tilbudet ikke fantes i deres behandlingsinstitusjon.

De som hadde takket ja til EMDR var utelukkende positive til denne metoden, og synes det var en pussig men virkningsfull metode. Metoden fordrer evnen til å utvikle et «trygt sted» og gjør traumearbeid lettere (M. Jacobsen, 2006). Metoden er godt dokumentert og under utvikling. EMDR terapi krever også spesiell utdanning, og er ikke et tilbud ved alle poliklinikker noe som kan forklare hvorfor ikke alle hadde fått tilbudet.

Ungdommenes erfaringer med egen behandling viser at kognitive metoder virker, men at det tar tid før de skjønner hvordan de kan brukes til å regulere følelser med. Ungdommenes erfaringer med at EMDR ga resultater kan skyldes det faktum at metoden i seg selv gir rask virkning.

I den faseorienterte behandlingen står trygghet og sikkerhet først (Hart et al., 2006). Dette er innen psykologien og pedagogikken gammelt nytt. Maslow beskrev dette i sin behovspyramide (Evenshaug & Hallen, 1989), for flere tiår siden, og er også godt dokumentert i innen traumepsykologi og tilknytningsteorier. I flere av ungdommenes tilfeller var det barnevernet som sto for omsorgen, og dette kan tyde på at omsorgen var av en slik art at den krevde slike drastiske tiltak for å ivareta sikkerheten for ungdommene. For andre ungdommer var det trygt nok hjemme og foreldrene sto for den trygghetsskapende faktoren når ting ble vanskelig. Det å kunne bli hentet og kjørt hjem ble beskrevet som svært viktig. Selv om fasebehandlingen var kjent hos

ungdommene, var det å skape indre trygghet og bruke toleransevinduet som metafor mindre kjent hos ungdommene. Kun en av ungdommene brukte disse metodene for å regulere følelser og håndtere triggere som forstyrret.

Det er også vitenskapelig belegg for å kunne se en sammenheng mellom kvaliteten på foreldre-barn tilknytningen, og mangelfull evne til selvregulering av emosjoner (Sommerfeldt, 2009). Benum trekker frem begrepene tilknytningstraumer og relasjonstraumer. Kjennetegnene for disse er at de hemmer evnen til å utvikle den mentale og relasjonelle kapasiteten en trenger for å kunne regulere stress og affekter. Begrepene rommer de menneskene som ikke bare har opplevd å bli påført traumer av mennesker som står dem nær, men også manglende omsorg og neglect (Benum, 2006).

For noen av ungdommene i studien har det vært barnevernet som har bistått dem med omsorg, mens det for andre har vært gode forhold hjemme. For å kunne forstå selvskadningens dynamikk, blir det viktig å se mennesket som helhet, og ikke glemme at metoden fyller en funksjon. I denne studien er ungdommenes kulturelle bakgrunn etnisk norske, og gir derfor ingen innblikk i en annen kulturell forståelse på hvordan traumebehandling kan foregå. Den vestlige måten å forstå og møte katastrofer og traumatiske minner ved konfrontasjon, samt ikke unngåelse er likevel felles med andre kulturer sin måte å møte kriser på. Større bruk av kropp og mindre bruk av språk er det som kan utgjøre en forskjell. Ungdommene i denne undersøkelsen sier noe om å kunne bruke kroppen, i trening og fysisk aktivitet som gode metoder til å regulere følelser. Dette er også godt dokumentert i metoder som omhandler sensorimotorisk psykoterapi (Ogden et al., 2006). Metoden som er særlig utviklet med tanke på stabilisering, symptomreduksjon, avspenning og det å hjelpe kroppen å uttrykke emosjoner. I denne undersøkelsen vises det ikke til funn som kan bekrefte at denne metoden har vært prøvd, men trening og fysisk aktivitet blir beskrevet som metoder de selv har erfart at virker.

6.2.2 Hvilke erfaringer har ungdommene med følelsesregulering og håndtering av triggere på skolen, og hvordan kan vi forstå disse erfaringene?

Dimensjoner som vil bli trukket frem her er:

- Dysregulering
- Erfaring med håndtering av triggere
- Å regulere følelser, fra terapirom til klasserom
- Resiliens

Intervjuene med ungdommene ga som jeg beskrev tidlig i dette kapittel noe tvetydige svar på hvordan de regulerte seg på skolen. De fleste ga uttrykk for at de ikke hadde lært noen metoder for følelsesregulering igjennom terapien, mens de hadde mange erfaringer med å håndtere triggere. Dette kan forstås som beskrevet innledningsvis ungdommers mangelfulle evne til å se ting i perspektiver men også at de i stor grad opplever at de håndterer triggere utfra egne erfaringer.

Studiens funn viser at halvparten av ungdommene bruker selvskading som en måte de kunne håndtere triggere på. Sult og kutting ble håndterbare metoder som virket raskt og kunne regulere vanskelige følelser. Gruppearbeid og karakterer beskrives som enormt triggende for noen, og løsningen var å ty til dysregulerende metoder. Mye kan tyde på at første fase i traumebehandlingen som omhandler stabilisering og redusering av symptomtrykk er en krevende og for noen en lang fase å jobbe seg gjennom. Å benytte kognitive behandlingsmetoder beskrives av ungdommene som noe som tok tid å lære, og i mellomtiden ble selvskading en løsning. I følge Fonagy er affekter som ikke kan reflekteres over(mentaliseres) desorganiserende på selvet (Fonagy et al., 2007). Selvskadingen kan bli en løsning, da dens funksjon er beskrevet som affektregulerende, flukt fra ubehag, selvstimulerende, hjelp til å konkretisere følelser (Sommerfeldt, 2009).

Studien viser at ungdommer har flere erfaringer på å håndtere triggere som dukker opp i skolehverdagen. Foruten en kognitiv metode og selvskading ble det å kunne trekke seg unna, skaffe oversikt, bruke musikk, tegning eller fysisk røre på seg beskrevet som metoder de tydde til. En av ungdommene kunne bruke metoder som er direkte knyttet til fase en i traumebehandlingen, hvor bruk av sanser inngår som metode (Ogden et al., 2006). Å børste eller klappe på kroppen, bruke lukt og syn for å hente seg inn fra dårlige minner er metoder som en av ungdommene kunne nyttiggjøre seg av. Å bruke sansene som metode for å hente seg inn er også noe van der Weele beskriver, og støttes også i rapporten, til Barneombudet etter knyttet til 22.07(Barneombudet, 2012)(Weele, 2011) og hos Boon (Boon et al., 2011, s. 5-6).

Det at en av ungdommene sier at det er vanskelig og føles for «dramatisk» å bruke kropp og sanser sier noe om viktigheten av å øve mer på metodene, finne metode som passer den enkelte, samt viser forståelse for at noen ikke foretrekker slike metoder.

Musikk ble beskrevet som god følelsesregulerende metode å håndtere triggere med, og det å ha musikk på ørene ga for mange et tilfluktsted. Å flykte til et «trygt sted» var en metode som en av ungdommene kunne bruke. For oss som arbeider med terapi kunne det vært interessant om vi kunne bruke musikk som konkrete metaforer for å skape indre trygge steder for ungdommene. Hjermanns beskrivelse av erfaringer med bruk av musikk for å hente frem emosjoner til bearbeiding gir et interessant lys på musikkens betydning for ungdommene (Hjermann, 2007).

For noen som hadde dissosiasjon som løsning, ble det å finne en løsning for å komme tilbake til her å nå en erfaring som måtte læres. Innen fasebehandling og stabiliseringsarbeid er det å ha evnen til å komme tilbake til her og nå sentralt Å kunne vekke seg selv fra et minne, slik at en ikke befinner seg i fortid er sentralt i alt stabiliseringsarbeid (Benum, 2006; E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006b; Weele, 2006). En av ungdommene beskriver viktigheten av å være aktiv muntlig som en strategi mot dissosiasjon. Det å ha muntlige prøver ble en redning for å klare å gjennomføre videregående, og en viktig erfaring på at det lar seg gjøre å håndtere triggere. Å bringe kunnskaper om dette emnet inn i skolen er nødvendig for at disse elevene blir forstått, og studien viser helt klart at den menneskelige erfaringen disse ungdommene sitter med er helt avgjørende for at undervisningen blir tilpasset deres behov.

De fleste beskriver at venner og relasjoner til lærer og terapeut er viktig, noe som kan indikere at det ligger en trygghet i relasjonen, og en evne til å bli sett og hørt. Den trygge relasjonen blir som «mor sin sang som stoggar gråten». En kan undre seg over om det er lettere å bli regulert av andre enn å evne å regulere seg selv.

Ungdommene som stilte til intervju hadde flere faktorer som det i følge resiliensteori kunne tyde på at er viktige med tanke på det å være resiliente. De var positive og åpne, snakket godt og viste mange positive trekk. Alle ungdommene trakk frem venner og relasjoner til flere personer som viktige faktorer for at de selv hadde klart seg, og alle opplevde å ha de ytre rammene rundt skolen på plass. Dette er ifølge

resiliensforskningen (Bekkhuis, 2012), de tre viktigste faktorer som gjør at noen klarer seg på tross av risiko. I følge resiliens forskningen er den mellommenneskelige relasjoner som utspiller seg i skolen, en viktig beskyttelsesfaktor (Bekkhuis, 2012).

6.2.3 Hvordan kan en forstå relasjon som en følelsesregulerende faktor utfra teorier om relasjon, tilknytning og resiliens?

Dimensjoner som vil bli drøftet her er:

- Relasjonens betydning for følelsesregulering
- Relasjonens betydning i sett i lys av tilknytning og resiliens

Denne studien viser til det Aamodt skriver i sin artikkel om to viktige begreper som representerer grunnholdningen i en relasjonsskapende prosess. Likeverd og anerkjennelse. Med likeverd snakker hun om menneskets likeverd, at en ikke kan gjøre mot andre noe andre ikke kan gjøre mot oss. Det er viktig å utvise holdninger og handlinger som viser anerkjennelse og respekt for den Andre, og som understreker det unike i hvert menneske. Med anerkjennelse mener Aamodt det som ligger i det å gi ros, aktelse, respekt eller påskjønnelse. Anerkjennelse gir økt selvtillit og selvfølelse, og tap av anerkjennelse det motsatte (Aamodt, 2002). En annen som beskriver anerkjennelse er Maslow i sin behovspyramide. Der er anerkjennelse et behov som er viktig for mennesket etter at fysiologiske behov og behov for tilknytning er dekket (Evenshaug & Hallen, 1989). Det som kjennetegner denne studien er relasjonens betydning for å regulere følelser, og betydningen relasjonen har i et mellommenneskelig trygghetsskapende perspektiv. Likeverd og anerkjennelse i denne sammenhengen kan forstås gjennom ungdommenes beskrivelser av å føle seg som en av de andre, glemme det vonde, gjøre normale ting. Likeverd blir det som beskrives som å være i et fellesskap (russebuss) på lik linje med de andre. Skolen er en viktig arena for sosial samspill og et utmerket sted å være sammen med mennesker som er like gammel som deg, og på samme sted i livet. Innen resiliensforskning blir tilgang på ytre støtteapparat som skole o.l. sett på som den tredje viktige faktoren for å bli resilient og klare seg. Skolens betydning i denne sammenhengen betyr at det er et sted hvor mellommenneskelige relasjoner utspiller seg, noe som igjen gir beskyttelse mot det som skjer, og blir avgjørende for videre utvikling. Bekkhuis skriver i sin artikkel at det å være gode medmennesker er viktig

uansett sammenheng en befinner seg i når en er i samspill med andre mennesker (Bekkhuis, 2012). Dette blir også påpekt i et av intervjuene i studien;

«Det er kun medmenneskelighet som teller»

Flere av ungdommene i studien påpekte relasjonen til terapeuten som en avgjørende faktor for sin behandling og bedring. Kvaliteten på relasjonen står for 30 % av faktorene som betyr mest i terapi (Andersen, 2008).

Tor – Johan Ekland trekker også frem relasjonen som en viktig faktor i psykoterapi. Han sier at psykoterapi må omformuleres til det han kaller en hermeneutisk praksis, der en tenker at praksis ikke innebærer en universell humanteknologi men en kommunikativ praksis med grunnlag i mellommenneskelige relasjoner og god veiledning for å hjelpe videre i livet (Ekeland, 2008).

Judith van der Weele sier; *«tillit og gode relasjoner er som en motorvei til heling, og skolen kan bidra med det»* (Weele, 2011).

Funn fra intervjuene påpeker vennskap og relasjoner som de viktigste faktorer for å mestre skolehverdagen. Dette bekreftes i resiliens forskningen der evnen til å knytte følelsesmessige bånd til andre mennesker og et ytre støtteapparat(skole) er to av de viktigste faktorer for å klare seg på tross av de livserfaringer de lever med (Bekkhuis, 2012).

Komplekse traumereaksjoner inkluderer svekkelse på flere områder, hvor selvregulering og tilknytning er et av områdene (Cook, 2007).

Fonagy påpeker at både Sterns beskrivelser om samspillet mellom barn og foreldre, samt Freuds tanker om at barnet utvikler selvet ved at det oppfatter andre som en forlengelse av seg selv er avgjørende for en sunn utvikling. Studiens funn viser til flere artikler som beskriver avstemte samspill hvor foreldrene avspeiler barnets fremstilte følelser som helt avgjørende for barns utvikling av affektregulering (Braarud, 2011; Fonagy et al., 2007; Killén, 2007). Funn fra studien viser at følelsesregulering er avhengig av at en får hjelp gjennom andre (venner, lærer, terapeut) til å regulere følelser. Den viser at ungdommer sier noe om at det er mer nyttig å få hjelp til å regulere seg enn å lære metoder som gir verktøy til å regulere følelsene. Å bli sett, avspeilet, nedtonet og nedregulert av andre, slik det beskrives i

Stens samspill med foreldre og barn, blir en viktig faktor for det å regulere følelser for ungdommene.

Dette støttes også i rapporten fra Senter for krisepsykiatri som omhandler ungdommers erfaringer med behandling (Heltne, 2006). Et av funnene der var knyttet til at målrettet behandling med behandlere som tok seg tid til å bli kjent, og skapte en god relasjon, var av stor betydning. Funn fra denne studiens intervjuer støtter dette funn, og påpeker viktigheten av fast behandler.

6.2.4 Viser studien at ungdommene har fått sin læringssituasjon påvirket, og hvordan kan dette forstås utfra nevrobiologi og traumeforståelse?

Dimensjoner som vil bli drøftet her er:

- Hjernens påvirkning etter traumer og hvordan dette påvirker den kognitive evnen
- Konsentrasjon, karakterer og fravær

Hvordan skoledagen påvirkes av de som har opplevd ekstreme belastninger er individuelt, men studiens funn viser at det også er mange felles opplevelser. Dette kan også støttes i teorier og gjennom tidligere forskning. Traumatiske hendelser kan påvirke skolehverdagen fordi den i det å være et sted hvor uforutsette hendelser kan oppstå, noe som kan føre til at minner vekkes av påminnere eller triggere. Dører som smeller, høylytt krangel, store folkemengder, emosjonelle situasjoner, lukt, lyd, ord, relasjoner og mye annet kan frembringe minner og reaksjoner. Situasjoner som igjen kan utløse sinne, flukt, stillstand og dissosiasjon. En hjerne som er i beredskap og hvor cortex er skrudd av og pasienten befinner seg i et forsvarsberedskap er ikke i stand til å være i samspill med andre, ta inn lærdom eller korrigerer sin atferd etter anmodninger fra en lærer (Cook, 2007).

Cook sine studier påpeker at kognisjon og læring blir vanskelig fordi de vil ha problemer med å regulere oppmerksomhet, ha manglende opprettholdelse av nysgjerrighet, problemer med bearbeiding av ny informasjon, holde fokus, uttrykke seg gjennom språk, orientering om tid og sted og visuelle perseptuelle problemer

(Cook,2007). For mennesker som opplever gjentatte og tidlige traumer viser studien at dissosiasjon blir en metode for å være i verden men unngå påkjenningen.

Dissosiasjon gjør det mulig å overleve i situasjoner som minner om hendelsen, men vanskelig å følge med i det som skjer (E. R. S. Nijenhuis, Hart van der, Onno, Steele Kathy, 2006b). Hukommelsestap er vanlig, og om dissosiasjon forekommer ved flere anledninger i løpet av en skoledag, har en mentalt ikke vært tilstede, og hjernen har ikke vært påkoblet under læring.

Per Isdal viser til resultatet av en forskning som viser at barn som er utsatte for vold ikke bare sliter med vold og atferdsproblemer på skolen, men også nedsatt intelligens(IQ). Dårligere skoleprestasjoner og nedsatt IQ er et dramatisk bevis på at fysisk avstraffelse av barn er skadelig (Isdal,2007). Denne forskningen støttes av det amerikanske nettverket av traumeforskere som også kan tilføye språkproblemer (særlig hos de minste barna)i tillegg til lavere IQ (www.NCTSNet.org).

Funnene fra denne studien viser at alle ungdommene sliter med det de selv opplever som dårlige karakterer. Det å mentalt ikke være til stede i timene er en forklaring, et generelt høyt fravær er en annen faktor som også må tas i betraktning.

Studiens funn, både i fra intervjuene og gjennom teori (Blindheim, 2008; Cook, 2007; Hjermann, 2007; Isdal, 2011; Weele, 2011), beskriver konsentrasjonsproblemer som svært vanlig. Alle ungdommene beskriver det som et av hovedproblemene på skolen, og også en forklaring, sammen med høyt fravær, til dårlige karakterer. En skolehverdag kan for mange representere mange situasjoner som kan frembringe minner og reaksjoner.

Amygdala sin funksjon i hjernen er å gjenkjenne fare og gjøre kroppen klar for reaksjon. En skoledag kan for traumatiserte representere mange situasjoner som amygdala fanger opp som fare selv om de ikke er det. En hjerne som befinner seg i kampmodus vil sørge for at det limbiske system er i rett modus, og at kroppen er klar for kamp. Når kroppen er i kampmodus vil hjernens del som omhandler evner til samspill, læring og evner til å korrigere egen atferd eller ta imot anmodninger fra lærer være avskrudd (Blindheim, 2008; Weele, 2011).

I praksis vil det bety mye for ungdommene å være trygge, bli regulert, ha trygge personer rundt seg, ha trygge baser i livet sitt og få behandling som reduserer hjernens triggerrespons.

Alle som ble intervjuet slet med søvnproblemer. Problemer med innsovning, mareritt, hyppige oppvåkninger og dårlig søvnkvalitet er et typisk kjennetegn ved PTSD. Se modell 1 s.41 og (Weele & With, 2008).

Dårlig søvn vil for ungdommer bety at det er vanskelig å komme seg opp om morgenen, og var forklaringen på fraværet for noen. Rapporten fra Utøya-overlevende sier også noe om vanskeligheten med å gå på skolen pga at en ikke har sovet om natten (Barneombudet, 2012). Å finne en skole med slingringsmonn som tåler fravær og forsentskomminger er ikke gitt. En av ungdommene i intervjuet påpekte nettopp dette som en viktig faktor for å greie skolen. At det var slingringsmonn. Rapporten etter Utøya forteller at ungdommene opplevde store forskjeller på hvordan skolen behandlet fraværet, der noen får alt fravær slettet til skoler som ikke tar noen hensyn i det hele tatt. Denne rapporten kommer med klare beskjeder til myndighetene om at skolene må bestemme seg for hvordan fraværsregistreringen skal gjøres, og det må tilrettelegges for hvilerom for de som sliter med søvn (Barneombudet, 2012).

6.2.5 Hvilke faktorer på skolen er viktige for å oppnå stabilitet, og hvordan kan disse forstås?

Dimensjoner jeg vil trekke frem her er:

- Lærerens rolle
- Medelevers rolle
- Praktiske tilrettelegginger
- Åpenhet og samarbeid

Dette kapittel representerer viktige funn gjort i denne studien. Ved å la ungdommene score en poengsum på forskjellige faktorer som ble presentert for dem fikk jeg et innblikk i at det er mange faktorer som er avgjørende for at en skal mestre skolehverdagen.

Studiens funn peker flere ganger på viktigheten av trygghet, stabilitet i hverdagen, og gode relasjoner. Som lærer for elever som strever blir en ofte vitne til at følelser tar overhånd og de trenger hjelp til å regulere seg, og bli trøstet. Også her kan en vise til resiliens forskning og det at skolen kan være en viktig beskyttelsesfaktor for barn som vokser opp med vold og konflikter hjemme. Gode mellommenneskelige relasjoner kan utgjøre en forskjell på om det går bra eller ikke (Bekkehus, 2012). For å unngå at elever faller fra i videregående skole kan mye gjøres for å sørge for at de klarer å være der. Å bli tatt vare på, møtt med respekt, at noen viser forståelse for det de strever med og finne gode løsninger på skolehverdagen kan bidra til at frafallsprosenten går ned.

Funn fra intervjuene viser at lærerstøtte er en viktig faktor for å mestre vanskelige følelser på skolen. En av ungdommene sa så klart at det var kun medmenneskelighet som telte. Denne ungdommen opplevde avvisning fra lærer når hverdagen ble tøff med beskjed om å gå til sin psykolog. Å være en som kan stogga en gråt betyr kanskje mer evnen til å vise menneskelighet og ikke nødvendigvis å inneha terapeutiske mål. For noen betydde lærerstøtte å ha et tett samarbeid med lærer, og ha et opplegg rundt seg som fungerte.

Erfaringene beskrevet i rapporten etter Utøya sier klart at en må snakke med elevene og gjøre individuelle tilrettelegginger (Barneombudet, 2012). Det som passer for en passer kanskje ikke for en annen, og det er bare gjennom en samtale med ungdommen selv en kan finne løsningen som passer for den enkelte. Studiens funn viser at det er store variasjoner på hvordan den enkelte opplever å bli møtt. Dette bekreftes også i rapporten etter Utøya (Barneombudet, 2012). Noen av ungdommene i undersøkelsen opplevde en skole som tok hensyn, la til rette i fag, så gjennom fingrene med fravær, ga individuelle tilpassede måter å løse prøver og oppgaver på, samt lot eleven få slingringsmonn. I disse tilfellene var det godt samarbeid mellom skolen, eleven, foreldrene og behandler. Samarbeidsmøter med fokus på å finne gode løsninger for den enkelte viser i denne studien at er viktige faktorer. Som behandler kan en ha en viktig rolle ved å være ungdommens talerør i et samarbeidsmøte, samt forvente forpliktelser fra skolen om å legge til rette. Som behandler har jeg erfaringer med at det ofte må mer enn et møte til, og at en må stille tydelige krav og masse på skolen for at endringer og tilpasninger skal skje. En av ungdommene uttalte at en må kjempe så mye for å få noe tilrettelagt. Denne

ungdommen påpekte viktigheten av å få hjelp og støtte til å uttrykke sine behov for tilpasset opplæring

Et av hovedfunnene fra intervjuene var vennenes betydning på skolen for å holde ut. Venner betydde alt fra det å hjelpe til når ting ble vanskelig til det å føles seg normal og få en pause fra det å være syk. Vennskap, latter og lek har også betydning for utvikling av hjernen, og artikkelen fra Eide-Midtsand beskriver nettopp disse viktige terapiprosesser som skjer i hjernen under lek og latter. Utvikling av refleksjon, forestillingsevne, empati og positive opplevelser som reorganiserer de dypere deler av hjernen gir viktige bidra til helbredelsesprosessen (Eide-Midtsand, 2011). Gjennom vennskap kan mentaliseringsevnen utvikles noe som vil ha stor betydning for å klar seg i en sosial verden. Mentaliseringsterapi kan være til hjelp ved å få ungdommene til å forholde seg til sin indre verden og se den ytre verden og se disse i en sammenheng (Håland, 2008). Det å utvikle mentalisering kan gjøres i samspill med andre mennesker og er et viktig bidrag til å utvikle disse evnene i naturlige sammenhenger. Fonagy påpeker at økt mentaliseringsevne vil gi bedre affektregulering og viser til at det er sammenheng mellom lav mentalisering og emosjonell dysregulering (Fonagy et al., 2007). Det Fonagy påpeker her stemmer godt med intervjuenes funn om betydningen av venner på skolen. Det å ha venner rundt seg hjalp på følelsesreguleringen. Funn fra intervjuene påpeker at med venner kunne en holde ut, fordi de var kjent med situasjonen. Andre beskriver viktigheten av å gjøre normale ungdomsting slik at en kunne glemme det vanskelige en stund.

6.2.6 Hvilke rettigheter i videregående skole har de benyttet og hvordan oppleves det?

Dimensjoner som trekkes frem her er:

Ungdommenes opplevelser av det å kunne:

- Bruke retten til utvidet tid i vgs.
- Bruke retten til å søke særskilt.
- Dialogen og samtalen i møte mellom eleven og skole

Avslutningsvis vil jeg løfte frem og diskutere noen av de tanker og refleksjoner ungdommene selv tok opp i forhold til dette, sett i lys av de rettigheter de har. I utgangspunktet var hensikten å kartlegge status i forhold til hvor ungdommene befant seg i det videregående løpet, men flere av ungdommene trakk frem hvordan de opplevde det å bli overtalt og ikke ble tatt med i beslutninger som faktorer som påvirket deres skolehverdag.

Et av funnene viser at flere ungdommer opplevde at beslutninger rundt deres skolesituasjon ble tatt uten at de var spesielt enige. Flere kan i ettertid se at dette ble en god løsning, men de følte seg overkjørt og de opplevde ikke å få være med sine klassekamerater i f.eks russetiden.

Bruken av retten til utvidet tid, og særskilt opplæring stemmer godt med det som er beskrevet kapittel 2.4 som omhandler kunnskapsstatus om elever med psykiske vansker og frafall i videregående.

Under prosjektets beskrivelser om dialogen, og med tanke på at denne undersøkelsen baseres på intervju som metode, blir ungdommers erfaringer sentralt å få frem i vår dialog. Andersen skriver om dialogen og den gode samtalen som en sentral faktor for å skape endring. Når en gjennom dialogen klarer å møtes, bli sett, hørt, verdsatt og forstått kan endring tre i kraft. Åpne samtaler blir sentralt, hvor en er deltager og ikke tilskuer til sitt liv (Andersen, 2008). I møte med mennesker som strever med å klare å holde de mål som samfunnet setter, er det viktig å finne gode løsninger. Ungdommene jeg snakket med hadde problemer med å takle at løsningen ble tatt over deres hode, men kunne se i ettertid at løsningen var god. Som rådgiver eller lærer vil det være viktig å hjelpe elevene med å ta de gode beslutningene. Andersens tanke om å føre åpne samtaler slik at en blir deltager og ikke tilskuer i sitt eget liv ville kanskje ha gjort at disse ungdommene fikk større eierskap til beslutningene enn de følte (Andersen, 2008).

Brukermedvirkning er en type innenfra forskning, hvor brukeren kan gi tilbakemeldinger på om behandlingen de får er nyttig (Duncan et al., 2008). Overført i skolesammenheng vil karakterer, fremmøte og trivsel være gode indikatorer på om tiltakene og tilretteleggingen er nyttige. Denne undersøkelsen viser at det er mange faktorer som er avgjørende for at skolehverdagen skal lykkes, og verdien på relasjonen, type belastninger ungdommen har vært utsatt for, samt den

grunnleggende tilliten og tryggheten de har i seg vil variere. For å få tak i den enkelte ungdoms behov kommer en ikke unna å ha samtaler med ungdommene. Da blir det også viktig at samtalene er gode.

6.3 Betydning for praksis i skole og behandlingsrom

Måten den norske skolen er organisert på, inkluderingspedagogikken og skoleplikten slik den er, vil garantere at det også i fremtiden blir traumatiserte ungdommer som skal møte sin hverdag der. Kunnskap om traumer og traumeforståelse blant lærere og rådgivere i skolen kan være en vei å gå. Gjennom lærerutdanningen bør psykiatri inn i større grad, og særlig hvordan det henger sammen at læringsevnen svekkes når en lever i fare, er utrygg eller plages av minner fra fortiden. Følelsesregulering er heller ikke noe som angår bare mennesker med psykiske vansker, og gjennom denne studien har vi sett at relasjonens betydning er stor. Vennskap, skolemiljø og læringsmiljø henger sammen med det å lykkes på skolen, og bør være sentrale mål alle steder unge mennesker befinner seg i en læringssituasjon.

Slik barne og ungdomspsykiatrien i dag praktiserer behandling gjennom poliklinikkene betyr det for mange ungdommer en ukentlig samtale med sin terapeut. Mange går i flere år til behandling, og har mange terapeuter. Savnet etter en fast terapeut er for mange stort, og det fremkommer i denne studien at en fast behandler ga størst effekt. Utfordringen for behandlingen er knyttet til tiden en har i behandlingsrommet, hvor så mange ting helst skal skje både effektivt og etter evidensbaserte metoder. Mye forskning i dag viser at DBT gir gode resultater for mennesker som sliter med å regulere følelser. Å utdanne flere til denne metoden ville kunne hjelpe flere med denne utfordringen. EMDR gir raskt lindring og er ofte til stor nytte under alle faser i traumebehandlingen. Også her ville det vært nyttig med flere behandlere som mestrer denne metoden.

Uansett vil det være behov for å skreddersy individuelle opplegg både i klasserommet og i terapirommet, og den gode samtalen må ligge til grunn for å skape relasjon og innsikt i erfaringene til ungdommen selv.

6.4 Fremtidig forskning

Kunnskaper om traumer og hvordan en skal møte ungdommer med trøblete bakgrunn i skolen vil alltid være til stede. Lærerutdanningen har mangelfull opplæring om traumer og hvordan hjernen og læringen påvirkes av traumer og dårlig omsorg.

Med utgangspunkt i studien, vil jeg trekke frem noen områder for videre forskning:

- Faktorer i vennskapet som gjør det så viktig og betydningsfullt for å mestre skolehverdagen for de som strever.

Studiens funn viser at vennskap er den faktor som betyr mest for ungdommer som strever på skolen. Å gå videre med å undersøke hvilke faktorer som ligger til grunn for å se hva som kjennetegner gode vennskap kunne vært av interesse.

- I hvilken grad kan skolens læringsmiljø sikre at de også rommer de med store konsentrasjonsproblemer?

Konsentrasjonsproblemer beskrives i denne studien som en stor utfordring, og gir store negative konsekvenser i form av dårlige karakterer og manglende kunnskaper. Skolens utfordringer på å ta individuelle hensyn blir ofte møtt med unnskyldninger som økonomi, plassproblemer og lærermangel. Å finne gode løsninger på f.eks bruk av hjemmeoppgaver som alternativ for de som sliter i klassemiljøet ville vært interessant å forske på.

- Skreddersøm i skole og behandlingsrom. Brukermedvirkning og fokus på de gode samtaler.

Gjennom denne studien har vi sett at det kreves individuelle opplegg. Ingen er lik, ingen har like behov og det fins ingen fasit for hvordan en kan tilrettelegge for en med en traumelidelse. Å hente ut erfaringer og kunnskaper om den enkelte elev krevere både at en snakker sammen og prøver å forstå. Brukermedvirkning vil kunne styrke ungdommenes autonomi, og kanskje kunne bidra til mer kunnskap og innsikt.

- Samarbeid mellom skole og barneungdomspsykiatri.

Retningslinjer for samarbeid, fleksibilitet fra skolen til å møte behov for tilrettelegging. I hvilken grad kan en bruke IOP der det ikke er fattet vedtak om spesialundervisning?

Mange ser på komplekse traumer i kraft av sin forekomst og de vidtrekkende og utviklingsmessige konsekvenser som et folkehelseproblem (Braarud, 2011). Kunnskapen vi i dag har om disse barnas vansker avdekker behov for oppdatering på tiltak og behandlingstilnærminger i tjenesteapparatet. Det viktigste er å skape trygghet for barna, stabilisere dem ved å møte deres behov på en måte som hjelper dem til senere å utvikle sine selvregulerende ferdigheter. Å opptre konstruktivt for denne gruppen er krevende og fordrer kunnskaper om affektsreguleringsvansker og traumer. Denne kunnskapen bør gjøres tilgjengelig for alle som er i kontakt med barn og ungdom, og tjenesteapparatet (Braarud, 2011).

7.0 KONKLUSJON

Målet for denne studien var å belyse problemstillingen; «Hvordan regulerer traumatiserte ungdommer sine følelser på skolen, og hvilke metoder og faktorer har de erfaringer med?»

Gjennom studien har det vært noen faktorer og metoder som har utmerket seg. Relasjonen til terapeut, lærer, foreldre og ikke minst venner har stått som viktige faktorer for å mestre vanskelige følelser når de dukker opp. Studien viser at det er forskjeller på hvordan skolen tilrettelegger og møter elever som strever med følelsesregulering. Noen synes skolen har gitt slingsmonn, andre synes de må kjempe så mye for å få noe hjelp. Et viktig funn i studien er at ungdommene gir uttrykk for at det er ikke bare en faktor som er avgjørende for å lykkes med å håndtere følelser på skolen, men mange. Både relasjonelle, praktiske og organisatoriske.

Studien viser også at ungdommer i traumebehandling har fått sin læringssituasjon påvirket. Kunnskaper om hvordan hjernen fungerer når den er i kamp-modus gir en innsikt i hvorfor læring blir vanskelig. Hvordan fravær møtes varierer, og er en faktor det etterspørres retningslinjer rundt.

Studien gjenspeiler det behandlingstilbudet som er tilgjengelig for ungdommer med traumediagnoser. Hvorvidt det finnes behandlingsmetoder som er mer effektive er avhengige av behandlerens faglige kunnskaper på området. Studien påpeker likevel hvor viktig relasjonen til terapeuten er.

Det kan synes som om unngåelse som angstmestring, stort fravær, lite forståelse fra skolen og få venner kan være viktige faktorer som skaper stort frafall i videregående skole for mange med psykiske problemer. Denne studien påpeker hvor viktig det er å *snakke med eleven*. Gjennom samtalen og relasjonen vil det være mulig å finne ut hvor skoen trykker, og finne løsninger som hjelper.

Per Sivle beskriver «mor sin song» som det som stogga gråten. Kanskje er det en varm klem og noen trøstende ord fra mennesker som bryr seg som lindrer mest for oss som mennesker når ting er vanskelig. Uansett om vi er terapeuter, lærere, venner eller medmennesker.

LITTERATURLISTE

- Aamodt, L. G. (2002). En forskjell som gjør en forskjell, den gode relasjon i et etisk perspektiv. I J. Lundstøl (Red.), *I dannelsens tegn: profesjonell selvforståelse i arbeid med mennesker* (s. 210 s.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andersen, T. (2008). Vegskifte. Det kvalitative forskningsintervju som ideal for den profesjonelle samtale. *Nordisk sosialt arbeid*, 28(1), 15-27.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). Dissosiasjon - noen diagnostiske overveielser. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 89-101). Oslo: Universitetsforl.
- Barneombudet (2012). *Katastrofeekspertene. Å leve videre etter Utøya 22.07.12*. ISBN
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bekkehus, M. (2012). *Resiliens - hvorfor klarer noen barn seg på tross av risiko?* Helsedirektoratet:
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 303 s.). Oslo: Universitetsforl.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub3/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Blindheim, A. R. (2008). Hjernen, integrering og traumebehandling. I A. Dyregrov & K. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis* (s. 164-177). Bergen: Fagbokforl.
- Borge, A. I. H. (2009). Vennskap. *Skolepsykologi* 4, 3-10.
- Braarud, H. C. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(10), 968-972.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. Lanktree, C., Blaustein, M., Sprague, C. (2007). Complex trauma in Children and Adolescents. *Focal Point*, 21(1), 4-8. Hentet fra http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/ComplexTrauma_All.pdf
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Duncan, B., Sparks, J., Fjeldstad, T., & Tuseth, A.-G. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyregrov, A. (2004). Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 2-9.
- Eide-Midtsand, N. (2011). En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 144-149.
- Ekeland, T.-J. (2008). Evidensbasert praksis. *Norsk Psykologforening*, 45(4), 406-407.
- Evenshaug, O., & Hallen, D. (1989). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal.
- Fisher, J. (2005). *Trauma survivors has symptoms instead of memories (Harvey 1990)*. Paper presented at the Trygge traymeterapeuter, Reinsvoll, Oppland.
- Fonagy, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. A. L. A., & Bonnevie, A. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Hart, O. v. d., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

- Heltne, U. G., Dyregrov, Atle, Raundalen, Magne (2006). *Ungdommers erfaringer med hjelpeapparatet* (Barne,- og likestillingsdepartementet).
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.
- Herman, J. L. (1995). *I voldens kjølvand: psykiske traumer og deres heling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hestetun, I., Larsen, Anne T. Brager, Magnussen, Solveig. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(12), 1475-1484.
- Hjermann, R. (2007). Psykologisk hjelp til barn og unge med krigsopplevelser. I H. Haavind, Øvreide, Haldor (Red.), *Barn og unge i psykoterapi* (s. 246-264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering av minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(11), 1150-1158.
- Håland, E. (2008). Et begrep som skaper nye relasjonene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1430-1433.
- Isdal, P. (2011). Blinde for voldens konsekvenser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(3), 262-264.
- Jacobsen, M. (2006). EMDR. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 155-177). Oslo: Universitetsforl.
- Jacobsen, T. T. (2012). Store endringer i psykiatrien. *Sykehus for alle, informasjonsavis fra Sykehuset Innlandet*.
- Johannessen, A., & Tuft, P. J. (2002). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforl.
- Klæth, J. R., Hagen, R. (2009). Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(11), 1049-1055.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæhlum, L., Haga, Egil. (2010). Pågående intervensjonsstudie for ungdom med gjentatt villet egenskade. *Suicidologi*, 15, 12-13.
- Mæhlum, L., Holseth, Kristin (2009). Selvskading - Hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(129), 759-762.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: W.W. Norton.
- Nijenhuis, E. R. S., Hart van der, Onno, Steele Kathy. (2006a). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 105-121). Oslo: Universitetsforl.
- Nijenhuis, E. R. S., Hart van der, Onno, Steele Kathy. (2006b). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 73-88). Oslo: Universitetsforl.
- Nordanger, D., Mjaaland, Thera, Lie, Gro Therese. (2006). PTSD og konrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(12), 1292-1299.
- Normann-Eide, E., Normann-Eide, Tove. (2007). Et påtrengende fravær av følelser - mentalisering og kombinasjonsbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1412-1415.
- Næss, E. T. (2011). Krisepedagogikk etter 22/7. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48(11), 1096-1098.

- Ogden, P., Pain, C., & Minton, K. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Schultz, J.-H., Raundalen, Magne. (2011). *Krisepedagogikk, Innspill til bearbeiding og videre arbeid i skolen etter terror på Utøya og i Oslo, 2011*. Retrieved from http://www.udir.no/Upload/Kriser/Krisepedagogikk_Terror_august2011.pdf database. NKVTS, Senter for Krisepsykologi.
- Solli, K.-A. (2005). *Kunnskapsstatus om spesialundervisningen i Norge: Revidert i juni 2004*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Sommerfeldt, B., Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8.
- St.meld. (1996-1997). *Åpenhet og helhet*.
- Weele, J. v. d. (2006). Styrk den indre veggen. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), (s. 138-154). Oslo: Universitetsforl.
- Weele, J. v. d. (2011). *"Too scared to learn"*. Foredrag. ATV. Oslo. Hentet fra atv-stiftelsen.no/upload/2011/06/02/atv-2011.pdf
- Weele, J. v. d., & With, A. (2008). *Sommerfuglkvinnen: kurshefte for kvinner som lever vanskelige liv*. Oslo: Alternativer til vold.

http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/dbt/forskningsprosjekt_dbt.html

<http://www.nkvts.no/fu/sider/prosjektinfo.aspx?prosjektid=1263>

<http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/psychotherapists.html>

http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/frafall-fra-videregaende-opplaring-og-ar.html?id=589824

http://www.nctsn.net/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf

www.cochrane.org

www.rvts.no

www.helsebiblioteket.no

http://www.modum-bad.no/filarkiv/File/Kildehuset/Kildekatalogen_-_2013.pdf

Forsidebilde: «Polarlomvi på reirhylla» Foto: Jon Simensen, publisert med tillatelse av fotograf.

INTERVJUGUIDE

Tema 1; Ungdommens bakgrunn i skole og behandlingsforløp:

Kan du si litt kort om hvor i det videregående løpet du befinner deg. Hvilke linje går du, og følger du vanlig forløp eller har du brukt lenger tid?

- Ordinært eller særskilt?

Kan du si noe om bositasjonen din? (Hybel, foreldre eller annen bositasjon).

- voksenpersoner som er viktige for deg.

Kan du fortelle meg litt om din behandling.

- Hvor lenge har du gått til behandling, hvor ofte. Alene?
- hva slags type behandling (Poliklinisk, innleggelse, gruppeterapi, samtaler med psykolog, behandler, helsesøster)

Er det mulig for deg, sånn helt kort å si noe om hvordan du og terapeuten din jobber med din traumeproblematikk?

- Individualterapi, familieterapi, gruppeterapi
- Faseorientert behandling over tid
- Metode
- Tegner, skriver, tidslinjer, narrativer
- Kognitiv behandling
- Bruk av EMDR

Tema 2; Om stabilisering og regulering i terapi:

Hvilken forståelse har ungdommens av disse begrepene?

- Stabilisering og regulering, forståelse av begrepene knyttet til følelser etter traumer

- Regulering av følelser, hvordan jobbes det?
- Holde minnene på avstand
- Kontroll over triggere
- Konsentrasjon
- Pusteøvelse
- konkrete stabiliseringsteknikker, og i så fall hvilke?(puste, telle, klappe, gå ut, smake, lytte, snakke med noen, musikk, tegne, bevegelse)
- Snakke til seg selv, selvinstruksjon, minne seg selv på at du er trygg nå
- Toleransevinduet

Tema 3; Om stabilisering og regulering på skolen:

Kan du fortelle litt, hvis det er slik for deg, om skolehverdagen din har blitt påvirket av det som har skjedd?

- Søvn
- konsentrasjon
- trygghet/utrygghet
- lyder som forstyrrer
- karakterer, frammøte

Har du opplevd at påminnere eller triggere forstyrrer deg i skolehverdagen?

- Kan du huske hva du gjorde da, hvordan du kom ut av det, og fikk det på avstand? Kontroll av følelser
- Har du et bevisst forhold til hvordan du skal håndtere triggere når de evt dukker opp på skolen? Øvd på noe?
- Kjenner du metaforen «toleransevinduet»? Er den nyttig for deg?

Tema 4. Faktorer som kan være viktige:

Kan du si noe om disse faktorene er avgjørende for at skoledagen skal gå bra?

Graderes etter 1-5 Ikke viktig (1) litt viktig (2), hverken viktig eller ikke viktig(3) ganske viktig(4) og svært viktig(5)

- Vennestøtte
- Foreldrene
- Lærer støtte
- Kjennskap til traumene på skolen blant lærere mm
- Å komme raskt hjem
- Tilrettelagt timeplan
- Å få lenger tid til å fullføre skolen
- Samarbeidet med skolen, foreldre, behandler
- Plassering i klasserom
- Det at alle timelærere vet noe
- Det å kunne ringe noen
- Fysisk aktivitet, det å kunne røre på seg
- Høre på musikk, tegne, skive
- Ha et rom å gå til
- Noe annet

Helt til slutt, er det noe du vil tilføye som du tenker er viktig å få frem?

Har jeg glemt noe?

Er det noe du vil tilføye?

Takk for hjelpen!!

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Egil Støfring
Avdeling for pedagogikk og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 28.09.2012

Vår ref: 31607 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31607	<i>Skoleungdommer i traumebehandling. Hvilke erfaringer og metoder bruker skoleungdommer for å regulere følelser og stabilisere seg</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Egil Støfring</i>
<i>Student</i>	<i>Anne Kari Simensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Anne Kari Simensen, Duevegen 2 B, 2323 INGEBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg 3

Forespørsmål om å delta i Masterprosjekt.

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Lillehammer, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er skoleungdommer i traumebehandling, og det jeg skal undersøke er hvilke erfaringer og faktorer som er med på å hjelpe til for å stabilisere seg og regulere følelser som er knyttet til traumene de er i behandling for. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6 personer i alderen 16-19 år som går på videregående skole. Spørsmålene vil dreie seg om hvilke metode de bruker for å regulere seg, og erfaringene med dette, samt hvilke faktorer som er med på å hjelpe dem til å regulere seg og holde ut en skoledag. Jeg vil også undersøke om stabiliseringsmetoder og regulering er tema i terapismøtene for å undersøke om det har overføringsverdi fra det som skjer i terapirommet til skolehverdagen. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om elever i traumebehandling bruker lenger tid på å fullføre vgs.

Jeg vil bruke en bærbar pc med lydopptager og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Til opplysning vil intervjuer være en erfaren traumeterapeut.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95415248, eller sende en e-post til anne_kari69@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Egil Støfring ved Høgskolen på Lillehammer på 95117058.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Anne Kari Simensen

Duevegen 2 B

2323 Ingeberg

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur:.....Telefonnr:.....

Vedlegg 4

Forespørsmål om å delta i Masterprosjekt

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Lillehammer, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er skoleungdommer i traumebehandling, og det jeg skal undersøke er hvilke erfaringer og faktorer som er med på å hjelpe til for å stabilisere seg og regulere følelser som er knyttet til traumene de er i behandling for. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6 personer som går på videregående skole. Spørsmålene vil dreie seg om hvilke metode de bruker for å regulere seg, og erfaringene med dette, samt hvilke faktorer som er med på å hjelpe dem til å regulere seg og holde ut en skoledag. Jeg vil også undersøke om stabiliseringsmetoder og regulering er tema i terapisaamtalene for å undersøke om det har overføringsverdi fra det som skjer i terapirommet til skolehverdagen. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om elever i traumebehandling bruker lenger tid på å fullføre vgs.

Jeg vil bruke en bærbar pc med lydopptager og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013.

Til opplysning vil intervjuer være en erfaren traumeterapeut.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95415248, eller sende en e-post til anne_kari69@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Egil Støfring ved Høgskolen på Lillehammer på 95117058.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Anne Kari Simensen

Duevegen 2 B

2323 Ingeberg

Samtykkeerklæring for ungdommer under 18 år.

Jeg/Vi har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å la vårt barn delta i studien.

Foreldre/Foresatte:.....Tlf:.....