



Barne-, ungdoms-  
og familiedirektoratet

# OPPLÆRINGSMATERIELL FOR TILSYNSPERSONER

Modul 2 Fosterbarna



## **Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet**

### **Postadresse**

Postboks 2233  
3103 Tønsberg

### **Besøksadresse**

Stensberggaten 27  
0170 Oslo

### **Sentralbord**

466 15 000

ISBN/ISSN: 978-82-8286-257-8

Nedlastning: [www.bufdir.no/fosterhjem/tilsyn/](http://www.bufdir.no/fosterhjem/tilsyn/)

Foto: colourbox.com

---

# INNHold

Modul 2 Fosterbarna - opplæringsmaterieil for tilsynspersoner

---

Hvem er fosterbarnet? .....	5
Barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året i hver aldersgruppe.....	5
Barn og unge plassert utenfor hjemmet.....	6
Hvor mange barn bor i fosterhjem? .....	6
Andelen barn og unge etter type fosterhjem og alder .....	8
1 av 4 barn med innvandrerbakgrunn får hjelpetiltak.....	8
1 av 7 barn med innvandrerbakgrunn får omsorgstiltak.....	8
Barn og unges fysiske helse .....	10
Barn og unges psykiske helse.....	11
Innledning til temaet tilknytning .....	15
Tilknytning .....	15
Trygg tilknytning.....	16
Utrygg tilknytning.....	16
Tre ulike former for utrygg tilknytning – unngående, ambivalent og desorganisert.....	17
Utrygg/unngående tilknytning.....	17
Utrygg/ambivalent tilknytning.....	17
Utrygg/desorganisert tilknytning .....	18
Indre arbeidsmodeller .....	19
Faktorer som kan føre til utviklings-forstyrrelser og tilknytningsproblemer.....	20
Utviklingstraumer .....	20
Seksuelle overgrep, fysisk og psykisk mishandling.....	21
Å håndtere tap .....	23
Tap og sorg er vanskelige tema .....	23
Tapsopplevelser .....	23
Barns sorgprosess.....	26
<b>Litteratur og nettdresser .....</b>	<b>30</b>



## Hvem er fosterbarnet?

I denne delen skal vi se på litt statistikk for antall plasserte barn i fosterhjem og om fosterbarns fysiske og psykiske helse.

Hele modul 2 er nokså teoritung, og det anbefales å dele undervisningen opp, slik at det ikke blir for mye på samme dag/kveld.

## Barn og unge med tiltak fra barnevernet i løpet av året i hver aldersgruppe

Statistikk er hentet og bearbeidet fra

[http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Barn\\_som\\_mottar\\_tiltak\\_fra\\_barnevernet/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_som_mottar_tiltak_fra_barnevernet/)

*Her vil det årlig komme ny statistikk på barnevernsområdet. Det anbefales derfor at du sjekker om det er kommet ny statistikk før du skal holde kurs.*

### Stadig flere barn mottar tiltak fra barnevernet

Etter å ha undersøkt forholdene i hjemmet kan barneverntjenesten sette inn tiltak. I løpet av 2013 mottok i overkant av 53 000 barn tiltak fra barnevernet. Det tilsvarer 36 barn og unge per 1000 i alderen 0 til 22 år i befolkningen. Det er en sterk økning fra 2003, hvor 27 barn per 1000 barn og unge mottok hjelp fra barnevernet.

### Flest ungdommer får hjelp av barnevernet

Sett i forhold til befolkningen i hver aldersgruppe er det stor variasjon i hvor mange barn og unge som mottar tiltak fra barnevernet. Det er flest i aldersspennet 13 til 17 år som mottar tiltak. 51 av 1000 ungdommer i dette aldersspennet mottok tiltak fra barnevernet i 2013. Dette er en langt høyere forekomst enn for barn fra 0 til 2 år, hvor det tilsvarende tallet er 20.

Følgende tabell kan brukes som støtte til foilen.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>0-22 år</b>	36 006	37 648	39 223	40 441	42 625	44 167	46 487	49 781	52 098	53 198	53 150
<b>0-2 år</b>	2 118	2 152	2 243	2 381	2 618	2 907	3 193	3 505	3 652	3 676	3 609
<b>3-5 år</b>	4 967	5 083	5 173	5 101	5 325	5 349	5 723	6 202	6 744	6 867	6 963
<b>6-12 år</b>	13 738	14 307	14 750	15 107	15 975	16 488	17 126	17 964	18 582	19 094	19 072
<b>13-17 år</b>	11 399	12 223	12 861	13 492	14 301	14 841	15 590	16 466	16 790	16 782	16 489
<b>18-22 år</b>	3 730	3 828	4 123	4 286	4 346	4 509	4 779	5 552	6 243	6 638	6 850
<b>Uoppgitt</b>	54	55	73	74	60	73	76	92	87	141	167

NB! Tallene samlet (0-22 år) og tallene for uoppgitt er ikke presentert i foilen.

## Barn og unge plassert utenfor hjemmet

Foilen viser graf over **andelen** barn og unge plassert utenfor hjemmet etter type barnevernsplassering og alder. Under følger tilsvarende oversikt

Følgende tabell kan brukes som støtte til foilen.

	Alle	0-2 år	3-5 år	6-12 år	13-17 år	18-22 år	Uoppgitt
Totalt	14 077	666	1 137	3 995	5 486	2 787	6
Barneverninstitusjon	1 466	19	36	184	1 020	206	1
Fosterhjem	10 662	646	1 099	3 807	3 924	1 184	2
Bolig med oppfølging (inkl. bofellesskap)	1 949	1	2	4	542	1 397	3

NB! Tallene samlet (0-22 år) og tallene for uoppgitt er ikke presentert i foilen.

## Hvor mange barn bor i fosterhjem?

Tall per 31.12.2013

Blant barn og unge som bor i fosterhjem, er det langt mer vanlig at fosterhjemmet er rekruttert utenfor familie og nære nettverk.

- Ved utgangen av 2013 bodde 66 % av barn og unge i et slikt fosterhjem (7 013 barn).
- 23 % bodde i fosterhjem hos familie og nære nettverk (2 444 barn).
- Nesten like mange barn og unge var plassert i beredskapshjem som i statlige familiehjem, henholdsvis 6 og 5 %.

Følgende tabell kan brukes som støtte til prosentene i foilen.

	<b>Absolutte tall</b>	<b>Prosent</b>
Alle barn	10 662	100,0 %
Fosterhjem i familie og nære nettverk	2 444	22,9 %
Fosterhjem utenfor familie og nære nettverk	7 013	65,8 %
Statlige familiehjem	577	5,4 %
Beredskapshjem	628	5,9 %

Kilde: SSB Barnevern

Andelen fosterbarn som bor i et fosterhjem i familie eller nært nettverk er økende. I 2014 var andelen nye plasseringer i denne typen ca. 45 %.

### **De fleste barn og unge mottar hjelpetiltak hjemme**

De aller fleste barn får hjelpetiltak i sitt eget hjem fra barnevernet. Dette kan for eksempel være råd og veiledning i foreldreskap, økonomisk støtte eller avlastning i hjemmet.

### **Nær 4 av 10 bor utenfor hjemmet**

Samtidig bodde nær 4 av 10 av barna som fikk tiltak fra barnevernet, utenfor hjemmet ved utgangen av 2013. De siste årene har det vært en svak økning i andelen som plasseres utenfor hjemmet, fra 34 % i 2003 til 38 % i 2013. Dette omfatter blant annet barn som bor i fosterhjem, beredskapshjem, institusjon og hybel. Sistnevnte inkluderer imidlertid også mange enslige mindreårige flyktninger som er bosatt av kommunene og får hjelp gjennom barnevernet.

### **Fosterhjem er det vanligste tiltaket ved plassering utenfor hjemmet**

De aller fleste som er plassert utenfor hjemmet, bor i et fosterhjem. Dette gjaldt i overkant av 10 600 barn ved utgangen av 2013. I overkant av 1400 barn bodde på en barnevernsinstitusjon på samme tidspunkt.

### **Type plassering utenfor hjemmet varierer med alder**

Det er svært stor aldersvariasjon i hvor barna plasseres i regi av barnevernet. Fosterhjem er det klart vanligste tiltaket for barn og unge under 18 år, men mange fortsetter å bo i fosterhjem også etter at de er fylt 18 år.

### **Institusjon er vanligst blant ungdommene**

Institusjon er vanligst blant unge mellom 13 og 17 år, hvor 19 % av plasserte ungdommer bodde på institusjon ved utgangen av 2013. Som regel velges institusjon fordi dette er tiltaket barnevernet mener passer ungdommen best, men i noen tilfeller lykkes det ikke barnevernet å finne et fosterhjem som vil ta i mot en ungdom. I tillegg blir flere ungdommer først plassert i et fosterhjem før de blir omplassert til en barnevernsinstitusjon.

## Andelen barn og unge etter type fosterhjem og alder

### 73 % av barn og unge i fosterhjem var i alderen 6–17 år

Ved utgangen av 2013 var 73 % av barn og unge i fosterhjem i alderen 6–17 år, og de fordelte seg nesten likt mellom aldersgruppene 6–12 år og 13–17 år. De yngste barna utgjorde til sammen 16 % av de fosterhjemsplasserte, hvor andelen av 3–5-åringene var noe høyere enn blant 0–2-åringene. 11 % var frivillig plassert i fosterhjem som et etterverntiltak (18–22 år).

### Aldersvariasjoner mellom fosterhjemstypene

Aldersfordelingen mellom barn og unge som enten bor i eller utenfor fosterhjem i familie og nettverk er relativt lik, og gjenspeiler fordelingen blant alle barn i fosterhjem. Andelen barn i alderen 0–2 år var ved utgangen av 2013 imidlertid noe høyere i fosterhjem utenfor familie og nettverk, og noe lavere blant tenåringene (13–16 år) sammenlignet med slektsfosterhjem.

Statlige familiehjem benyttes i stor grad av tenåringer, hvor hele 62 % av plasseringene gjaldt aldersgruppen 13–17 år. I beredskapshjem er det en overvekt av yngre barn. Hele 80 % av plasseringene omfattet barn i alderen 0–12 år, og denne midlertidige fosterhjemstypen hadde den høyeste andelen av små barn under 6 år (33 %).

## 1 av 4 barn med innvandrerbakgrunn får hjelpetiltak

Barn med innvandrerbakgrunn er enten innvandret selv eller er født i Norge med foreldre som er innvandret.

- Innvandrere; person født i utlandet av utenlandske foreldre og som selv har innvandret til Norge
- Norskfødt med innvandrerforeldre; person født i Norge med to foreldre som er innvandrere

## 1 av 7 barn med innvandrerbakgrunn får omsorgstiltak

### **Omfanget av omsorgsovertakelser blant innvandrere**

- Per 1.1.2013 var det 13,6 prosent innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre blant alle barn og unge i alderen 0-22 år i Norge.
- I alt utgjør innvandrergruppen nesten 200 000 barn og unge. Av det totale antallet på ca. 53 000 barn og unge som fikk hjelp av barnevernet i 2012, var det 12 467 barn og unge fra denne gruppen.
- Tabellene under viser blant annet et utvalg av land vedrørende omsorgstiltak i Norge per 1.1.2013.



- Enslige, mindreårige asylsøkere og flyktninger med tiltak fra barnevernet er også inkludert i denne statistikken. Det kan gi et feilaktig bilde for enkelte grupper. Det er imidlertid svært sjelden barnevernet overtar omsorgen for disse. Gruppen gjør derfor trolig ikke utslag på den delen av statistikken.

### Innvandrerbarn med barneverntiltak etter landbakgrunn

	Antall bosatte barn 1.1.2013. 0-17 år	Antall barn med omsorgstiltak per 31.12.2012, 0-17 år	Andel med omsorgstiltak per 1 000 bosatte 0-17 år
Estland	480	3 eller lavere	0
Irak	3 212	46	14.3
Iran	1 148	12	10.5
Latvia	1 159	4	3.5
Litauen	3 972	11	2.8
Nigeria	154	4	26
Pakistan	959	6	6.3
Polen	8 471	18	2.1
Romania	834	3 eller lavere	0
Rusland	2 318	20	8.6
Somalia	4 933	53	10.7
Sri Lanka	305	6	19.0

Tabell 1 Innvandrerbarn med barneverntiltak etter landbakgrunn. Antall og per 1 000 barn. 2012. Kilde: SSBs barnevernstatistikk

## Norskfødte barn med innvanderforeldre med barneverntiltak etter landbakgrunn

	Antall bosatte barn 1.1.2013. 0-17 år	Antall barn med omsorgstiltak per 31.12.2012, 0-17 år	Andel med omsorgstiltak per 1 000 bosatte 0-17 år
Estland	230	3 eller lavere	0
Irak	7 491	34	4.5
Iran	2 714	22	8.1
Latvia	416	3 eller lavere	0
Litauen	1 934	3 eller lavere	0
Nigeria	298	3 eller lavere	0
Pakistan	7 985	38	4.8
Polen	5 398	7	1.3
Romania	673	3 eller lavere	0
Russland	2 103	6	2.9
Somalia	8 659	50	5.8
Sri Lanka	4 658	32	6.9
Tsjekkia	113	3 eller lavere	0

Tabell 2 Norskfødte barn med innvanderforeldre med barneverntiltak etter landbakgrunn. Antall og per 1 000 barn. 2012. Kilde: SSBs barnevernstatistikk

## Barn og unges fysiske helse<sup>1</sup>

Forskning viser at fosterbarn er langt dårligere stilt helsemessig enn andre barn. Helse er noe annet og mer enn fravær av sykdom. Helse dreier seg om muligheten til å inngå i og realisere oppgaver, verdier og mål som har verdi i en gitt kontekst, og kan for eksempel deles inn i følgende dimensjoner:

1. en god helbred uten symptomer, skader eller alvorlig sykdom,
2. god evne til å fungere i relasjon til familie, skole og venner,
3. god skoletrivsel, trivsel i nære omgivelser og med livet i det hele tatt og
4. god helseatferd.

Det er først det siste tiåret at forskningen om helse og behov for helsetjenester blant fosterbarn og andre plasserte barn og unge, har hatt et særlig omfang. Før det var forskningen spredt og mangelfull, og det fantes bare få internasjonale studier. De som fantes, viste imidlertid at plasserte barn og unge både hadde dårligere helse og mottok færre helsetjenester enn barn og unge de kunne sammenliknes med.

<sup>1</sup> Teksten er basert på kapittel 3.3.1. fra Backe-Hansen et al. 2013

Forskningen har i større grad vært opptatt av psykisk enn av fysisk helse blant plasserte barn og unge. En forskningsoversikt fra 2009<sup>2</sup> oppsummerte at det fortsatt var betydelige kunnskapshull når det gjelder plasserte barns somatiske plager. Man kunne likevel konkludere med at<sup>3</sup>:

- Plasserte barn og unge har allerede fra fødselen av dårligere helse enn andre, i det de hyppigere fødes med perinatale sykdommer, misdannelser eller kromosomanomalier.
- Plasserte barn og unge lider oftere enn de som ikke er plassert, av en rekke diagnostiserte fysiske sykdommer i blant annet ører, øyne, fordøyelses- og åndedrettsorganene og nervesystemet.
- Til tross for dette oppleves ikke nødvendigvis plasserte barn og unge som sykere enn andre når det gjelder mer vanlige infeksjoner og sykdommer. Forskningen er imidlertid ikke entydig med hensyn til om plasserte barn og unge virker sykere i hverdagen enn andre.
- Antallet somatiske diagnoser endrer seg ikke nevneverdig i løpet av plasseringen.
- Forskjellene mellom plasserte og ikke-plasserte barns fysiske helse utliknes i stor grad når man kontrollerer for deres sosioøkonomiske bakgrunn. Det betyr at utsatte barn har en betydelig oversykkelighet enten de er plassert eller ikke, noe som uansett bør tas med i planleggingen av tiltak for denne gruppa. Dette er et viktig poeng, som også har betydning i studiet av andre typer helseforskjeller.

Disse og de resultatene vi presenterer nedenfor gjaldt altså plasserte barn og unge i sin alminnelighet, og ikke bare fosterbarn. Senere i denne delen av kapitlet oppsummerer vi kort en del norsk forskning som viser at unge voksne med bakgrunn fra fosterhjem eller institusjon ser ut til å ende opp ulikt på en del levekårsmål.

## Barn og unges psykiske helse<sup>4</sup>

Det har vært langt større forskningsbasert interesse for den psykiske helsen til plasserte barn og unge enn for deres psykiske helse. Forskningen fram til 2009 kunne oppsummeres på følgende måte når det gjelder psykiatriske diagnoser og psykisk, ikke-diagnostisert helse og trivsel<sup>5</sup>:

- En langt høyere andel blant plasserte barn og unge har flere barnepsykiatriske diagnoser enn deres jevnaldrende. Dette gjelder også sosialt utsatte barn som ikke er plassert.
- Plasserte barn og unge skårer markant dårligere på et hyppig brukt kartleggingsinstrument<sup>6</sup> enn jevnaldrende som ikke er plassert. Noen av forskjellene reduseres ved kontroll for sosioøkonomiske

---

<sup>2</sup> Egelund et al. 2009

<sup>3</sup> Backe-Hansen, Egelund & Havik, 2010

<sup>4</sup> Teksten er basert på kapittel 3.3.2. fra Backe-Hansen et al. 2013

<sup>5</sup> Kilde: Backe-Hansen, Egelund & Havik, 2010

<sup>6</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) er et screeninginstrument som dekker aldergruppene fra 3-16 år. Det består av 25 items som samles til fem skalaer, knyttet til emosjonelle symptomer, atferdsvansker, hyperaktivitet/konsentrasjonssvikt, problemer med relasjoner til venner og prososial atferd. Det er også et samlemål. Instrumentet er hyppig brukt i ulike nordiske sammenhenger.

bakgrunnsvariabler, men plasserte barn og unge viser stadig flere atferdsproblemer og større grad av hyperaktivitet, også i forhold til ikke-plasserte barn og unge som er sosialt utsatte.

- Plasserte gutter er mer utsatt for psykiske vansker enn jenter. Barn som er plassert på grunn av «egne problemer», for eksempel atferdsvansker, er mer utsatt enn barn som er plassert på grunn av foreldrenes problemer. Det er også indikasjoner på at stabilitet i plasseringsforløpet skaper bedre vilkår for psykisk helse enn ustabile forløp (definert som mange skifter i plasseringssted).

Tre studier, alle fra 2009, illustrerer forekomsten av psykiske vansker blant plasserte barn:

- en dansk (Egelund & Laustsen, 2009)
- en norsk (Havnen et al. 2009) og
- en britisk (McAuley & Davis, 2009)

Samtlige dreier seg om emosjonell og/eller mental helse blant barn under omsorg. Ingen av dem dreier seg bare om fosterbarn. Fosterbarn inngår som en del av utvalgene, i størst grad i den norske studien.

## **To prevalensstudier<sup>7</sup> av mentale helseproblemer blant plasserte barn og unge**

(Resultater fra Danmark og Storbritannia)

Egelund og Lausten (2009) sammenliknet en kohort<sup>8</sup> med danske barn født i 1995 som enten var eller hadde vært plassert utenfor hjemmet med barn født samme år der familien hadde mottatt tiltak i hjemmet, og med alle barn født samme år som ikke hadde mottatt noen form for barnevernstiltak. Antall barn under omsorg var 1072, antall barn hjemme med tiltak var 1457, mens sammenligningsgruppa bestod av 71 321 barn.

Formålet med studien var for det første å identifisere prevalensen av mentale helseproblemer blant barn i fosterhjem og institusjon sammenliknet med barn som bodde hjemme med tiltak og barn som ikke hadde mottatt noen form for barnevernstiltak. For det andre ønsket man å analysere hvilke faktorer som har sammenheng med mentale helseproblemer blant barn under omsorg.

Prevalensdata ble etablert på grunnlag av nasjonale registerdata, inkludert data om psykiatriske diagnoser for barnas del, samt surveydata bygget på *The Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) fra alle tre grupper. SDQ forelå fra 433 barn under omsorg, 98 barn som bodde hjemme med tiltak og 5242 barn som ikke hadde mottatt noen form for tiltak.

---

<sup>7</sup> Prevalens kan defineres som *hvor mange individer i en bestemt gruppe som har en gitt tilstand, gjerne på et gitt tidspunkt*. Kilde: Braut (2009).

<sup>8</sup> Kohort, en gruppe mennesker født i samme tidsperiode. For eksempel vil de som er født i samme fødselsår, tiår eller generasjon sies å være i samme kohort. *2014-kohorten av jenter* betyr for eksempel den gruppen jenter som er født i 2014. Kilde: Sterri og Braut (2014)

Resultatene viste at 20 prosent av barna under omsorg hadde minst en psykiatrisk diagnose, sammenliknet med tre prosent av barna som ikke hadde mottatt noen form for barnevernstiltak. Dessuten ble nesten halvparten (48 %) av barna under omsorg skåret innen det abnormale området i SDQ, til forskjell fra fem prosent av dem som ikke hadde mottatt noen form for barnevernstiltak.

Resultatene for barna som var hjemme uten og med tiltak, var henholdsvis 21 prosent og 30,5 prosent. Det viste seg videre at faktorene som forklarer forekomsten av mentale helseproblemer med ett unntak ikke var de samme for barn under omsorg og de to andre gruppene. Unntaket var barnets kjønn: gutter hadde flere problemer uansett. For sammenlikningsgruppa var det de «vanlige» faktorene som slo ut når det gjaldt å skåre innen det abnormale området på SDQ, som å være barn av enslig forsørger eller å ha foreldre med psykiske vansker. Forfatterne antar imidlertid at barn under omsorg vanligvis er utsatt for en rekke flere risikofaktorer.

McAuley og Davis (2009) analyserte data fra en nasjonal prevalensstudie av barn og unges mentale helse som ble gjennomført i Storbritannia i 2000, kombinert med data fra den første nasjonale studien av mental helse blant barn under omsorg som ble gjennomført i 2003 (n=1039). En viktig målsetting var å sammenlikne utbredelsen av mentale helseproblemer i de to gruppene. Forfatterne fant for det første at utbredelsen var langt høyere blant barn under omsorg: 45 prosent i motsetning til 10 prosent. Med andre ord var andelen barn under omsorg med mentale helseproblemer omtrent den samme som i det danske utvalget, men høyere når det gjaldt barn som ikke hadde mottatt barnevernstiltak.

For det andre fant forfatterne at barn i institusjon hadde flere mentale helseproblemer enn barn som var plassert i ordinære fosterhjem eller fosterhjem hos slekt eller venner (70 % sammenliknet med 40 % og 32 %). Dette kan tilsa en seleksjon til type tiltak, og/eller at belastningene knyttet til institusjonsplassering versus andre plasseringsformer er større. Forfatterne diskuterer imidlertid ikke dette spørsmålet her. Ettersom analysene dekket barn og unge mellom 5 og 17 år, forelå også analyser gruppert etter alderskategoriene 5–10 år og 11–17 år. Resultatene viste at forskjellen mellom barn under omsorg og andre barn var litt større blant de minste barna. Clausen og Kristofersen (2008) påpeker også at fosterbarn, ser ut til å bli mindre problembelastet på sikt enn barn som plasseres i institusjon eller plasseres når de er eldre. En nyere norsk undersøkelse over et utvalg fosterbarn viser dessuten høy komorbiditet<sup>9</sup>, det vil si at flere av barna som inngikk i undersøkelsen hadde mer enn en diagnose (Lehmann, et al. 2013).

---

<sup>9</sup> Komorbiditet, (samsykelighet), forekomst av flere ulike lidelser samtidig hos samme person. Kilde: Malt (2014)

## Videre lesning

Lehmann, Stine og Einar R Heiervang, Toril Havik og Odd E. Havik (2014). *Screening Foster Children for Mental Disorders. Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire*. Plos One<sup>10</sup>

Lehmann, Stine, Odd E. Havik, Toril Havik Einar R. Heiervang (2013). *Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors*. BioMed Central<sup>10</sup>

Braarud Hanne Cecilie (2012). *Oppdatert kunnskap om tidlig utvikling med tanke på kompensierende tiltak, inkludert å hente barnet*.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Kan lastes ned fra Bufdirs nettbibliotek, <http://www.bufdir.no/Bibliotek/>

<sup>11</sup> Vedlegg 1 i NOU 2012:5

## Innledning til temaet tilknytning

Som tilsynsperson vil du møte ulike barn med ulike behov og uttrykksformer. Barn blir preget av den omsorgen de har fått og den omsorgen de får i fosterhjemmet.

*Denne delen kan med fordel innledes med øvelsen «Anne og Marie». Se verktøykassen.*

## Tilknytning

- Når et barn blir født er det avhengig av sine omsorgspersoner for å overleve. Tilknytning er de sterke følelsesmessige båndene som knyttes mellom barnet og barnets omsorgsperson.
- Tilknytningsteorien ble opprinnelig utviklet av John Bowlby (1969,1988) og Mary Ainsworth (1978) for å forstå og beskrive de prosessene som resulterer i et psykologisk bånd mellom barn og omsorgsgiver og er selve grunnlaget for menneskets utvikling. Den atferd som barn viser i forbindelse med atskillelse fra og gjenforening med en bestemt tilknytningsperson. En atferd som har til hensikt å øke sannsynligheten for nærhet til tilknytningspersonen.
- Tidligere har man ment at barnet knytter seg til den personen som på en god måte tilfredsstilte barnets behov. Først kom tilfredsstillelse av barnets fysiske behov for mat og bleieskift og så kom tilknytning og kjærlighet.
- Det vil si hvis foreldrene ikke ivaretok barnets grunnleggende behov så ville ikke tilknytning skje men forskning har vist at dette ikke er riktig. Barn har en biologisk medfødt disposisjon til å knytte seg til den personen som "er der over tid" uavhengig av biologiske bånd, uavhengig av hvordan, i hvilken grad og på hvilken måte denne personen ivaretar barnets fysiske, materielle og emosjonelle behov (Bowlby, 1988).
- Barn er innstilt fra dag en mot andre mennesker og fanger opp hvordan menneskene rundt dem forholder seg til dem. Barn knytter seg til den omsorgsgiveren som er der over tid for å få beskyttelse dvs. det er en overlevelsesstrategi for barnet. Målet for barnet er å føle sikkerhet, trygghet og beskyttelse. Barnet vil utvikle en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner eller en utrygg tilknytning.
- Mary Ainsworth (1971,1978) identifiserte ulike tilknytningsmønstre for barns tilknytning til omsorgspersonen gjennom sine studier av spebarn. Hun forsket på hvilke omsorgssituasjoner som påvirket en trygg eller en utrygg tilknytning hos barnet og fant 4 sentrale viktige dimensjoner hos omsorgsgiver- som påvirket barnets tilknytning -tilgjengelighet, sensitivitet, godtakelse, og samarbeid.
- Studiene ble gjennomført både i barnas hjemmemiljø og i «fremmedrom situation» Ainsworth identifiserte to ulike kategorier for utrygg tilknytning – utrygg/unnvikende og utrygg/ ambivalent. Senere ble det lagt til en tredje kategori for utrygg tilknytning- utrygg/desorganisert (Main og Solomon 1986)

- Hvis omsorgsgiveren reagerer sensitivt og differensiert på barnets signaler og reaksjoner utvikler barnet en trygg tilknytning og utvikler seg positivt (Bowlby, 1988)) Barnet er trygg til å utforske verdenen rundt seg og er sikker på at han eller hun kan returnere til den trygge basen-omsorgsgiver for beskyttelse og omsorg.
- Hvis omsorgsgiveren reagerer med likegyldighet, avvisning, uforutsigbarhet eller aggresjon utvikler barnet en utrygg tilknytning og får en dårlig plattform og står i fare for en negativ utvikling.
- Fosterbarn som andre barn er forskjellige og det de strever med kan variere i omfang og type barn. De kan representere utfordringer på det emosjonelle, sosiale, kognitive og atferdsmessige plan for sine omsorgsgivere og andre.
- Selv om barn har vokst opp i familier som gir risiko for skjevutvikling trenger ikke tidlige skader hos barn å være uopprettelige, barnets personlighet, tidlig intervensjon og tilpassede tiltak ser ut til å ha betydning for en bedret fungering.

## Trygg tilknytning

- Barn som erfarer sensitiv omsorg, som har omsorgspersoner som er stabilt å tilstede for dem vil utvikle en trygg og god tilknytning.
- Barnet blir sett, hørt og tatt vare på, på en god og forutsigbar måte.
- Barnet responderer positivt på omsorgspersonen og føler seg verdifull. Begge parter opplever mestring og nærhet. Omsorgspersonen/foreldrene responderer positivt og føler seg verdifulle for barnet og en god sirkel er startet.
- Barnet kan uttrykke følelser direkte i samspill med foreldrene og kan søke nærhet under stress. Foreldrene er sensitive overfor barnets signaler og barnet opplever å bli sett og møtt ut fra sine behov.
- Barnet bruker foreldrene som en trygg base for utforskning av omgivelsene og har en trygg base å vende tilbake til når det har behov for trøst og beskyttelse
- Verden vil meg vel de voksne er til å stole på og jeg kan utvikle meg selv med bistand fra de voksne rundt meg.

## Utrygg tilknytning

- Noen barn blir ikke møtt på en sensitiv og omsorgsgivende måte. De kan ha erfaring med omsorgspersoner som har vært uforutsigbare, sviktende, skremmende, som har ignorert/avvist i sin omsorg ovenfor barnet.



- Barn som ikke erfarer sensitiv omsorg og som ikke har stabile voksne rundt seg vil ofte utvikle en utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner. Disse barna vil ofte utvikle ulike former for strategier for å sikre seg mest mulig beskyttelse og omsorg. Dette vises ofte gjennom barnets adferd og barnets utrygge tilknytning til sine tidligere omsorgspersoner kan påvirke barnets evne til å knytte seg til nye omsorgspersoner.
- Barnet opplever at verden ikke er et trygt sted å være, de voksne er ikke til å stole på. Foreldrene/omsorgspersonene blir ikke en trygg base for barnet å utforske verden fra
- Foreldrene og barna opplever lite mestring og nærhet og en vanskelig sirkel begynner for begge.

## Tre ulike former for utrygg tilknytning – unngående, ambivalent og desorganisert

I det videre vil vi snakke om tre ulike former for utrygg tilknytning:

- ▶ Unngående (unnvikende)
- ▶ Ambivalent (motstridende)
- ▶ Desorganisert

### Utrygg/unngående tilknytning

- Noen barn har erfart en omsorg hvor det ikke har blitt sett og besvart, blitt avvist og ignorert. Barnet vil ha med seg inn i fosterhjemmet en utrygg/-unngående tilknytningsstil.
- Oppstår ved forelderens mer konsekvente avvising av barnets tilknytningsbehov.
- Barnet har lært seg at tydelige emosjonsuttrykk, særlig negative, fører til at forelderen blir enda mer utilgjengelig.
- Strategien for å håndtere dette og sikre optimal nærhet og trygghet, blir for barnet å undertrykke emosjoner og minimalisere tilknytningsbehov. Barnet gir generelt lite uttrykk for sine følelsesmessige tilstander i samspill med foreldrene.

### Utrygg/ambivalent tilknytning

- Barnet har gjort erfaringer med at foreldrenes tilgjengelighet veksler og er inkonsistent med barnets egne behovs signaler. Foreldrenes uforutsigbarhet er vanskelig for barnet. Noen ganger blir barnet sett og besvart, andre ganger avvist og ignorert. Disse barna vil ha med seg en utrygg/-ambivalent tilknytningsstil in i fosterhjemmet.

- Barnets atferd blir en blanding av oppmerksomhetssøkende adferd og motstand mot nærhet i relasjon til omsorgspersonene.. Barnet kan ha en lav terskel for å søke beskyttelse og trøst, og kan ofte maksimere sine tilknytningssignaler. Dette fører til at barnet er lite utforskende og nysgjerrige i lek og aktivitet.
- Barnet vil utvikle en strategi som det opplever vil bidra til å øke deres nærvær til omsorgspersonen

### Utrygg/desorganisert tilknytning

- Er en form for utrygg tilknytning der barnet ikke har fått mulighet til å utvikle en organisert strategi for å føle seg trygg i samspillet med sine omsorgspersoner.
- Barnets handlinger kan ofte være motstridende og ufullstendige, og de mangler ofte mål og mening med det de gjør i relasjon til foreldrene.
- Det har erfaringer med at foreldrene i ulike situasjoner virker skremmende eller truende. Barnet har erfart fysisk vold, sinne, overgrep og/eller annen uforutsigbar omsorg fra sine omsorgspersoner.
- Når den personen som barnet er avhengig av i forhold til omsorg og beskyttelse, er den samme personen som gir opphav til angst og frykt blir det for vanskelig for barnet å utvikle en strategi. Barnet opplever redsel og frykt, men har ingen å henvende seg til for å få hjelp og får da en utrygg/ desorganisert tilknytning.
- Barnet kan forsøke å overleve med å ta kontroll over foreldrene fordi det ikke klarer å utvikle en klar overlevelsesstrategi.

Noen kjennetegn ved barn med tilknytningsvansker/utviklingsforstyrrelse kan være

- utagerende adferd /innesluttet
- stort behov for kontroll
- raske humørskiftninger i kontakt med andre
- utprøving av grenser
- sjalusi og misunnelse
- stort omsorgs- og oppmerksomhetsbehov
- vanskeligheter med å innrømme egne feil
- ukritisk kontakt med andre
- manglende innlevelse i andres følelser (empati)
- problemer knyttet til identitet og selvbylde
- læringsproblemer

## Indre arbeidsmodeller

- For å hjelpe oss å forstå relasjonens betydning om hva barnet lærer om seg selv og i samspill med andre og hvorfor dette virker inn på hvordan barnet møter verden utviklet Bowlby et begrep som han kalte for «indre arbeidsmodeller av seg selv og andre»
- Det er våre grunnleggende antagelser om oss selv, andre og relasjoner. (Bowlby)
- Ut ifra de erfaringer vi gjør i livet vil våre indre arbeidsmodeller bli befestet eller modifisert. Hvordan omsorgspersonen svarer på barnets behov for å søke nærhet og å utforske verden, avgjør barnets opplevelse av seg selv og hvordan barnet opplever omverden.
- Eks: trygge barn har lært at «jeg kan stole på mine nærmeste», og har forventninger om at andre skal være omsorgsfulle.
- Barns tidlige erfaringer er grunnleggende for hvordan barnet håndterer frykt og farer som truer.
- Evnen til å knytte seg til nye mennesker henger sammen med hvor trygt man tidligere har knyttet seg
- Indre arbeidsmodeller er noe vi alle har gjennom livet og som kan endres på!!

### Trygg tilknytning og indre arbeidsmodell

- Trygg og pålitelig omsorgsperson gir
  - TRYGG TILKNYTNING
  - POSITIVE INDRE BILDER
- Barnet ser seg selv som anerkjent og elsket og får positive forventninger til nye forhold. Barnet knytter seg lettere til nye omsorgspersoner

### Utrygg tilknytning og indre arbeidsmodeller

- Ustabile omsorgspersoner gir barnet en
  - UTRYGG TILKNYTNING
  - NEGATIVE INDRE BILDER
- Barn som kommer i fosterhjem har ofte utviklet en indre arbeidsmodell av seg selv som lite verdt. Barnet kan ha et bilde av seg selv som en som ikke fortjener kjærlighet og oppmerksomhet og opplever at det mestrer lite. Barnet kan allikevel være sterkt knyttet til sine foreldre, men tilknyttingen vil være preget av en utrygghet. Voksne omsorgspersoner er ikke til å stole på og barnet møter verden med forsiktighet

## Faktorer som kan føre til utviklings-forstyrrelser og tilknytningsproblemer

Det er mange forhold som kan føre til at barn/fosterbarn kan stå i fare for en skjevutvikling.

- Sårbarhet/Genetiske forhold som temperament, intelligens, kroppsstørrelse, helseforhold osv.
- Forhold under graviditet som alkohol og/eller rusmiddelmisbruk hos mor, HIV/AIDS, underernæring osv.
- Omsorgssvikt som mangelfull praktisk omsorg/tilsyn, dårlig helsestell, sviktende ernæring, sviktende påkledning osv.
- Være vitne til vold mellom foreldrene
- Fysisk mishandling som slag, spark, brenning med sigaretter, klyping, lugging ,slag med gjenstander, tortur osv.
- Psykisk mishandling som verbale krenkelser, skjellsord, nedvurdering isolering, avvising/langvarig mangel på oppmerksomhet osv.
- Seksuelle overgrep som beføling, voldtekt, annen seksuell utnyttning, prostitusjon, vitne til seksuelle handlinger osv.
- Ulykker og traumer som bilulykker eller andre ulykker, krigsopplevelser, tortur, flukt osv.
- Selv om barn har vokst opp i familier som gir risiko for skjevutvikling trenger ikke tidlige skader hos barn å være uopprettelige barnets personlighet, tidlig intervensjon og tilpassede tiltak ser ut til å ha betydning for en bedret fungering
- Fosterbarn som andre barn er forskjellige og det de strever med kan variere i omfang og type
- Barn som plasseres i fosterhjem kan representere utfordringer på det emosjonelle, sosiale, kognitive og atferdsmessige plan for sine omsorgsgivere og andre.

## Utviklingstraumer

- Nyere forskning viser at barn som vokser opp under omsorgssvikt kan være utsatt for det vi i dag kaller utviklingstraumer/komplekse traumer.
- «Med utviklingstraumer mener vi at barnet utsettes for gjentatte krenkende eller skremmende opplevelser eller at deres sentrale behov ikke blir møtt, og at dette har oppstått tidlig i barnets liv Barnets utvikling påvirkes og skades.» (Traumebevisst omsorg, teori og praksis-Fosterhjemskontakt nr.1/13) i motsetning til det vi kaller for enkeltstående traumer som er hendelser som ikke er repeterende som for eksempel. Ulykker eller andre alvorlige enkelte hendelser i personens liv.

- Et traume er en hendelse utover vanlig erfaring som ville vært en påkjenning for nesten enhver. En trussel mot fysisk eller psykisk integritet, eller det å være vitne til at en annen nær person utsettes for dette.
- Utviklingstraumer/kompleksetraumer- er gjentatte hendelser/krenkelser som skader barnet over tid som vil føre til det vi i dag kaller utviklingstraumer/kompleksetraumer.
- Traumer skader barnet på en helt bestemt måte, og kan kalles traumer fordi de utløser en strek overlevelses reaksjon i barnets nervesystem, nærmere bestemt i barnets stress-respons system.
- Barnet får et økt alarmsystem.
- Barnet får et underutviklet reguleringsystem. Barnet strever med å regulere sine følelser og adferd, og evnen til refleksjon selvforståelse og selvfølelse blir påvirket.
- Skade i barnets tilknytningssystem (Bruce Perry2006) fører til at barnet strever med å knytte seg på en god måte til omsorgspersonen eller nye omsorgspersoner.
- Barnet kan få skader på hukommelses senter og kognitiv utvikling. Derfor må barn møtes der de er og ikke der de skulle ha vært i forhold til sin kronologiske alder.
- Barnet kan få somatiske plager som hodepine, utslett, søvnvansker osv.
- Derfor er det viktig att fosterhjemmet som skal utøve den daglige omsorgen har kunnskap om utviklingstraumer og de ulike tilknytningmønstrene for å kunne gi barnet en god omsorg. Dvs. at det er viktig for fosterbarnet at fosterforeldrene har kunnskap om og en forståelse for hva som er barnets behov og hva som kan ligge bakenfor barnets adferd.

## **Seksuelle overgrep, fysisk og psykisk mishandling**

- Noen barn har vært utsatt for ulike former for overgrep før de flytter i fosterhjem. Overgrep kan også skje etter at barnet har flyttet i fosterhjem.
- Barn forteller iblant tilstrekkelig om overgrep slik at det ikke oppstår tvil om hvorvidt det bør meldes til barneverntjenesten og /eller politiet.
- Svært mange barn som er utsatt for overgrep vil imidlertid av ulike årsaker velge å være tause om disse. Det kan for eksempel skyldes skam og skyldfølelse, angst for konsekvensene og /eller lojalitet til overgriperen.
- Ofte vil imidlertid barn komme med utsagn eller vise tegn og symptomer som kan tyde på at barnet er utsatt.
- Den voksen kan likevel være usikker på hva som har skjedd, og dermed være i tvil om hva som bør gjøres. I slike situasjoner vil det være aktuelt å gå i dialog med barnet om noe av det som kan ha skjedd.
- Å etterforske hva som eventuelt har skjedd, er politiets ansvar og skal utføres av politiet. Den som snakker med barnet skal derfor ikke gå i detalj, men bør stoppe når man vet nok til å

bestemme videre handling, m.a.o. om barneverntjenesten skal ha en bekymringsmelding og/eller om politiet skal få informasjon.

- Samtaler med barn bør foregå i trygge omgivelser og av personell som har kompetanse på området. Det vises for øvrig til tema 3. Å samtale med barn.
- Det henvises også til: "Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien". Veileder Q-1088B (Barne- og likestillingsdepartementet 2005). Veilederen omtaler barn som utsettes for vold i familien, og beskriver de ulike instansers roller og regelverk.
- Tilsynsperson skal umiddelbart rapportere til barneverntjenesten om enhver mistanke om overgrep.
- En bekymring om overgrep er berettiget dersom man ser en kombinasjon av flere symptomer, reaksjoner eller signaler.
- Tilsynsperson skal umiddelbart rapportere til barneverntjenesten når han/hun har mistanke om overgrep
- Å etterforske er politiets oppgave; Gå derfor aldri i detalj, men prøv heller å vurdere om det er grunnlag for en bekymring
- For mer utdypende informasjon henvises det til: Sosial- og helsedirektoratet, Barne- og familiedepartementet: Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet (oktober 2003). Se spesielt sidene 11-13.
- Veileder for forebygging og håndtering av mistanke om fysiske og seksuelle overgrep og grenseoverskridende atferd mot barn og ungdommer i fosterhjem (Bufdir 2008)
- Rutiner til fosterforeldrene og rutiner til statlig og kommunalt nivå

## Å håndtere tap

Gjennomfør oppvarmingsøvelsen “Da jeg flyttet hjemmefra”. Se verktøykassa.

## Tap og sorg er vanskelige tema

Innled diskusjonen om atskillelse, tap og sorg.

“Atskillelse” bruker vi som en betegnelse på det som skjer når en relasjon avbrytes. Mennesker rammes av tap når de mister noen eller noe som er viktig for dem. “Sorg” er det som hjelper oss til å bearbeide den smerten som atskillelsen og tapet medfører. På denne samlingen kommer vi til å gi en generell redegjørelse for de tap som barn og voksne opplever i forbindelse med fosterhjems plasseringer, og hvordan de sørger over disse tapene. Vi kommer også til å snakke om den viktige rollen fosterforeldre og barnevernsarbeidere har for hjelpe barn og voksne med å bearbeide de følelser og den atferd som henger sammen med atskillelse, tap og sorg.

Ta opp følgende punkter:

Dette emnet kan være følsomt for mange av oss. Vi vil derfor påpeke følgende: Atskillelse, tap og sorg er en naturlig del av alle menneskers erfaringer. Vi antar at dere har mange egne erfaringer å bidra med i diskusjonene på denne samlingen. Å håndtere atskillelse, tap og sorg er en vesentlig del av arbeidet i fosterhjemomsorgen. Å være fosterforeldre innebærer å eksponere seg for tapsopplevelser, både for egen og familiens del, men også for barnets familie og i særlig grad for de barna som plasseres hos dere. Hensikten i denne økten er å vektlegge den utfordringen det er å måtte håndtere spørsmål som gjelder atskillelse, tap og sorg. Arbeidet med dette temaet kan utløse følelser rundt tap dere selv har opplevd. Vi forventer ikke at disse skal bli tatt opp i gruppen, men hvis det er noen som vil dele sine erfaringer, fordi dere tror det kan være et verdifullt bidrag til arbeidet vårt, kan dere selvfølgelig gjøre det.

Etter dette kan du gjennomføre øvelsen «Ulike former for tap»

## Tapsoplevelser

Identifiser noen av de faktorer som kan innvirke på barns evne til å komme gjennom sorgprosessen etter en atskillelse eller et annet tap.

Når vi snakker om hvordan fosterbarn greier å komme igjennom sorgprosessen, kan det kanskje være til hjelp å tenke på de diskusjonene vi har hatt om Anne og Marie. En rekke ulike forhold virker inn på barns evne til å sørge. Hvilke forhold tror dere kan virke inn på barns

muligheter til å bearbeide et tap? Ta utgangspunkt i de eksempler på tap som vi har diskutert, og husk på hva vi har lært om menneskers utvikling.

Oppsummer diskusjonen og henvis til flipoverarket der dere har listet opp forhold som virker inn på hvordan tap oppleves og håndteres.

Tapets art.

Tapets art og om det var forventet eller uventet har stor betydning. Det mest betydningsfulle tapet for et barn, er å skilles fra den av foreldrene som har hatt hovedansvaret for barnets omsorg.

Alderen når ulike tap oppleves.

Vi vet at barn utvikles på forskjellige måter på ulike alderstrinn. For eksempel har et spedbarn en helt begrenset evne til å forstå hva som skjer med dem og hvorfor. Det har heller ikke så mange måter å uttrykke følelsene sine på. Selv om tap av helse gjennom skade eller sykdom er en alvorlig belastning for barn i alle aldre, kan det ha en særlig ødeleggende virkning for tenåringer som strever etter å finne sin identitet og forsøker å bli uavhengige.

Kvaliteter ved tilknytningen til personene barnet skilles fra.

Jo mer utrygg og ambivalent tilknytning, jo vanskeligere kan det være å bearbeide tapet, og å knytte seg til nye mennesker. Å få lov til – og hjelp til – å sørge over sine tap, hjelper barn med å komme videre og til å etablere nye tilknytninger.

Psykisk styrke før tapet inntraff.

Et barn som har fått god omsorg, og som er knyttet trygt til foreldre, har utviklet en indre arbeidsmodell av seg selv som elsk-verdig og av voksne som trygge og gavende. De står derfor bedre rustet til å kunne håndtere tap enn barn som har erfart sviktende omsorg. Tenk på Anne og Marie, og forskjellen på deres evner til å ha tillit til at voksne vil ivareta dem.

Omstendighetene som førte til tapet.

I vårt skulpturelle bilde av Anna, påvirket sikkert det at mannen forlot henne for å hjelpe trengende i Afrika henne annerledes enn om han hadde forlatt henne for en annen kvinne. Et enkeltstående tilfelle av en seksuell berøring fra en fremmed vil virke helt annerledes på barn enn langvarige seksuelle overgrep utført av en av foreldrene. En annen omstendighet som må tas med i betraktningene er om atskillelsen skjedde som del av en planlagt prosess, eller om den innebar et plutselig og dramatisk brudd. Et barn som blir hentet midt på natta av en ukjent politimann får en annen opplevelse av atskillelsen enn et barn som er godt forberedt på å bo hos noen som det vet at foreldrene kjenner og stoler på.



## Forståelse av årsakene til atskillelsen

Barn har ulik evne til abstrakt tenkning og forståelse av sammenhengen mellom årsak og virkning, ut fra alder og ut fra utviklingsstadiet de er i. Det å kunne forstå hvorfor atskillelsen var nødvendig, vil hjelpe barnet til å akseptere den og bearbeide den.

## Antall tidligere atskillelser

Barn som har opplevd mange oppbrudd og mange plasseringer vil være mindre innstilt på å etablere nye tilknytninger. Som tilfellet var for Anna, kan mange tap i løpet av kort tid oppleves som helt overveldende og hemme evnen til å håndtere situasjonen.

## Den hjelp som gis før, under og etter atskillelsen

Å få lov, anledning og hjelp til å sørge er den første viktige hjelpen vi trenger når vi rammes av tap. Vi trenger også støtte for å forberede oss før et tap, og forståelse og bistand under sorgprosessen.

Sammenfatt hvorfor det er viktig å kjenne til hvilke faktorer som innvirker på vår evne til å håndtere atskillelser, tap og sorg.

Det er viktig å forstå hvilke faktorer som hemmer eller fremmer sorgprosessen. Denne kunnskapen gjør det enklere for oss å forstå hvordan barna som bor hos oss kan ha opplevd sine spesielle atskillelser og tap, og hva som virker inn på deres evne til å sørge.

## Barns sorgprosess

(Teksten er hentet fra PRIDE grunnopplæring.)

### Innled diskusjonen om de ulike fasene i sorgprosessen.

En forutsetning for å kunne og ville ta på seg rollen som fosterforeldre er at man forstår hvordan mennesker sørger over sine tap. Det er viktig å forstå at det er sunt å sørge. Det er en prosess vi går igjennom for å lege smertefulle sår etter vonde følelser som skyldes atskillelser og tap. Det er samlet en god del kunnskap omkring denne prosessen. Vi skal nå gå videre og se på hva som skjer når vi sørger.

### Beskriv sorgprosessens faser.

Selv om barn og voksne av flere grunner kan reagere ulikt på tap, noe vi skal komme tilbake til senere, finnes det likevel en kjede av allmenne reaksjoner og atferder som de fleste opplever.

De ulike fasene i sorgprosessen er:

- Benektelse
- Sinne
- Forhandlinger
- Depresjons (fortvilelse)
- Innsikt og forståelse, aksept

### Gjennomgå og forklar innholdet i de ulike fasene i sorgprosessen.

Å gjennomgå en sorgprosess innebærer å gjennomleve de forskjellige stadiene. Men ofte kan et steg framover følges av et skritt tilbake.

Vi beveger oss altså frem og tilbake mellom de ulike fasene. Noen kan bli hengende fast i en fase over lang tid, kanskje for alltid. Noen har en sorgprosess med de samme fasene, men i ulik rekkefølge.

Alle beveger seg på forskjellige måter og i ulikt tempo gjennom fasene. Det er ofte umulig å se en klar begynnelse eller slutt på en sorgprosess. Likevel kommer de aller fleste gjennom på en eller annen måte. Vi skal senere diskutere hvordan det å bli hengende fast et eller annet sted i sorgprosessen kan påvirke et barns mulighet til vekst og modning.

### Innled til diskusjon.

Nå skal vi sammen gå gjennom de fem fasene dere ser oppskrevet på arket her. Vi skal gi en definisjon av hver enkelt fase. Jeg skal gi eksempler på tanker og atferd som er typiske for hver av fasene. Deretter skal jeg gi dere eksempler på tanker og atferd som er typiske for fosterbarn, og siden skal dere få anledning til komme med flere eksempler.

## Benektelse

Den første fasen preges av sjokk og fornektelse. I denne fasen forsøker barn og voksne å forhindre at tapet skjer, eller å fornekte at det faktisk allerede har skjedd. Her er et eksempel på hvordan en voksen kan reagere i denne fasen:

En eldre kvinne ble lagt inn på sykehus for å gjennomgå en serie tester. Hun fikk beskjed om at hun led av diabetes og langt fremskredet kreft. Kvinnen fokuserte helt på sin diabetesdiagnose. Det eneste hun snakket med legen og familien om var hva sukker- syken kunne medføre for hennes forkjærlighet for god mat. Det kunne virke som om hun helt fortrenget alle tanker på hva kreften kunne innebære. Når fosterbarn er i denne sjokk- og fornektelsesfasen, kan de ofte gråte både voldsomt og lenge. Men de kan også fortrenge tapsopplevelsen og i stedet tie helt stille.

Be deltakerne gi eksempler på atferd de kan forvente seg fra fosterbarn som er i denne fasen. Pass på at følgende kommer med: Småbarn vandrer rundt i huset og leter etter mammaen sin. Barn fornekte at de er blitt fysisk mishandlet. Barn fornekte at de er plassert ved å tilsynelatende ikke reagere på atskillelsen over hodet, de opptrer som om den ikke vedkommer dem i det hele tatt. Barn spør hele tiden om de kan få reise hjem. Barn fornekte at det skjedde noe galt i familiene deres. Barn flykter inn i en fantasiverden, og drømmer om at foreldrene når som helst vil komme for å hente dem.

## Sinne

I den andre fasen reagerer man på tapet med sinne og fortvilelse. Disse følelsene kan enten utageres og rettes mot andre, eller de kan rettes innover mot en selv. Sinne eller fortvilelse som vendes innover kalles vanligvis for "depresjon". I denne fasen begynner man å innse at tapet faktisk har skjedd, og at det ikke kan gjøres ugjort igjen. Som eksempel på utagering kan jeg fortelle historien om kvinnen som like før sin død bestilte en ny verandadør. Da den senere ble levert, flere måneder etter hennes død, kom hennes mann opp i en skikkelig krangel med sjåføren som kom med døra. Mannen krevde at sjåføren skulle ta døra med tilbake umiddelbart, ettersom han aldri noen gang hadde ønsket seg den jævla døra. De fleste barn som plasseres i fosterhjem har svært vanskelig for å uttrykke sinne og fortvilelse overfor foreldrene sine. Det er lettere å rette sinnet mot fosterforeldrene. Om de får lov til – og hjelp til - å uttrykke følelsene sine, og møtes på dette på gode måter, får barnet en mulighet til å kvitte seg med "verdiløs-hypotesen.

Barns depresjoner kan være mindre synlige for fosterforeldre, lærere og barnevern- arbeidere enn raserianfall og utagering. Men det er akkurat like viktig å være i stand til å håndtere depresjon som sinne.

Be deltakerne om å gi eksempler på hvordan de tror fosterbarn kan vise sitt sinne og sin fortvilelse. Pass på at følgende kommer med:

- Noen barn kan uttrykke seg verbalt og direkte: "Hvis jeg bare kunne skulle jeg slå dem eller drepe dem, de vil ikke ha meg mer så jeg hater dem, og forresten så er det det samme for meg."
- Noen barn rette sine smertefulle følelser mot foster- foreldrene. "Jeg bor bare her fordi mamma hadde så dårlig råd, det er urettferdig, jeg hater deg, du er en dum fostermor."

- Noen barn retter følelsene av sinne og fortvilelse mot seg selv eller andre barn, det kan komme til å skade seg selv eller andre barn på forskjellige måter.

Be deltakerne om å gi eksempler på måter de tror fosterbarn som retter sinnet og fortvilelsen innover, kan oppføre seg på. Pass på at følgende punkter kommer med: Overdreven angst, manglende interesse eller evne til å delta i aktiviteter som er vanlige for jevnaldrende, klamring til andre, manglende reaksjoner på både morsomme og triste hendelser, engstelig oppførsel og mareritt, trekker seg fra kontakt med både jevnaldrende og voksne, suicidalforsøk som for yngre barn kan være at de utsetter seg for ulike typer farlige situasjoner, som å løpe ut i trafikken eller kaste seg ut fra høye steder, rusmiddelmisbruk og promiskuitet, dårlige skoleprestasjoner, dårlig hygiene.

### **Forhandling**

Den tredje fasen kalles "forhandlingsfasen". På en måte tror vi at vi kan unngå situasjonen ved å forhandle om den. Vi tror at vi ved hjelp av belønninger og forsoning kan avverge den trusselen som henger over oss. Skyldfølelser er ofte forbundet med denne fasen. Et eksempel på forhandlinger kan være at noen sier: "Kjære Gud, jeg skal slutte å røyke bare du ordner det slik at mamma blir frisk igjen."

Gi eksempler på hvordan barn forhandler ved å presentere "verdiløs-hypotesen".

Fosterbarn som befinner seg i forhandlingsfasen, begynner ofte å stille spørsmålet: "Hvorfor er jeg her?" Mange barn leter etter svaret på dette spørsmålet gjennom det vi kan kalle "verdiløs-hypotesen". Barnet tenker kanskje som følger: "Jeg er verdiløs. Det er noe galt med meg, og det er derfor jeg måtte flytte hjemmefra". Barnet forsøker å finne ut hvilken spesiell feil hun har som førte til at hun ble utstøtt fra familien.

Mange barn, uansett alder og utviklingsnivå, tar på seg skylden for at de måtte plasseres i fosterhjem, og de finner forklaringer som: De kranglet med søsknene sine, de tisset i senga, de oppfylte ikke foreldrenes forventninger, de var alt for selvstendige. Noen eldre barn har en alternativ variant av "verdiløs-hypotesen". De synes faktisk at foreldrene deres ikke tok vare på dem, men de håper likevel på å få komme hjem. Deres forhandlinger kan få uttrykk som: "Jeg har bestemt meg for å glemme og å tilgi alt det vonde, bare jeg får flytte hjem igjen."

En tredje variant av "verdiløs-hypotesen" er at barnet verken ser seg selv eller foreldrene som årsaken til problemene. De legger skylden på barnevernarbeideren, læreren eller fosterforeldrene for at de ble tvunget til å flytte hjemmefra. "Hvis jeg bare fikk en ny saksbehandler er jeg sikker på at jeg ville få flytte hjem igjen."

### **Den fjerde og femte fasen (depresjon og aksept)**

Innsikt og forståelse er en begynnelse til å slippe taket i de sterke sorgfølelsene.

Avhengig av alder og følelsesmessig utvikling kan mennesker i denne fasen forstå på en mer realistisk måte hva som har hendt dem og hvorfor, og gi uttrykk for hvorfor de føler skam, skyld, sinne, fortvilelse eller glede. Barn begynner å slippe taket i "verdiløs-hypotesen". Når man er kommet til det stadiet der

man aksepterer tapene og lærer seg å leve med dem, blir det også mulig å bruke mer energi på dagliglivet. Man kjenner at det tross alt finnes et glimt av håp for fremtiden. Her er et eksempel på innsikt, forståelse og aksept: En barnevernarbeiderkollega ble plutselig rammet av et alvorlig hørselstap. Hun måtte gjøre en rekke praktiske tilpasninger, og hun måtte akseptere at hørselstapet var varig.

Etter et problematisk første år, merket kollegene at hun var i ferd med å greie å håndtere tilværelsen på en god måte igjen, og hun begynte å legge planer for hvordan hun kunne dra nytte av sine personlige erfaringer som funksjonshemmet i sitt yrkesliv.

### **Gi eksempler på hvordan barn kan vise at de forstår og aksepterer et tap.**

Barn kan trolig uttrykke seg friere om foreldrene, hvis de gir seg selv lov til å ha både positive og negative følelser for dem. En niåring uttrykte det slik: "Mamma var snill og hyggelig også. Hun drakk og greide ikke å slutte med det. Hun var slem mot meg når hun drakk. Av og til så liker jeg mamma, men av og til gjør jeg det ikke. Jeg vet at hun aldri vil greie å passe på meg, men jeg vet at hun likevel er glad i meg."

### **Be deltakerne gi flere eksempler på hvordan barn kan vise at de forstår og aksepterer et tap. Pass på at følgende punkter kommer med:**

- Barnet begynner å uttrykke større håp for fremtiden. Det håndterer sine følelser og sin atferd bedre, og det går bedre på skolen og med jevnaldrende.
- Barnet lærer seg å håndtere smertefulle følelser. At det er lov å til å føle seg både sint, stygg og lei seg, men at det finnes både akseptable og uakseptable måter å uttrykke disse følelsene på.

### **Beskriv det ekstra stadiet som kan legges til sorgprosessens faser**

I vår oppstilling over sorgprosessens faser kan vi legge til et ekstra stadium. Vi kaller dette "ledsager i sorgarbeidet". Når vi voksne klarer å håndtere våre egne tap på en god måte, kan mange av oss også hjelpe andre med å håndtere sine. Alle fosterbarn preges av de tap de har hatt. De trenger fosterforeldre som kan hjelpe dem med å sørge. De trenger også hjelp med å bearbeide de utviklingsforstyrrelser som tapene kan ha for- årsaket. Etersom barn i tidlige utviklingsstadier har en begrenset intellektuell og følelsesmessig evne til å forstå og håndtere sine tap, må de ofte gå gjennom sorg- prosessen på ny på senere utviklingstrinn. Mennesker som selv har lyktes i å komme seg gjennom alle fasene i sorgprosessen på en god måte, kan ofte bruke sin kunnskap og erfaring til å hjelpe andre som sørger. Fosterbarn trenger slike ledsagere for å greie vandringsen gjennom sorgprosessens faser.

## Litteratur og netadresser

### Hvem er fosterbarnet? og Barn og unges psykiske helse

Backe-Hansen, Elisabeth, Tine Egelund og Toril Havik (2013). *Barne og unge i fosterhjem – en kunnskapsstatus*. Høgskolen i Oslo, NOVA. Tilgjengelig på [http://www.nova.no/asset/4330/3/4330\\_3.pdf](http://www.nova.no/asset/4330/3/4330_3.pdf)

Braut, Geir Sverre. (2009, 13. februar). *Prevalens*. I Store medisinske leksikon. Hentet 5. mai 2015 fra <https://sml.snl.no/prevalens>

Egelund, Tine, Pernille Skovbo Christensen, Turf Böcker Jakobsen, Tina Gudrun Jensen og Rikke Fuglsang Olsen (2009). *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt*. København: SFI, 09:24.

Egelund, Tine & Mette Lausten (2009). *Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark*. *Child & Family Social Work*, 14, 156-165.

Havnen, Karen J Skaale, Reidar Jakobsen og Kjell Morten Stormark (2009). *Mental health problems in Norwegian school children placed outside home – The importance of family risk factors*. *Child Care in Practice*, 15, 235-250.

Malt, Ulrik. (2014, 18. september). *Komorbiditet*. I Store medisinske leksikon. Hentet 5. mai 2015 fra <https://sml.snl.no/komorbiditet>

McAuley, Colette og Teresa Davis (2009). *Emotional well-being and mental health of looked after Children in England*. *Child and Family Social Work*, 14, 147-155. Tilgjengelig på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2206.2009.00619.x/pdf>

NOU 2012:5 *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Tilgjengelig på

Sterri, Aksel Braanen og Geir Sverre Braut (2014, 10. juli). *Kohort*. I Store norske leksikon. Hentet 6. mai 2015 fra <https://snl.no/kohort>

### Utviklingsforstyrrelser og tilknytningsproblemer:

Ainsworth M D, Bell og Stayton D (1971)» Individual differences in strange –situation behavior of one year olds» ,in Schaffer H (ed.) ,The Origins of Human Social relations, New York: Academic Press. Står henviset i Schofield, Gillian & Mary Beek. «Trygg base modellen. Å fremme tilknytning og resiliens hos fosterbarn.» Uni research 2014

Ainsworth M D S ,Blehar M, Waters E and Wall S (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the Stange Situation, Hillsdale,NJ:Lawrence Erlbaum. Står henvist i Schofield, Gillian & Mary Beek. «Trygg base modellen. Å fremme tilknytning og resiliens hos fosterbarn.» Uni research 2014

Bowlby J(1988) A secure base: Clinical applications of attachment theory, London:Routledge

Bunkholdt, Vigdis (2002): Om tilknytning og tilknytningsproblemer – særlig sett i forhold til barn som flytter i fosterhjem.

Bunkholdt, Vigdis (2003): Tilknytning og tilknytningsproblemer, Temahefte nr. 16, Norsk Fosterhjemsforening.

Bunkholdt, Vigdis (2012): Om kompetanse, tilknytning og det biologiske prinsipp: Er det sammenheng? Fosterhjemskontakt nr. 3/12.

Herman, J.L (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress . I Fosterhjemskontakt nr. 1/2013

Perry, B (2006) Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children.In.N.Webb(ED.), Working with traumatized children in child welfare (pp.27-52). New York: The Guilford Press. I Fosterhjemskontakt nr. 1/2013

Torstenson, Brandtzæg og Smith, Mikroseparasjoner, tilknytning og behandling

### Nettadresser

<http://sor.rvts.no/>

<http://rvtsost.no/>

[www.cactusnettverk.no](http://www.cactusnettverk.no)