

Emosjonelle følger av omsorgssvikt og overgrep

8. Mai 2009
Hans Ole Korsgaard
Nic Waals Institutt

Disposisjon

- ◆ Gi noen enkle definisjoner av relevante begreper
- ◆ Peke på typiske emosjonelle forstyrrelser som ofte oppstår som følge av omsorgssvikt og overgrep
- ◆ Drøfte noen mulige primær- og sekundærprofylaktiske tiltak

Definisjoner av begreper

- ◆ Omsorgssvikt og barnemishandling vanskelig å definere entydig, delvis kulturavhengig
- ◆ Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet, påfører det fysisk eller psykisk skade, eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare (Kempe og Kempe 1979)

Definisjoner av begreper

- ◆ Fysisk mishandling: Når et barn utsettes for skade eller risiko for skade
- ◆ Fysisk omsorgssvikt: Når et barn utsettes for fare på grunn av dårlig ernæring, mangelfull hygiene og påkledning eller på grunn av manglende tilsyn
- ◆ Emosjonell mishandling: Verbale angrep eller trusler, brutale, ikke-fysiske straffemetoder
- ◆ Emosjonell omsorgssvikt: Manglende interesse for og oppfølging av barnas mentale og emosjonelle utvikling, knyttet til utvikling av tilknytningsforstyrrelser

Forekomst av omsorgssvikt

- ◆ Ingen sikker oversikt over forekomst
- ◆ Man kan telle antall barn som mottar hjelpetiltak eller er under omsorg fra barneverntjenesten
- ◆ 26 av 1000 barn under 18 år mottar ett eller flere tiltak
- ◆ 80 % av barna mottar hjelpetiltak
- ◆ 20 % av barna er under omsorg

Forekomst av omsorgssvikt

- ◆ I 2006 bodde 7292 barn i fosterhjem
- ◆ I 2006 bodde 1386 barn i barneverninstitusjon
- ◆ I 2006 mottok totalt 40 400 barn tiltak fra barnevernet

Forekomst av omsorgssvikt og overgrep



- ◆ Det er en økning av antallet barn som tas under omsorg i Norge
- ◆ Alvorlighetsgraden synes også å øke
- ◆ Det er vanskelig å kartlegge omsorgssvikt direkte, men i en studie fra England rapporterte 14 % i aldersgruppen 18 – 24 år om fysisk mishandling, mest fra mor, og 1 % om seksuelt misbruk hjemme
- ◆ Spørreundersøkelser blant voksne pleier å angi seksuelle overgrep i barndommen hos 5 – 19 % av kvinnene og 1 – 3,5 % av mennene

Skadevirkninger av omsorgssvikt



- ◆ Emosjonell omsorgssvikt synes å være det mest omfattende problemet
- ◆ Undersøkelser er få, men antyder at det først og fremst er emosjonell omsorgssvikt som gir senfølger som psykisk lidelse, lav selvfølelse og suicidal atferd

Tre hovedområder av skadevirkninger



1. Psykomotorisk utvikling
2. Forhold til andre
3. Forhold til en selv

Psykomotorisk utvikling



- ◆ Klar sammenheng mellom omsorg og utvikling av hjernen hos små barn
- ◆ Trygg tilknytning synes å fungere som beskyttelse mot skadelig effekt av stress og traumer
- ◆ De to første leveår er avgjørende for hjernens utvikling
- ◆ Psykososiale traumer kan gi strukturelle og funksjonsmessige hjerneforandringer, for eksempel hyperaktivering av hypothalamus-hypofyse-binyreaksen med forhøyede cortisolnivåer som resultat samt redusert volum av hippocampus ved PTSD og borderline personlighetsforstyrrelse

Forhold til andre



- ◆ Tilknytningen til omsorgsperson i første leveår har stor betydning for senere sosial utvikling
- ◆ Tidlige tilknytningsforstyrrelser gir problemer med å forstå sosiale koder og å avlese andres følelser i samhandling med jevnaldrende

Barnets forhold til seg selv



- ◆ Usikkerhet
- ◆ Dårlig selvbilde
- ◆ Underyttere på skolen
- ◆ Impulsivitet og aggressivitet
- ◆ Depresjon
- ◆ Suicidal atferd
- ◆ Risikoatferd
- ◆ Delinkvens

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Forstyrrelse hos spedbarn og småbarn
- ◆ Kjennetegnes av vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønstre
- ◆ Vanlige symptomer er fryktsomhet, overdreven vaksomhet, dårlig sosialt samspill, aggresjon mot en selv og andre, tristhet og noen ganger veksthemming
- ◆ Vel anerkjent, men allikevel dårlig avgrenset syndrom

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Avvikende forhold til omsorgspersoner som utvikler seg i de fem første leveårene
- ◆ Små barn sterke motstridende eller ambivalente sosiale reaksjoner som kommer sterkest til uttrykk ved adskillelse og gjenforening
- ◆ Spedbarn kan vende ansiktet bort, stirre iherdig en annen vei mens de blir holdt eller reagere på omsorgspersoner med en blanding av tilnærming, unngåelse og protest i forhold til omsorg

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Forstyrrelsen kjennetegnes ved en avvikende type usikkerhet som viser seg ved markert motstridende sosiale responser som vanligvis ikke sees hos normale barn
- ◆ Det dreier seg om manglende responser på omsorg og assosierte følelsesmessige forstyrrelser i form av apati, tristhet eller fryktsomhet

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Tilstanden er ikke beslektet med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- ◆ Reaktive tilknytningsforstyrrelser oppstår nesten alltid i forbindelse med svært utilstrekkelig omsorg
- ◆ Fordi man har utilstrekkelig kunnskap om forbindelsen mellom utilstrekkelig barneomsorg og denne forstyrrelsen, er ikke mangel eller svikt i omgivelsene et diagnostisk krav

F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Det må utvises varsomhet ved diagnostiseringen når det mangler beviser på misbruk eller forsømmelse
- ◆ På den annen side må diagnosen ikke stilles automatisk ved misbruk eller forsømmelse, da ikke alle misbrukte eller forsømte barn utvikler forstyrrelsen

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Spesielt mønster med avvikende sosial fungering som oppstår i løpet av de fem første leveår
- ◆ Tendens til å vedvare til tross for at omgivelsene forandres vesentlig
- ◆ Uttrykkes rundt 2-årsalderen vanligvis gjennom klenging og diffus tilknytningsforstyrrelse

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Rundt 4-årsalderen fortsatt diffuse tilknytninger, men klengingen begynner å bli erstattet av oppmerksomhetssøkende og ukritisk vennlig adferd
- ◆ Midtveis og sent i barndommen kan barnet ha utviklet selektive tilknytninger, men den oppmerksomhetssøkende adferden vedvarer ofte, og unyanserte kameratforhold forekommer hyppig

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Syndromet kan tydeligst identifiseres hos barn som er oppdratt i institusjoner fra spedbarnsalder, men forekommer også i andre situasjoner
- ◆ Syndromet antas delvis å skyldes en vedvarende svikt i muligheten til å utvikle selektive tilknytninger, som kan være en konsekvens av ekstremt hyppige utskiftninger av omsorgspersoner

F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen



- ◆ Vanligvis har barnet problemer med å danne nære, tillitsfulle vennskapsforhold
- ◆ Adferdsforstyrrelser eller følelsesmessige forstyrrelser kan være tilknyttet
- ◆ I de fleste tilfellene har det i de første leveårene vært mange oppbrudd, utskiftninger av omsorgspersoner eller endringer i familie plasseringer (som bytte av fosterfamilie)

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse



- ◆ Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste
- ◆ Angst, depresjon og suicidaltanker er vanlige symptomer, ved siden av mer spesifikke symptomer som "flashbacks", følelsesmessig avflatning og autonom hyperaktivitet

Andre relevante diagnoser i ICD-10

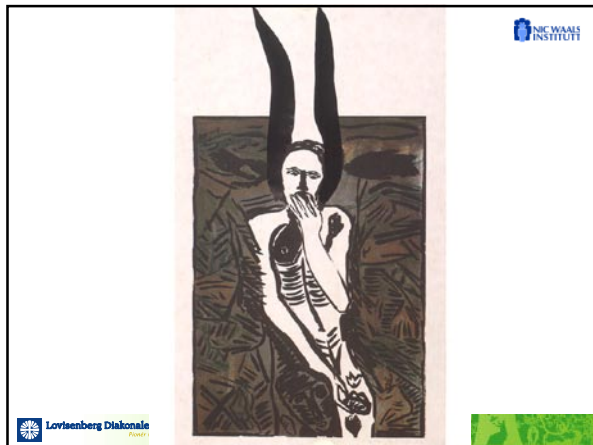


- ◆ **F43.2 Kortvarig depressiv reaksjon.** Forbigående, mild depressiv tilstand som ikke varer mer enn én måned
- ◆ **F43.21 Vedvarende depressiv reaksjon.** Mild depressiv tilstand som inntreffer som følge av langvarig utsettelse for en belastende situasjon, som ikke varer mer enn to år
- ◆ **F43.22 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon.** Symptomer på både angst og depresjon er til stede, men på nivåer som ikke overstiger de som er spesifisert for blandet angstlidelse og depressiv lidelse (F41.2) eller annen blandet angstlidelse (F41.3)

Psykodynamiske betraktninger



- ◆ Barn som er utsatt for overgrep eller omsorgssvikt er – uavhengig av omstendighetene for øvrig – i psykologisk forstand traumatisert på bakgrunn av sin opplevelse av å bli sviktet av mor/nærmeste omsorgsgiver
- ◆ Denne opplevelsen bærer de med seg (forstyrret evne til tilknytning, redusert evne til mentalisering/reflektiv funksjon, angst, selvforakt)
- ◆ Opplevelsene vil prege den videre inngåelse av menneskelige relasjoner (skepsis, mistro, mismodighet, ambivalens)
- ◆ Skadevirkningen vil selvsagt avhenge både av konstitusjonelle faktorer hos barnet (hvor følsomt det er) og senere reparative elementer (hvor gode relasjoner det får muligheten til å utvikle)



Henvisningsgrunner til Nic Waals Institutt

| | 2008 | | 2007 | | 2005 | |
|-----------------------------------|--------|----|--------|----|--------|---|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Tristhet/depresjon/sorgreaksjoner | 269 | 17 | 108 | 17 | 19 | |
| Atferdsvansker | 312 | 20 | 99 | 16 | 17 | |
| Hyperaktivitet/kons.vansker | 220 | 14 | 74 | 12 | 13 | |
| Angst / fobi | 126 | 8 | 51 | 8 | 9 | |
| Andre somatiske problemer | 41 | 3 | 20 | 3 | 5 | |
| Hemmet atferd | 52 | 3 | 10 | 2 | 3 | |
| Lærevansker | 37 | 2 | 13 | 2 | 3 | |
| Spiseproblemer | 35 | 2 | 12 | 2 | 3 | |
| Suicidalfare | 30 | 2 | 14 | 2 | 2 | |
| Skolefravær | 36 | 2 | 13 | 2 | 2 | |

Lovisenberg Diagonale Sykehus side 26

Henvisningsgrunner til Nic Waals Institutt

| | 2008 | | 2007 | | 2005 | |
|----------------------------|--------|----|--------|-----|--------|---|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Autistiske trekk | 18 | 1 | 6 | 1 | 1,4 | |
| Tvangstrekk | 23 | 1 | 9 | 1 | 1,4 | |
| Språk / talevansker | 27 | 2 | 11 | 2 | 1 | |
| Psykotiske trekk | 12 | 1 | 4 | 0,6 | 0,8 | |
| Rusmiddelbruk | 3 | 0 | 3 | 0,5 | 0,8 | |
| Asosialitet / kriminalitet | 5 | 0 | 3 | 0,5 | 0,2 | |
| Syn / hørselsproblemer | 3 | 0 | 1 | 0,2 | 0,2 | |
| Annet | 238 | 15 | 119 | 19 | 15 | |
| Ingen | 46 | 3 | 24 | 4 | 0,8 | |
| Ikke fylt ut av henviser | 48 | 3 | 28 | 5 | 1,4 | |

Lovisenberg Diagonale Sykehus side 27

Omsorgssituasjon ved henvisning

| | 2008 | | 2007 | | 2005 | |
|------------------------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Begge foreldrene | 292 | 44 | 254 | 41 | 208 | 42 |
| Pendler mor og far | 54 | 8 | 51 | 8 | 38 | 8 |
| Hos en av foreldrene | 212 | 32 | 198 | 32 | 178 | 36 |
| En foreldre og samboer | 19 | 3 | 16 | 3 | 21 | 4 |
| Besteforeldre / andre | 3 | 0,4 | 1 | 0,2 | 2 | 0,4 |
| Fosterhjem | 11 | 2 | 8 | 1 | 4 | 0,8 |
| Institusjon | 3 | 0,4 | 5 | 0,8 | 2 | 0,4 |
| Alene | 1 | 0 | 4 | 2 | 4 | 0,8 |
| Annet | 3 | 0,4 | 10 | 2 | 7 | 1 |

Lovisenberg Diagonale Sykehus side 28

Barnevernets rolle ved henvisning

| | 2008 | | 2007 | | 2005 | |
|-------------------------------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | Antall | % | Antall | % | Antall | % |
| Arbeider ikke med saken | 277 | 41 | 265 | 42 | 254 | 52 |
| Rollen ikke fastlagt | 17 | 3 | 19 | 3 | 10 | 2 |
| Undersøkelser §4.3 | 26 | 4 | 24 | 4 | 13 | 3 |
| Hjelpetiltak §4.4 | 68 | 10 | 33 | 5 | 58 | 12 |
| Frivillig plassering §4.4 | 8 | 1 | 7 | 1 | 4 | 0,8 |
| Und./behandling §4.10/4.11 | 4 | 0,6 | 0 | 0 | 4 | 0,8 |
| Omsorgsovertakelse §4.12/4.8 | 4 | 0,6 | 10 | 2 | 4 | 0,8 |
| Akuttvedtak §4.6 | 2 | 0,3 | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| Tatt foreldreansvar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vet ikke | 259 | 39 | 249 | 40 | 146 | 30 |
| Institusjon atferd §4.24/4.26 | 0 | 0 | 3 | 0,5 | 0 | 0 |

Lovisenberg Diagonale Sykehus side 29

- ### Diagnoser ved NWI
- ◆ Kun 6 % av alle pasientene ved Nic Waals Institutt fikk i 2008 diagnoser innen kapittel F43 (tilpasningslidelser)
 - ◆ Kun 0,6 % (10 barn) fikk diagnosen F94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen
 - ◆ Kun 0,7 % (11 barn) fikk diagnosen F94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen
 - ◆ Dette er tankevekkende, med tanke på at vi har en sped- og småbarnsseksjon som jobber med mange barn som utsettes for omsorgsvikt
- Lovisenberg Diagonale Sykehus side 30

Forekomst av affektive lidelser hos barn og ungdom på Nic Waals Institutt



- ◆ 17 % av alle henvisninger til Nic Waals Institutt har tristhet/depresjon/sorgvansker oppført som første henvisningsgrunn (stabile tall 2007 og 2008)
- ◆ Bare 5 % av pasientene får egentlige depresjonsdiagnoser (F30 – F39)
- ◆ 0,7 % får diagnosen posttraumatisk stressyndrom (F43.1)
- ◆ 4 % får diagnosen tilpasningsforstyrrelse (F43.2)
- ◆ 0,3 % får diagnosen depressiv atferdsforstyrrelse (F92.0)

Reflektiv funksjon



- ◆ Den mentale funksjonen som organiserer egen og andres atferd i mentale konstrukturer ("theory of mind")
- ◆ Gir oss mulighet til å gå bak de umiddelbare fenomenene og forklare intensjonal atferd hos oss selv og andre
- ◆ Bidrar på denne måten til å opprettholde en kontinuerlig selvpålevelse

Mentalisering



- ◆ Det aktive uttrykket for reflektiv funksjon
- ◆ Enkelt sagt evnen til å kunne forestille seg – tenke om - både sin egen og andre menneskers indre tankeverden
- ◆ Begrepet mentalisering er nært beslektet med begrepet empati, men beskriver en mer aktiv prosess
- ◆ Involverer både en selvrefleksiv og en interpersonlig komponent
- ◆ Bidrar til evnen til å skille indre fra ytre realitet
- ◆ Skiller som-om (pretend mode) fra virkelig psykisk modus
- ◆ Bidrar til evnen til å skille intrapsykiske fra interpersonlige prosesser

Mentalisering



- ◆ Evnen til å forstå og tolke menneskelig atferd på bakgrunn av intensjoner, følelser eller underliggende mentale strategier (ønsker, drømmer, forhåpninger, holdninger, lureri, bedrageri)
- ◆ Utviklet i moden form i 4-årsalderen, men på ingen måte statisk eller stabil, og ofte avhengig av interpersonlig kontekst og emosjonell tilstand
- ◆ Mentaliseringsevnen kan være en buffer mot negative effekter av traumer

Samspill mellom miljø og gener



- ◆ Oppvekstmiljø interagerer med genetisk disposisjon mht utvikling av depresjon eller antisosialitet (Caspi et al 2002, 2003)
- ◆ Dette kommer til uttrykk for eksempel i økt risiko for å utvikle depresjon eller antisosialitet i voksen alder når man ble mishandlet som barn (Caspi et al 2003)
- ◆ Misbruk og omsorgssvikt i barndommen øker risikoen for utvikling av personlighetsforstyrrelser (Johnsen et al 1999)
- ◆ Sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelser og ulike former for utrygge tilknytningsmønstre er grundig dokumentert

Konklusjoner



- ◆ Omsorgssvikt og overgrep synes spesifikt å forstyrre utviklingen av mentaliseringsevnen hos de berørte barna
- ◆ Mentaliseringsevnen synes å bli stadig viktigere i et komplekst samfunn med økende krav til mellommenneskelig kommunikasjon
- ◆ Traumenes virkning (på reflektiv funksjon/mentaliseringsevnen) er av en slik karakter at de kan formidles og til dels forsterkes gjennom generasjonene

Konklusjoner



- ◆ Omsorgssvikt og overgrep medvirker til et utrygt tilknytningsmønster hos de berørte barna, noe som på en svært grunnleggende måte hemmer deres muligheter for inngåelse av gode relasjoner i voksen alder
- ◆ Jo mer kunnskap man får om barns utvikling i de første leveår og senfølger av overgrep, desto klarere blir konklusjonen at bevisstgjøring og nulltoleranse i forhold til fysisk og psykisk vold er nødvendig

Hva kan gjøres for å styrke kampen mot omsorgssvikt og overgrep?



- ◆ Vi i BUP og det øvrige helsevesen må bli flinkere til å melde vår bekymring til barnevernet! Dette er vårt ansvar og de fleste foreldre ønsker å samarbeide til barnets beste
- ◆ Barnevernet må styrkes i sin faglige kompetanse, slik at de i høyere grad enn nå kan avdekke psykisk omsorgssvikt!
- ◆ Lovverket er på mange måter bra, men langvarig og komplisert saksbehandling i Fylkesnemndene bidrar til å forsinke og i noen tilfeller forhindre at nødvendige tiltak fra barnevernets side iverksettes. Dette må da kunne organiseres på annen måte?
- ◆ Skandinavia har vært foregangsland når det gjelder å sette fysiske overgrep og skadevirkninger av selv "mild vold" mot barn på dagsordenen – nå er tiden inne for å bevisstgjøre befolkningen også i forhold til skadevirkninger av psykiske overgrep!