



Fordypningsoppgave

VHM724 Miljøarbeid og tverrprofesjonalitet

"Kan du ikke bare ta deg sammen?"

Traumebevisst forståelse i møte med personer med psykisk utviklingshemming og utfordrende atferd

Rakel Solberg Stølen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 23.02.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Emmy Elizabeth Langøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Antall ord: 11320

Forord

Tusen takk til venner, medstudenter og veileder for inspirasjon og veiledning underveis i arbeidet med denne oppgaven!

Det er ikke enkelt verken å utforske eller å utvikle det personlige. Men det er mulig. Det er mulig å utdype vår forståelse av oss selv, og dermed også vår forståelse og medfølelse for andre. Det er mulig å lære å erkjenne uhensiktsmessige og destruktive tenkemåter og handlingsmønstre både i oss og rundt oss, og å svekke deres makt over oss. Det er mulig å utvikle nye, mer modne og konstruktive tankebaner og handlemåter, og å støtte andre i det samme. Det er med andre ord mulig å ta en mye større andel av vårt menneskelige potensial i bruk enn det vi hittil har gjort, til nytte for både oss selv og dem vi har med å gjøre med. Det gjelder for oss som profesjonsutøvere og det gjelder i våre private liv.

Og hvis alt dette er mulig – hvordan kan vi egentlig la være?

(Skau 2017, 177)

Sammendrag

Studier viser at personer med psykisk utviklingshemming er mer sårbare for å utvikle traumerelaterte lidelser og at de kan oppleve tilsynelatende «normale» hendelser som traumatiske. Flere studier viser at det foreligger stor fare for at traume-erfaringer ikke oppdages og følges opp hos personer med utviklingshemming. De står i fare for feildiagnostisering og diagnostisk overskygging, ved at utfordrende atferd tolkes som et følge av utviklingshemmingen eller andre kjente diagnoser. Det er stor turnover i denne type tjeneste, utstrakt bruk av deltid og mange ansatte uten helse- og sosialfaglig kompetanse. Traumebevisst forståelse er tilsynelatende en forståelsesramme som kan benyttes uavhengig av bakgrunn. Dette fordrer at opplæringen tilpasses mottakeren. For at en slik forståelsesramme skal integreres blant tjenesteyterne i denne type tjenester viser det seg viktig at det legges til rette for faglig utvikling ved arbeidsplassen og at det settes av tid til fagdager og refleksjoner blant tjenesteyterne.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Forforståelse	3
2.0	Teori	5
2.1	Utfordrende atferd	5
2.2	Psykisk utviklingshemming	5
2.3	Årsak og forståelse av utfordrende atferd	6
2.4	Den tredelte hjernen	7
2.5	Traume.....	8
2.6	PTSD, komplekse traumer og utviklingstraumer	8
2.7	Traumebevisst/traumesensitiv omsorg	8
2.8	Traumebevisst forståelse	9
2.9	Toleransevindu-modellen	10
2.10	Sårbarhet og risikofaktorer	10
2.11	En økologisk utviklingsmodell	12
3.0	Metode.....	13
3.1	Søk.....	13
3.2	Utvalgsriterier.....	14
3.3	Relevans	15
4.0	Resultat	16
4.1	Oversikt over inkluderte artikler	16
4.1.1	Artikkel 1	16
4.1.2	Artikkel 2	16
4.1.3	Artikkel 3	17
4.1.4	Artikkel 4	18
4.1.5	Artikkel 5	18
4.1.6	Artikkel 6	19
4.1.7	Artikkel 7	20
4.1.8	Artikkel 8	20
4.1.9	Artikkel 9	21
4.1.10	Artikkel 10	21
4.1.11	Artikkel 11	22
4.1.12	Artikkel 12	23
5.0	Diskusjon.....	24

5.1	Trygghet	25
5.2	Relasjon	27
5.3	Følelsesregulering	28
5.4	Den tredelte hjernen	29
5.5	Sårbarhet.....	31
5.6	Betydningen av å bli møtt med TBF	32
6.0	Oppsummering og refleksjon.....	34
7.0	Referanser	36

Vedlegg 1 - Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

En eldre undersøkelse gjennomført i 2004 viser at mange av de som mottar helse- og omsorgstjenester innenfor feltet psykisk helse, har opplevd traumer (Jennings 2004). Undersøkelsen spesifiserer ikke at det også gjelder mennesker med psykisk utviklingshemming, men det kan være rimelig å anta at dette også vil være gjeldende for denne gruppen. Med tanke på at personer med psykisk utviklingshemming også tilsynelatende er mer sårbar for å utvikle en psykisk lidelse, enn befolkningen generelt (Bakken 2012), vil man på bakgrunn av dette kunne anta at mange personer med psykisk utviklingshemming også har opplevde traumer som bakgrunn for sin psykiske lidelse. Traumer regnes som en viktig årsaksfaktor til aggressiv og voldelig atferd hos personer med utviklingshemming (McDonnell 2013).

Når personer med utviklingshemming opptrer med utfordrende atferd, blir det gjerne satt inn ekstra bemanning. Både to, tre og fire ekstra tjenesteytere kan settes inn for å håndtere en enkelt person. For personen selv kan dette oppleves voldsomt. Det kan potensielt være med å forsterke traumene som kanskje allerede ligger der, i tillegg til at det også kan virke svært stigmatiserende å bli fulgt rundt av så mange tjenesteytere. Kompetansenivået til de som jobber med personer med utviklingshemming er heller ikke godt nok. Ca 33% av ansatte innenfor disse tjenestene har ikke relevant utdanning, kun 10,7% er vernepleiere (FO og Naku 2020). Kompetansenivået er tilsynelatende for lavt, det er utstrakt bruk av deltid og stor turnover i disse tjenestene (Ellingsen 2020). Det kan ut fra dette tenkes at mange ikke blir møtt på en faglig god og helsefremmende måte.

Traumebevisst forståelse (TBF) dreier seg forenklet om at omsorgsmiljøet forstår at hovedvekten av tidlige og pågående relasjonelle erfaringer har betydning for utviklingen av emosjonelle og kognitive strukturer (Teigland 2022). Jeg tenker ikke at traumebevisst forståelse kan revolusjonere tjenesten til personer med utviklingshemming, men at det for noen kan bety å bli møtt med en helhetlig tenking som tar høyde for hele mennesket og hele dets historie. For det ene mennesket det kanskje kan hjelpe, vil det kunne bety mye. I tillegg kan en også se på det i et samfunnsøkonomisk perspektiv – hvor traumebevisst tilnærming kan bety mindre utfordrende atferd og at en igjen kan bruke personalressurser på andre som også måtte trenge det.

Dette har ført meg frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte kan traumebevisst forståelse blant tjenesteytere påvirke tjenestetilbudet til personer med utfordrende atferd og psykisk utviklingshemming? Og hvordan kan denne forståelsesrammen integreres blant tjenesteytere?

1.1 Forforståelse

Jeg har en forståelse av at det ikke foreligger nok kunnskap om traumer og psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. Mitt erfaringsgrunnlag er basert på kommunale tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemmede og der erfarer jeg at det foreligger et behov for økt kompetanse på hvordan det kan jobbes med slike utfordringer. Når personer utøver vold eller aggresjon overfor andre, oppleves nok dette som traumatisk for vedkommende. Jeg har jobbet med personer som selv uttrykker anger i etterkant av voldsepisoder og som bruker mye energi på å gjøre opp for seg. De har kommet med uttalelser som «jeg forstår ikke hvorfor dette skjedde», «dette er fryktelig trasig» og «jeg er så lei meg fordi det ble sånn». Dette preger både hverdagen og relasjonene til den enkelte.

Jeg har gjennom min yrkeserfaring blitt konfrontert med utfordrende atferd fra menneskene jeg skal yte bistand til. Min forståelse for denne type atferd har gjennom årenes løp endret seg i takt med at min kunnskap rundt temaet har økt. Jeg har de siste årene i stor grad jobbet ut fra en atferdsanalytisk forståelse av atferd – altså at årsaken til atferden er å finne i miljøet eller omgivelsene til tjenestemottaker. Denne type tilnærming har vært med å bidra til gode tiltak rundt enkeltpersoner og har ut fra egen vurdering bidratt til bedre livskvalitet for flere. Jeg opplever likevel at det kan mangle noe i forhold til en helhetlig forståelse av atferden og hvordan en møter tjenestemottakere som har vært utsatt for traumer i oppveksten og i voksen alder.

Når jeg som tjenesteyter tolker en atferd som et uttrykk for noe som finnes i miljøet eller omgivelsene rundt tjenestemottaker tar jeg ikke nødvendigvis høyde for at det også kan være forsterkede reaksjoner som følge av tidligere opplevde hendelser. Et tenkt eksempel på dette er en person som utagerer kraftig som følge av høy motordur. Dette gjelder kun ved lyden av en spesifikk type motordur. Det lages mange forskjellige hypoteser på hva som kan være årsaken til dette. Etter noen år kommer det frem at vedkommende som barn løp gjennom en glassdør som følge av at noen startet denne motortypen i nærheten, uten at vedkommende var forberedt på det. Uten å sitte med fasiten, kan det være nærliggende å tro at lyden av motorduren tok vedkommende tilbake til en situasjon som hadde vært svært traumatisk. Jeg har opplevd lignende tilfeller som dette og det har gjort meg nysgjerrig på

hvordan jeg som tjenesteyter kan møte utfordrende atferd hos personer med psykisk utviklingshemming på andre måter enn jeg til nå har gjort.

2.0 Teori

2.1 Utfordrende atferd

Helsedirektoratet viser til Emerson m.fl. (1996) som definerer utfordrende atferd som; «*kulturelt avvikende atferd som er så intens, hyppig forekommende eller langvarig at den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre er alvorlig truet, eller at den i stor grad begrenser eller hindrer tilgang til vanlig sosial deltakelse i samfunnet*» (Helsedirektoratet 2015, 40). Utfordrende atferd kan også tolkes som «*...atferd som er tilstrekkelig ødeleggende, skadelig, forstyrrende eller uakseptabel på andre måter* (Holden 2009, 34). Holden (2009) peker også på at atferden ikke bare er en utfordring for personen selv, men også for omgivelsene. Utfordrende atferd kan òg ses som et gap mellom atferden en person viser og de krav omgivelsene stiller til hvordan den enkelte skal oppføre seg (Helsedirektoratet 2015). Her vil kulturelle normer spille en stor rolle. Ut fra de ulike definisjonene benyttes begrepet «utfordrende atferd» her opp imot atferd som ikke samsvarer med kulturelle normer, som kan medføre skade for personen eller omgivelsene og som bidrar til å innskrenke personens muligheter til utfoldelse av eget liv.

2.2 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming (heretter utviklingshemming) beskrives på denne måten:

«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser» (ICD-10 2022).

Utviklingshemming deles inn i gradene lett, moderat, alvorlig og dyp og må ha oppstått før fylte 18 år (Holden 2009). Det kan være ulike årsaker til at utviklingshemming oppstår. Hos mange er det genetiske årsaker som ligg bak hos andre kan det være miljømessige faktorer som er årsaken (Houge 2011).

Lett utviklingshemming svekker blant annet evnen til abstrakt tenking, planlegging, prioritering, fleksibilitet og korttidshukommelse. Samtidig kan akademiske evner som

leseferdigheter være redusert. Det ses gjerne en mer konkret tilnærming til problemløsning hos denne gruppen sammenlignet med jevnaldrende. Kommunikasjon- og språkferdigheter er også mer konkret enn hos jevnaldrende (min oversettelse) (American Psychiatric Assosiation 2013)

Å ha psykisk utviklingshemming vil kunne bety at en har utfordringer med å oppfatte og få med seg detaljer (forstå det som foregår), noe som kan føre til at det som oppleves eller høres ikke gir mening (Gjærum 2005). De opplevde utfordringene vil variere ut fra grad av utviklingshemming og bli mer tydelig i takt med hvor alvorlig utviklingshemmingen er. Mange har også andre funksjonsvansker i tillegg til utviklingshemming, som kan være med å påvirke den enkeltes funksjon. Det trekkes frem svikt i verbal funksjon, språkutvikling, evne til fleksibel tenking, oppmerksomhet, generalisering og problemløsning (ibid.). Når det gjelder lagring av informasjon trekker Gjærum (2005) frem at personer med utviklingshemming som følge av mindre fleksibilitet i sin tenking kan lagre informasjon «feil» og lete på «feil» sted når lagret informasjon skal hentes frem. Et annet funn Gjærum (2005) trekker frem er at strategiene for innlæring ikke er så effektiv hos personer med utviklingshemming, noe som medfører at de lærer langsommere.

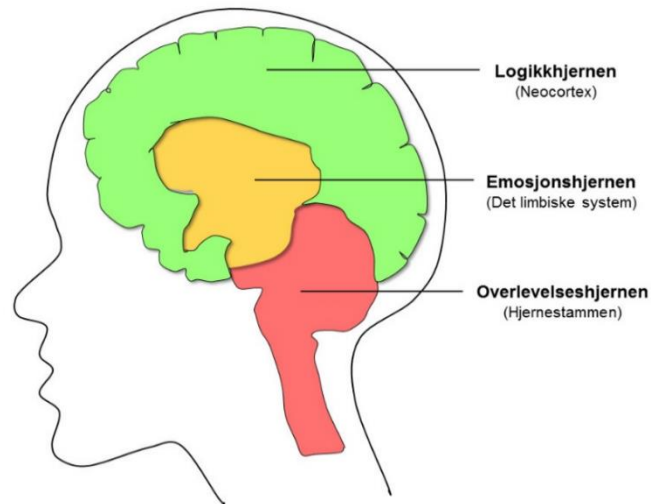
2.3 Årsak og forståelse av utfordrende atferd

Utfordrende atferd kan ha mange årsaker. Koritsas og Iacono (2012) viser til Carr og Durand (1985), Durand (1986) og Iwata m.fl. (1982) som mener utfordrende atferd representerer en form for kommunikasjon. Matson og Boisjoli (2008, I: Koritsas og Iacono 2012) mener det kan ha opphav i ferdighetsunderskudd. Psykisk lidelse blir trukket frem som en mulig årsak av Carr og Smith (1995 I: Koritsas og Iacono 2012) og Dunlap m.fl. (2008 I: Koritsas og Iacono 2012) ser utfordrende atferd som et resultat av operant forsterking. Dette er årsaker som kan studeres ut fra både atferdsanalytisk vinkling, biologiske faktorer og psykiatrisk vinkling (Koritsas og Iacono 2012). Den biopsykososiale modellen blir av Koritsas og Iacono (2008) trukket frem som en fjerde måte å se på utfordrende atferd på. De ser det som åpenbart at utfordrende atferd har flere og komplekse årsaker. I den biopsykososiale modellen tas det høyde for at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan virke inn på den enkeltes atferd, noe som er nødvendig når utfordringene ses som komplekse (Koritsas 2012).

2.4 Den tredelte hjernen

Når en skal forstå traumer og traumereaksjoner forutsetter det en viss kunnskap om hjernens oppbygging. Nordanger og Braarud (2017) viser til McLeans (1985) tredeling av hjernen.

Overlevelseshjernen (Hjernestammen), som styrer grunnleggende



(RVTS Øst 2020)

overlevelsesfunksjoner som respirasjon, kroppstemperatur, blodtrykk og hjerterytme (Brodal 1996, I: Nordanger og Braarud 2017). Emosjonshjernen (det limbiske system) som blant annet styrer tilknytningsatferd og grunnleggende følelser som frykt, sinne og lyst (Stien og Kendall 2004 I: Nordanger og Braarud 2017) og Logikkhjernen (Neocortex) som blant annet styrer viljestyrte motoriske handlinger, evnen til å resonere og områdene for språk og bevissthet (Siegel 2012, I: Nordanger og Braarud 2017). Hjernen utvikler seg fra bunnen og opp, det vil si at overlevelseshjernen er funksjonell allerede fra fødselen av. Dette gjelder også deler av emosjonshjernen. De høyereliggende områdene utvikles over lengre tid og er ikke ferdig utviklet før i 20-årene (Gogtay et al., 2004; Lenroot & Giedd, 2006; Siegel, 2012; Stienn & Kendall, 2004. I: Nordanger og Braarud 2017). Optimal utvikling av logikkhjernen forutsetter videre at emosjons- og overlevelseshjernen er godt utviklet (Bear, Connors & Paradiso, 2014; Chen & Baram, 2016; Stien & Kendall, 2004, I: Nordanger og Braarud 2017). Selv om hjernen utvikles fra bunnen til toppen vil hjernen etter hvert også kunne ha kapasitet til prosesser som går fra topp til bunn. Dette kan f.eks. være tankeprosesser som igjen påvirker følelseslivet vårt. Samtidig vil også aktiveringsnivået i nervesystemet påvirke andre veien. Dess mer stress vi utsettes for, dess mer tar de nedre delene av hjernen over (affekt og overlevelsesinstinkter) (D. Ø. Nordanger 2017).

2.5 Traume

Det finnes ulike definisjoner av begrepet traume i litteraturen. Tommessen og Neumann (2019:27) viser til van der Kolk og McFarkane (2007) som mener at når *...en stressituasjon er intens og gjentakende med høy grad av frykt, samtidig som personen føler seg hjelpeløs og ute av stand til å komme ut av faren, kan hendelsen oppleves traumatisk.* Andersen (2014) mener psykiske traumer kan oppstå ved *...hendelser som er så overveldende skremmende, intense og uforståelige at det ikke er mulig å ta inntrykkene inn over seg og romme dem på vanlig måte* (Andersen 2014, 54).

2.6 PTSD, komplekse traumer og utviklingstraumer

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) oppstår gjerne i etterkant av en traumatisk hendelse (eks. ulykke, katastrofer) som medfører at personen opplever kroniske gjenopplevelsessymptomer, unngåelsessymptomer og overaktiveringssymptomer. Slike symptomer vil hos de fleste gå over, men hos noen utvikler det seg til PTSD (D. Ø. Nordanger 2014c). Kompleks PTSD er en konsekvens av kompleks traumatisering. Det vil si *...langvarig eller gjentatt traumatisering i en kontekst uten fluktmulighet* (D. Ø. Nordanger 2014c, 46). Når et barn gjennom oppveksten utsettes for komplekse traumer, kalles det gjerne utviklingstraumer (ibid). *Begrepet utviklingstraumatisering viser til en situasjon hvor dette misforholdet preger omsorgsklimaet, hvor barnet utsettes for traumatiske stressbelastninger i kombinasjon med sviktende andre-regulering av affekten disse belastningene vekker* (D. Ø. Nordanger 2014a, 46). Det kan også være at barnet utsettes for stress i situasjoner der foreldrebeskyttelse mangler (D. Ø. Nordanger 2014a).

2.7 Traumebevisst/traumesensitiv omsorg

Traumebevisst omsorg (TBO) handler om at tjenesteyter møter tjenestemottaker med en utforskende og undrende holdning (Thommessen 2019). Dette innebærer at tjenesteyter tolker sinne og aggresjon som uttrykk for smerte – altså at denne smerten er et uttrykk for behov for støtte og hjelp til å regulere følelsene sine (Thommessen 2019). I TBO er forståelse og holdninger mer i fokus enn spesifikke metode. Forståelsesrammen må på plass før en fokuserer på holdninger og fremgangsmåte (Amble 2016). Modellen tar for seg hvordan tjenesteytere med og uten sosialfaglig eller helsefaglig fagbakgrunn kan

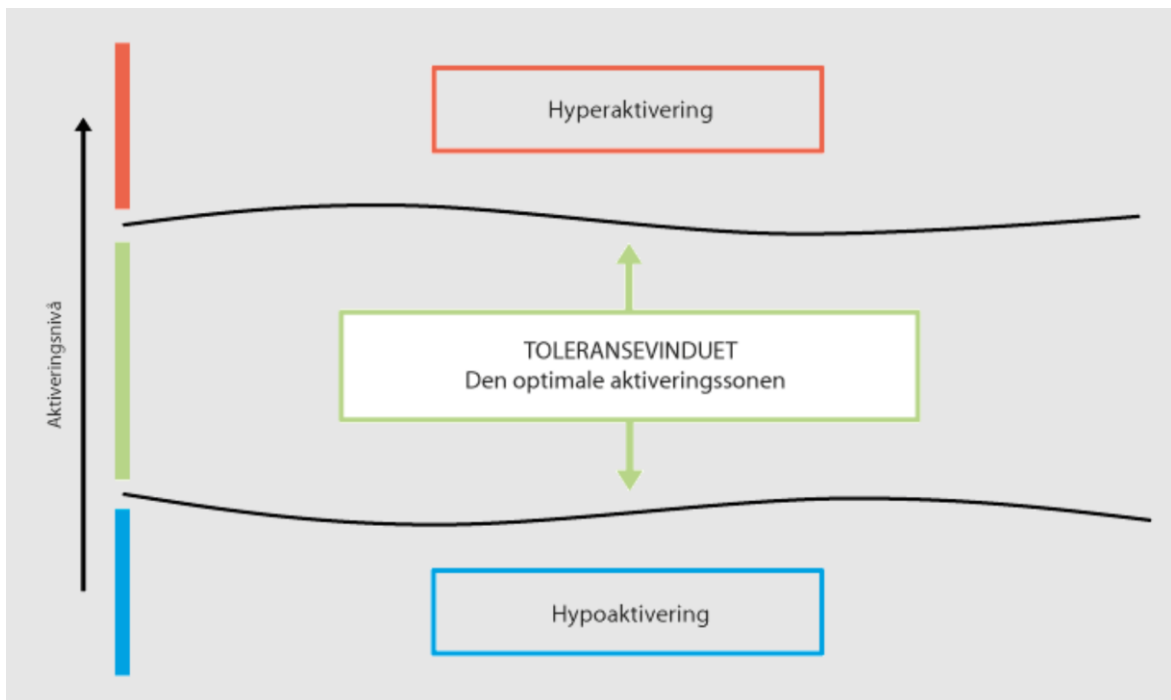
hjelpe mennesker som strever med traumelidelser (Andersen 2014). Amble (2016) poengterer også at TBO har som utgangspunkt at alle som er sammen med noen som er utsatt for traumer, kan bidra i en tilfriskningsprosess. Traumebevisst omsorg opererer med tre grunnpilarer – *trygghet, relasjon og følelsesregulering*. Trygghet tar for seg behovet mennesket har for å oppleve trygghet, altså den subjektive opplevelsen av trygghet den enkelte har. Trygghet ses som en forutsetning for å kunne fungere i hverdagen (Andersen 2014). Relasjon handler om å skape tillit i relasjonen, noe som forutsetter at hjelperen er åpen, tydelig og oppleves som trygg (Thommessen 2019), (D. Ø. Nordanger 2017) og (Amble 2016). Opplevelsen av selvbestemmelse, tilhørighet og å bli tatt på alvor er viktige elementer når det gjelder relasjon (Andersen 2014). Følelsesregulering handler om å bidra til å hjelpe til å regulere følelser ... *på en relevant og emosjonelt tilpasset måte når følelsene blir for voldsomme og uhåndterbare* (Thommessen 2019, 30). Et viktig moment når det gjelder følelsesregulering er å bidra til at tjenestemottaker opplever aksept for følelsene sine. Det er viktig å være nysgjerrig på følelsene som ligger bak atferden, ikke på atferden i seg selv (Andersen 2014).

2.8 Traumebevisst forståelse

Traumebevisst forståelse (TBF) dreier seg forenklet om at omsorgsmiljøet forstår at hovedvekten av tidligere og pågående relasjonelle erfaringer har betydning for utviklingen av emosjonelle og kognitive strukturer (Teigland 2022). Det finnes ikke en spesifikk måte å praktisere TBF på, men forståelsesrammen bygger på TBO og de tre grunnpilarene trygghet, relasjon og emosjonsregulering (Amble 2016). Hos mennesker med utviklingshemming vil tjenesteyter være en viktig miljøfaktor for å oppnå endring og utvikling. Kunnskap om menneskets hjernes fungering er da vesentlig for å kunne arbeide med et traumebevisst blikk (D. Ø. Nordanger 2017).

2.9 Toleransevidu-modellen

Tolleransevinduet illustrerer rammen for gunstig aktivering. Det vil si, innenfor hvilke ramme et menneske fungerer best (D. Ø. Nordanger 2017). Toleransevidu-modellen inneholder tre aktiveringsnivå. *Med toleransevidu menes det spennet av stressaktivering som man er i stand til å håndtere, uten at ens normale funksjon blir forstyrret* (Thommessen 2019, 65f). *Er man over toleransegrensen, er man i en hyperaktivert tilstand, med forhøyet hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Er man under grensen, er man i en hypoaktivert tilstand, med redusert hjerterate, respirasjon og muskeltonus* (D. Ø. Nordanger 2017, 38). Hva som fører en person over i hyper- eller hypoaktivering vil variere fra person til person. Medfødte faktorer, erfaringer, emosjonell tilstand, kontekst og sosialt samspill vil påvirke dette (ibid.).



(Barne- og likestillingsdepartementet 2017).

2.10 Sårbarhet og risikofaktorer

Personer med psykisk utviklingshemming er like ulike som alle andre. De innehar likevel en større risiko for å kunne bli utsatt for vold og overgrep. Dahl (2020) viser til at det foreligger lite forskning på feltet, da befolkningsstudier gjerne ikke inkluderer personer med psykisk utviklingshemming. Det vises likevel til forskning som er gjort, der det

kommer frem at personer med lett til moderat grad av utviklingshemming kan ha forhøyet risiko for å bli utsatt for overgrep og at personer med moderat til alvorlig grad av utviklingshemming har forhøyet risiko for dette (Dahl 2020). En mulig forklaring på dette kan være at personer med utviklingshemming har utfordringer med sosial, kognitiv og språklig fungering. Det foreligger også en sammenheng mellom grad av utviklingshemming og evne til å ta avgjørelser i komplekse situasjoner, som igjen kan ses som en risikofaktor for å bli utsatt for potensielt traumatiserende hendelser (Dahl 2020).

Didden (2011) viser til at personer med utviklingshemming på bakgrunn av blant annet reduserte selvhjelps- og kommunikasjonsferdigheter og sosiale- og problemløsningsferdigheter har større sjanse for å utvikle og opprettholde atferd som kan bli vurdert som utfordrende. Forekomsten av utfordrende atferd øker med grad av utviklingshemming, men grad av utviklingshemming ses ikke i sammenheng med om atferden er mer eller mindre krevende (Holden 2009).

Mennesker med psykisk utviklingshemming har også større risiko for å utvikle psykiske lidelser (A. N. Kildahl 2020a). Symptomene på psykisk lidelse kan være vanskelig å oppfatte hos denne gruppen og kan tolkes som følger av andre diagnoser – de kan derfor lett overses (ibid.). At symptomer på psykisk lidelse overses eller feiltolkes kan medføre feilaktig tjenestetilbud og potensielt bidra til å trigge traumer (Marvin & Robinson 2018 I: Teigland 2022).

Ifølge Johansen (2011) har personer med psykisk utviklingshemming generelt en større sårbarhet for å utvikle psykiske tilleggslidelser. Som følge av manglende grensesetting av invaderende atferd og overgrep fra andre mennesker, samt en særlig sårbarhet for tap av nære relasjoner, endringer i livsbetingelser, alvorlige ulykker og katastrofer vil disse være mer utsatt for traumer (Johansen 2011).

Mennesker med psykisk utviklingshemming har også ofte andre tilleggslidelser, noe som kan medføre hyppigere kontakt med helsevesenet. Mye tyder på at somatisk syke barn står i fare for å oppleve store psykiske påkjenninger ved sykdom, sykehusinnleggelse og belastende medisinske prosedyrer og at de som følge av dette har betydelig økt risiko for å utvikle blant annet PTSD (Gjems 2011).

2.11 En økologisk utviklingsmodell

En teori er et sammenhengende system av underbyggende antakelser og begrep om et fenomen (Guldbrandsen 2017a). Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell tar i enkle trekk for seg hvordan et menneske utvikler seg i samspill med de miljøene det til enhver tid samhandler med. Modellen er systemisk, noe som innebærer at alle leddene i modellen avhenger og påvirkes av hverandre (Guldbrandsen 2017b). Modellen består av fem systemer; mikro-, meso-, ekso-, makro- og tidssystemet. «*Mikrosystemet er et mønster av aktiviteter, sosiale roller og mellommenneskelige relasjoner*» (Guldbrandsen 2017b, 55). Mikrosystemet foregår på individnivå og individets egne opplevelser og tolkninger av situasjonen vektlegges (ibid.). «*Et mesosystem omfatter forbindelsene mellom to eller flere miljøer som den utviklende personen deltar i*» (Guldbrandsen 2017b, 59). Det kan være direkte forbindelser mellom miljøene ved tjenestemottakers deltagelse i ulike miljøer, og forbindelse via tredjepart (ibid.). Eksempel på dette er tjenesteyter i bolig som også følger tjenestemottaker på dagsenter. «*Eksosystemet utgjøres av forbindelser og prosesser som finner sted mellom to eller flere miljøer der minst ett ikke har den utviklende personen som deltaker, men som likevel indirekte påvirker prosesser i et miljø som omfatter fokuspersonen*» (Guldbrandsen 2017b, 60). Eksosystem kan i denne sammenhengen være tjenesteyters tilknytning til eksosystemer på sin fritid som er med å forme hvordan tjenesteyters interaksjon med tjenestemottaker blir. «*Makrosystemet referer til de overensstemmelser vi finner (...) i form og innhold i lavereordens systemer (...) på kultur- eller subkulturnivå, sammen med ethvert trossystem eller ideologi som skaper grunnlag for slike overensstemmelser*» (Guldbrandsen 2017b, 63). Systemet tar for seg kulturelle aspekter og gjennomsyrrer de andre systemenes prosesser (ibid.). Dette kan gjenspeile seg i kulturer på arbeidsplasser, religion, sosial tilhørighet, etc. I tidssystemet legges det vekt på tre tidslinjer; personlig tidslinje, historisk tidslinje og generasjonslinje. «*Ei personlig tidslinje vil si den utviklende personens livsløp fra fødsel til død*» (Guldbrandsen 2017b, 65), «*Ei historisk tidslinje plasserer personen inn i sin historiske epoke*» (ibid.) og «*Ei generasjonslinje plasserer personen inn i relasjon til forutgående og etterfølgende generasjoner*» (ibid.). Hvordan tidssystemet påvirker den enkelte vil påvirkes av samfunnsmessige forhold, som stadig er i endring ettersom tiden går (ibid.).

3.0 Metode

Oppgaven er basert kvalitativ metode. *Kvalitativ metode representerer en felles strategi for kunnskapsutviklings, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra hermeneutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisme* (Malterud 2017, 35). *De kvalitative forskningsmetodene omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale* (Malterud 2017, 36). Metoden som er benyttet i oppgaven er litteratursøk, da tidsaspektet avsatt til oppgaven begrenset mulighetene til å gjennomføre egen forskning på feltet. Søkene er gjennomført i Oria, PsycINFO, medline og Tidsskrift for norsk psykologforening. Gjennom søk har jeg funnet både artikler og fagbøker relevant for tematikken. Jeg har begrenset mine søk til å gjelde norske og engelske artikler/bøker, på bakgrunn av tidsaspektet jeg har hatt til oppgaven.

3.1 Søk

Søk ble gjennomført i Oria, PsycINFO, Medline og Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Søkordene benyttet i Oria ble: «traumesensitiv* ELLER traumebevisst* OG utviklingsh*». Dette søket resulterte i 4 treff, tre avhandlinger som kunne benyttes i et snøballsøk og en artikkel uten videre relevans for oppgaven. Videre gjorde jeg et nytt søk i Oria på «traumesensitiv* ELLER traumebevisst* OG vold ELLER utfordrende atferd ELLER ptsd», noe som gav 11 treff, hvorav 1 artikkel ble vurdert som aktuell. Søkene var avgrenset til å gjelde artikler mellom 2014 og 2022.

Ved søk etter engelsk litteratur ble søkeordene «Trauma-informed care or Trauma informed care» kombinert med «Down's syndrome or mental disorder» og «Autism spectrum disorders or intellectual development disorder ore developmental disabilities». Dette søket gav 16 engelskspråklige artikler. Etter å ha lest sammendragene satt jeg igjen med 5 artikler og 2 doktoravhandlinger med noe relevans for oppgaven. Tre av artiklene ble inkludert.

Søk i Tidsskrift for Norsk psykologforening med søkeordene «utviklingstraumer», «kompleks ptsd» og «toleransevinduet» gav 6 fagartikler. Kun en av disse var fagfellevurdert. Resterende er inkludert med bakgrunn i relevans for oppgaven. De er utgitt

i et anerkjent tidsskrift og det er anvendt kjent litteratur i alle artiklene. Tilsvarende søk i Oria resulterte i et bokkapittel.

Videre benyttet jeg et såkalt «snøballsøk», der jeg fant aktuelle artikler i ved hjelp av litteraturlistene i artiklene som har dukket opp i søk.

Jeg har også inkludert totalt tre bokkapitler. To av bøkene dukket opp i søk i Oria før søket ble avgrenset til å gjelde artikler. Det siste bokkapittelet fikk jeg tips om under en fagdag vedrørende temaet og valgte å vente på at boken skulle utgis, for også å kunne inkludere dette, da det ut fra forfatterens beskrivelse ville være av stor relevans for oppgaven.

3.2 Utvalgsriterier

Å finne litteratur som omhandler traumebevisst/sensitiv behandling/forståelse eller traumefokusert tilnærming knyttet opp mot mennesker med utviklingshemming har vist seg noe utfordrende, da det foreligger lite forskning på feltet. Jeg har derfor valgt å inkludere artikler som omhandler traumebevisst tilnærming i forhold til barn som er utsatt for vold og overgrep og jeg har valgt ut artikler som omhandler deler av den traumebevisste tilnærmingen. Dette med bakgrunn i at tilnærmingen tilsynelatende vil være den samme overfor barn og voksne, med og uten utviklingshemming. Jeg har inkludert artikler som omhandler utredning og behandling av PTSD hos personer med utviklingshemming og artikler som omhandler toleransevinduet og de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg, trygghet, relasjon og regulering. Selv om enkelte av artiklene ikke omhandler personer med utviklingshemming spesielt, vil det likevel være relevant for oppgaven, da behandling av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming baserer seg på behandlingsopplegg utviklet for den «nevrotypiske» delen av befolkningen. TBO/TBF er en forståelsesramme som ikke kan skade noen (Andersen 2014) og forståelsesrammen endres ikke, avhengig av om det er barn, voksne, personer med rusavhengighet, utviklingshemming eller annet som mottar hjelp. En artikkel som belyser kompetansenivået innenfor tjenestene til personer med utviklingshemming, er også inkludert. Den ses som relevant når det gjelder å belyse behovet for en forståelsesramme som potensielt kan benyttes i møte med alle, uansett bakgrunn. Artikkelen belyser også hvordan kompetansenivå henger sammen med tjenesteyting i disse tjenestene.

3.3 Relevans

Datagrunnlaget studien baseres på er ikke utelukkende litteratur knyttet opp mot personer med utviklingshemming. Med bakgrunn i utfordringene knyttet til å oppdage og diagnostisere traumelidelser hos denne gruppen, foreligger det lite litteratur på dette feltet. Personer med psykisk utviklingshemming vil dra nytte av behandlingsopplegg som gis den såkalte «nevrotypikeren», men med tilpassinger til hvert enkelt tilfelle (Bakken, Særlige utfordringer 2012). Traumebevisst/traumesensitiv tilnærming er implementert i tjenester som fengsel, psykiatri, sosialt arbeid og barnevern (Thommessen 2019) og mye av litteraturen som finnes er knyttet opp mot psykiatri og barnevern. Jeg ser likevel denne litteraturen som relevant for oppgaven, da den beskriver traumebevisst omsorg i et utviklingsperspektiv. Selv om noe av litteraturen omhandler barn, vil prinsippene tilsynelatende kunne anvendes også overfor personer med utviklingshemming og artiklene ses av den grunn som relevante for oppgaven. Det vurderes likevel som en svakhet ved oppgaven at all litteratur ikke utelukkende omhandler personer med utviklingshemming. Det må også påpekes at litteraturen som er valgt ut, er valgt ut med bakgrunn i å skulle besvare problemstillingen, noe som kan ha medført at annen relevant litteratur er utelatt.

4.0 Resultat

4.1 Oversikt over inkluderte artikler

Artiklene inkludert i studien presenteres her i form av funnene som er vurdert relevant for å belyse problemstillingen. For oversikt over artiklene, se vedlegg 1.

4.1.1 Artikkel 1

Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming (Ellingsen 2020). Fagfellevurdert og utgitt i Fontene forskning. Hensikten med artikkelen er å belyse hvilke kompetanse de som jobber innenfor tjenesten til personer med utviklingshemming har og i hvilken grad disse jobber heltid eller deltid. Studien bygger på en spørreundersøkelse besvart av 110 kommuner og 10 bydeler i Norge. Kartleggingen skjedde ved hjelp av registerdata fra kommunene og troverdigheten til dataen vurderes av forskerne som god. Funn viser at 33,2% av ansatte innenfor tjenesten ikke har godkjent utdanning. 38,6% har relevant fagbrev mens 33,2% har universitets- og høyskoleutdanning. Av disse har 10,7% utdanning som vernepleier. Det kommer frem at 69% av alle ansatte har deltidsstillinger. Det trekkes frem at kompetansenivået er nær uendret fra 1973 til 2019. Det kommer frem at ansatte i liten grad ser forskjell på hvem som har hvilken utdanning i arbeidshverdagen og mange utfører oppgaver som i utgangspunktet ikke ligger til egen profesjon eller kompetansenivå. Det rapporteres om liten mulighet for faglig arbeid og lite tid til refleksjon. Det trekkes frem at godt faglig arbeid i disse tjenestene fordrer struktur og faglighet. Med mindre arbeidshverdagen er forutsigbar, oversiktlig og faglig sett enkel, vil det være behov for at den ansatte kan gjøre faglige refleksjoner og ta avgjørelser basert på faglig skjønn. Det påpekes at kunnskap om tjenestemottaker, diagnoser og ulike retninger innenfor miljøterapeutisk arbeid er vesentlig innenfor denne tjenesten. Den store andelen av ufaglærte og deltidsansatte i denne type tjenester er en utfordring for kravet om faglig forsvarlige tjenester.

4.1.2 Artikkel 2

Betydningen av å være trygg. 1. utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori (Eide-Midstand 2017a). Utgitt i Tidsskrift for norsk psykologforening. Hensikten med artikkelen er å belyse hvordan den polyvagale

teorien kan belyses ved hjelp av toleransevindu-modellen. Artikkelen bygger på eksisterende litteratur på feltet. Den polyvagale teorien går ut på at det autonome nervesystemet består av tre ulike systemer, det sympatiske og to parasympatiske systemer. Disse tre systemene regnes som forsvarsmurer og skal beskytte oss i potensielt farlige situasjoner. Systemene aktiveres ikke som følge av bevisste valg, men av nevrosepsjoner som er en rask og ubevisst vurdering av faren en eventuelt står overfor. Forfatteren mener den polyvagale teorien samsvarer med tilnærmingen i traumebevisst omsorg og at den vil være et godt grunnlag for å gjøre «nedbremsingen» mer effektiv for et dysregulert barn. Trygghet i relasjoner trekkes frem som viktig for at det sosiale engasjementsystemet skal aktiveres på en slik måte at det inngir tillit og skal kunne bidra til å aktivere sosiale nervenettket også hos andre. For å hjelpe barnet å regulere seg må omsorgspersonen ha kontroll på egne responser, altså, kunne holde seg innenfor eget toleransevindu. Om barnets atferd utløser stress hos omsorgspersonen, vil det ikke være mulig å bidra til at barnet regulerer seg. Artikkelen er ikke fagfelleurdert og den omhandler utviklingstraumatiserte barn. Den er likevel inkludert, da den tar for seg hjernens mekanismer fører til ulik aktivering i faresituasjoner, og hvordan dette kan ha betydning for våre stressreaksjoner. Det påpekes at studiene artikkelen er basert på ikke utelukkende er rettet mot barn, og at det trengs mer forskning på feltet. Det er også ønskelig at en jobber for å utvikle en felles definisjon av utviklingstraumer.

4.1.3 Artikkel 3

Betydningen av å være trygg 2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn (Eide-Midsand 2017b). Artikkelen er fagfelleurdert og utgitt i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Hensikten med artikkelen er å belyse hvordan den polyvagale teorien kan bidra i det terapeutiske arbeidet med utviklingstraumatiserte barn. Artikkelen tar for seg terapeutens oppfølging av et 9 år gammelt barn, utsatt for grov omsorgssvikt og illustrerer hvordan terapeuten legger vekt på blant annet polyvagale teori for å forstå terapiprosessen. Artikkelen underbygger viktigheten av å jobbe med trygghet og relasjon for i det hele tatt å komme videre i et behandlingsforløp. Aktiviteter som f.eks. fotball, turer og spill kan utgjøre i seg selv utgjøre terapien. Det trekkes også frem at det krever tid og tålmodighet, samt at behandler må ha et avklart forhold til egne følelser og reaksjonsmønstre for å oppnå dette. Forfatteren påpeker at det kreves mer kontrollerte studier av teorien og hvilke verdi den kan ha som

utgangspunkt i terapi og at påstandene i artikkelen må derfor ses på som uferdige. Det trekkes frem at teorien uansett synes å ha praktisk nytteverdi i arbeidet med utviklingstraumatiserte barn. Artikkelen inkluderes da den bygger opp under viktigheten av de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg.

4.1.4 Artikkel 4

Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst (Blindheim 2012). Artikkelen er fagfellevurdert og utgitt i Tidsskriftet Norges Barnevern, av Universitetsforlaget. Hensikten med artikkelen er å belyse hvilke konsekvenser ulike skadelige hendelser og oppvekstsvilkår kan ha for barn, både psykologisk, psykofysiologisk og samfunnsmessig. Menneskers integreringskapasitet er avgjørende for om en blir traumatisert eller ikke. Forfatteren viser til Van der Hart et al., 2006, som definerer integreringskapasitet som «*Individets evne til å sette sammen og differensiere deler av ens erfaring og opplevde hendelser, for å skape meningsfulle relasjoner mellom en rekke erfaringer og hendelser som henger sammen, fullt ut virkeliggjøre disse, og å bli klar over hvordan de påvirker ens liv og andres liv*» (169). Artikkelen tar for seg hvordan en kan forstå symptomer som kan oppstå i etterkant av ulike fysiologiske hendelser. Funntyder på at mennesker som har blitt traumatisert ...*reagerer med emosjonell aktivering på alt som minner om trusselen de var utsatt for, og at denne reaksjonen kommer før det kognitive systemet, altså tanker og refleksjon, blir aktivert* (175). Det vises til forskning som tyder på at hippocampus er mindre hos traumatiserte personer enn gjennomsnittet. Alvorlig traumatiserte med en skadet eller hemmet hippocampus vil ofte ha høyere beredskap, svekket evne til å skille farlig og ufarlig, samt svekket evne til å lagre ny informasjon. Artikkelen er basert på en litteraturstudie og på bakgrunn av forskningen som er gjennomgått antyder forfatteren at det er grunn til å anta at traumatisering i barndommen er et av vår tids største helseproblem, og kanskje den største årsaken til psykiske vansker i oppvekst og voksen alder.

4.1.5 Artikkel 5

Bokkapittel: *Situering og traumebevisst omsorg*. Kapittelet er en del av boken *Gode hjelpere kjenner seg selv. Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge* (Thommessen

2019). Boken er utgitt av forlaget Cappelen Dam Akademisk. Kapittelet tar for seg hvordan vi tar med oss utfordringer fra barndommen inn i voksenlivet og hvordan disse utfordringene er med å prege oss i samhandling med andre mennesker. Videre tar forfatterne for seg viktigheten av at hjelperen har et avklart og reflektert forhold til hva som har formet en som person og hvordan egne reaksjonsmønstre bidrar til å påvirke samhandling med andre. Forfatterne går videre inn på traumer og traumers betydning for så å ta for seg de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg. Kapittelet inneholder praksisnære eksempler på hvordan hjelpers refleksjon rundt eget praksismønster kan komme til syne i arbeid og viktigheten av refleksjon rundt dette. Det er også bygget på anerkjent litteratur og undersøkelser.

4.1.6 Artikkel 6

Bokkapittel: *Posttraumatisk stresslidelse* (A. N. Kildahl 2020b). Kapittelet er en del av boken *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming Forståelse og behandling*. I kapittelet presenteres og diskuteres behandling ved PTSD hos personer med utviklingshemming med utgangspunkt i historien til to ulike personer med utviklingshemming. Forfatterne tar for seg faseorientert tilnærming til traumebehandling. Disse fasene inneholder stabilisering, bearbeiding og rehabilitering. Forfatterne oppsummerer med at det er komplisert å identifisere og behandle traumatisk stress hos personer med utviklingshemming. I noen tilfeller vil en ikke kunne komme lenger enn å jobbe med stabilisering og å unngå triggerer som utløser traumeresponser. Forfatterne tar for seg ulike behandlingsmetoder innenfor de ulike fasene, som gruppeterapi, eksponeringsterapi, traumefokusert kognitiv atferdsterapi, eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR), legemiddel og samtaleterapi. De viser til studier som har kommet til at personer med lett utviklingshemming kan ha nytte av denne type behandling. Det foreligger også resultater i forhold til personer med moderat utviklingshemming, men flere av behandlingsformene stiller krav til verbale ferdigheter. Personer med mer inngripende utviklingshemming knyttes det større utfordringer til når det gjelder behandling. Det foreligger også mindre forskning på feltet.

4.1.7 Artikkel 7

Stabilisering – det viktigste leddet i traumebehandling? Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser (Michalopoulos 2012). Artikkelen er utgitt i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Den er ikke fagfelleverdert. Artikkelen tar for seg et behandlingsopplegg ved Alna DPS som består av kombinert gruppe- og individualterapi, med fokus på økt selvforståelse og relasjonell fungering.

Behandlingstilbudet og nye utredningsrutiner presenteres og forfatteren gir et kort innblikk i nyere traumeforståelse og sentrale begreper som lå til grunn for endringene som ble gjort i deres behandlingsopplegg. Forfatteren benytter evalueringer gjort av deres pasienter for å illustrere hvordan de opplevde behandlingen. Videre drøftes viktigheten av å gjenkjenne og forstå komplekse traumereaksjoner og at behandlingen fokuserer på et dysregulert nervesystem som en av de sentrale mekanismene ved komplekse traumer. Det konkluderes med at stabilisering vil være viktig å jobbe med før annen behandling iverksettes, da pasienten først vil kunne nyttiggjøre seg annen behandling når pasienten er stabil.

Artikkelen inneholder referanser til annen anerkjent litteratur. Likevel kan en se det som en svakhet at studien er gjennomført på egen arbeidsplass og at den ikke er fagfelleverdert.

4.1.8 Artikkel 8

Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review (A. N. Kildahl 2019).

Artikkelen er publisert i *Journal of mental health research in intellectual disabilities* og er fagfelleverdert. Dette er en review-artikkel som tar for seg hvordan PTSD viser seg hos mennesker med autismespekterlidelser og utviklingshemming, samt hvordan dette kan identifiseres. Hensikten med studien er å identifisere kunnskapshull knyttet til hvordan PTSD kommer til uttrykk og identifikasjon av PTSD hos personer med autismespekterlidelser og utviklingshemming. Det er benyttet retningslinjer for systematisk review-artikler og meta-analyse. Artikkelen er bygget på et lite datagrunnlag og det trekkes frem at det er benyttet case-studier hvor det foreligger risiko for at alle symptomer som er til stede ikke rapporteres og at det foreligger skjevheter i forhold til hva som tolkes som symptomer på PTSD. Det konkluderes med at det er mulig å identifisere PTSD hos mennesker med utviklingshemming og autisme. Atferdsendringer ser ut til å være enklest å identifisere. Disse symptomene er likevel ikke spesifikke for PTSD og kan

tolkes som symptom eller følger av andre diagnoser. Det synes å være færre som rapporterer om gjenopplevelse og unngåelsesatferd – noe som kan forklares med kognitive evner til å uttrykke seg. Det anbefales videre studier på feltet, også for å skille mellom ulike grader av utviklingshemming.

4.1.9 Artikkel 9

Traumebevisst omsorg – ett skritt frem og to til siden (Lorentzen 2020). Artikkelen er publisert i Norsk Barnevern og fagfelleverdert. Hensikten med studien er å kritisk drøfte traumebevisst omsorg og forfatteren har tatt utgangspunkt i faglitteratur som omhandler denne tilnærmingen. Forfatteren mener faglitteraturen som omhandler traumebevisst omsorg fører til *...et svikt- og mangelperspektiv på barn og unge som har opplevd omsorgssvikt*. Han trekker frem at det kan skape utfordringer om fagpersoner kun skal lete i fortiden for å finne svar på nåværende atferd. Han mener det mangler fokus på nåværende relasjoner og kontekst og at en ikke utelukkende kan tenke på atferd som et resultat av noe som er opplevd tidligere. Det stilles her spørsmål om dette kan føre til distansering mellom miljøterapeuten og barnet/ungdommen. Det stilles også spørsmål til om det er mulig eller ønskelig å sammenfatte psykologi og nevrofysiologi. Forfatteren går langt i å påstå at det ikke foreligger grunnlag for at nevrofysiologiske prosesser kan forklare eller kaste lys over en persons faktiske opplevelser og forståelse.

4.1.10 Artikkel 10

Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi (D. Ø. Nordanger 2014a). Artikkelen ble utgitt i Tidsskrift for Norsk Psykologforening og er ikke fagfelleverdert. Artikkelen, en litteraturstudie, belyser hvordan utviklingstraumer kan forstås i lys av reguleringsbegrepet og hvordan toleransevinduet kan benyttes som praktisk verktøy og forståelsesmodell. Forfatterne tar for seg hvordan hjernens alarm- og reguleringssystem formes og utvikles. De går inn på hvordan hjernen responderer på traumatisk stress og sviktene andre-regulering – som kan føre til utviklingstraumer. Når det gjelder reguleringsvansker trekker de frem at et sensitivt alarmsystem og et underutviklet reguleringssystem kan forstås som reguleringsvansker (hypo- og/eller hyperaktivering). Videre trekkes det frem at andre-regulering vil være den sterkeste drivkraften bak utviklingen av reguleringssystemet og desensitivering av alarmsystemet.

Det pekes også på at andre-regulering vil være viktig på arenaer hvor daglig samspill utspiller seg. Toleransevindusmodellen trekkes her frem som forståelsesramme som kan bidra til at hjelpere med ulik faglig forankring kan oppnå en felles forståelse i sitt arbeid. Forfatterne hevder at regulerende voksne må være fundamentet i arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge. Det poengteres videre at det forutsetter at hjelperen har et reflektert forhold til eget toleransevindu, samt at det foreligger god støtte til ansatte som jobber store affektreguleringsvansker.

4.1.11 Artikkel 11

If we do not look for it, we do not see it”: Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability (A. N. Kildahl 2020a). Artikkelen er fagfellevurdert og utgitt i Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Forfatterne har gjennomført 18 kvalitative intervjuer av helsepersonell med erfaring fra arbeid med personer med autisme og psykisk utviklingshemming. Hensikten med studien er å belyse hvilke utfordringer helsepersonell ser i forhold til å identifisere PTSD og traumesymptomer hos personer med autisme og utviklingshemming, hvordan symptomene forstås og hvilke strategier som vurderes som nyttige for å identifisere PTSD hos denne delen av befolkningen. Forfatterne trekker frem forforståelse som en begrensning i studien, samt at studiens intervjuobjekter også kommer fra et spesifikt fagmiljø, med sine forståelser av tematikken. Intervjuobjektene forstod PTSD på samme måte hos denne gruppen som hos den generelle befolkningen. Det kom likevel frem at de opplevde at autisme og utviklingshemming påvirket hvordan tjenestemottakeren håndterte traumatiske hendelser, og at dette påvirket utviklingen av PTSD og traumerelaterte symptomer. Symptomuttrykk kan varieres fra dag til dag, og det oppleves enklere å mistenke og få informasjon om traumer hos personer som kun har utviklingshemming. Det ses en økt sannsynlighet for at PTSD uttrykkes ved utfordrende atferd ved alvorligere utviklingshemming. Diagnostisk overskygging beskrives som en utfordring og fortolkning av atferd opplevdes som mer utfordrende des mer inngripende utviklingshemming det var snakk om. Det ble rapportert at et videre spekter av hendelser kunne oppleves som traumatisk hos denne gruppen og at det krevde mer av helsepersonell å avdekke dette – altså normale livshendelser kunne potensielt føre til traumereaksjoner. Behandling oppleves som utfordrende og tidkrevende. Dette begrunnes blant annet i relasjonelle aspekter. Det trekkes videre frem at personalets kjennskap til tjenestemottaker

og dens historie, samt relasjon til tjenestemottaker vil være viktig, både for å avdekke, men også for å bidra i et behandlingsperspektiv, ved mistanke om PTSD eller traumesymptomer. Funnene i artikkelen tyder på et behov for å systematisere kartleggingsarbeid i forhold til PTSD og traumerelaterte hendelser blant denne befolkningen.

4.1.12 Artikkel 12

Bokkapittel: *Traumebevisst forståelse (TBF) som miljøterapeutisk forståelsesmodell i møte med mennesker med utviklingshemming* (Teigland 2022). Kapittelet er en del av boken *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid*, utgitt av Universitetsforlaget. Forfatterne tar for seg hvordan miljøterapeuter konkret kan arbeide med TBF som utgangspunkt i møte med personer med utviklingshemming. Et praksisprosjekt benyttes for å belyse ansattes erfaringer med TBF som faglig forståelsesramme. Kapittelet tar for seg traumebevisst forståelse som forenklet dreier seg om å forstå at hovedvekten av pågående og tidligere relasjonelle erfaringer har betydning for utvikling av emosjonelle og kognitive strukturer. Videre utdypes de tre grunnpilarene i traumebevisst omsorg; trygghet, relasjon og emosjonsregulering. Det poengteres at kunnskap om den tredelte hjernen kan bidra til å styrke miljøterapeutisk arbeid, da denne kunnskapen belyser hvilken del av hjernen som er «tilgjengelig» i den aktuelle situasjonen. Dette gjelder både i samhandling med tjenestemottaker og kolleger. Forfatterne trekker frem at personer med psykisk utviklingshemming har en høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser, at symptomer på psykiske lidelser og traume overses. Det poengteres at ulik forståelse og miljøterapeutisk praksis kan bidra til belastning både for tjenesteyter og tjenestemottaker. Det ble i forkant av prosjektet gjennomført fagdager og refleksjoner rundt temaet med de ansatte. Det vektlegges at en må fokusere på den enkelte fagpersons evne til å utføre regulerende og trygghetsskapende omsorg. Erfaringer fra praksisprosjektet viser at tjenesteyterne endrer måten å tenke på om tjenestemottakeren, fra «de er vanskelig» til «de har det vanskelig». Det poengteres at TBF kan bidra til en myndiggjørende praksis.

5.0 Diskusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse på hvilken måte traumebevisst forståelse blant tjenesteytere kan påvirke tjenestetilbudet til personer med utfordrende atferd og psykisk utviklingshemming og hvordan denne forståelsesrammen kan integreres blant tjenesteyterne. Videre diskusjon tar for seg dette i lys av teori og resultater fra inkluderte artikler. Artikkene gav et bilde av at TBF ikke bare handler om hvordan tjenesteyterne møter tjenestemottaker. Det handler også i stor grad om tjenesteyter og hvordan tjenesten er organisert, noe som kommer frem videre i drøftingen.

Å ha utviklingshemming betyr i varierende grad, ut fra alvorligheten av utviklingshemmingen, at evnen til å gjøre seg forstått og bli forstått er svekket. Evnen til å forstå det som skjer med seg selv og samhandling med andre mennesker vil også være svekket (Gjærum 2005). Blindheim (2012) benytter begrepet integreringskapasitet når han forklarer hvorfor noen blir traumatisert eller ikke. Utviklingshemming samsvarer med å ha svekket integreringskapasitet og støtter derfor opp om at personer med utviklingshemming har en større sårbarhet for å utvikle traumereaksjoner.

Utviklingshemming er ikke synonymt med verken det å samtidig ha utfordrende atferd eller bli utsatt for vold og overgrep, men det foreligger en større sårbarhet for dette blant denne gruppen, enn ellers hos «normalbefolkningen» (Didden 2011). At personer med utviklingshemming har kommunikative utfordringer ses i sammenheng med utfordringene tjenesteapparatet opplever når det gjelder å oppdage og identifisere traumesymptomer hos denne gruppen mennesker (A. N. Kildahl 2020a) og (A. N. Kildahl 2020b).

Personer med utviklingshemming har gjerne tjenester fra kommunale eller private tjenesteytere. Det er mange mennesker innom livene deres for å bidra til det som måtte være nødvendig. Noen har en tjenesteyter innom daglig, andre kan ha både fire, fem og seks. I noen tilfeller kanskje flere. Antall tjenesteytere kan variere, men gjennom et helt liv kan det fort være snakk om flere hundre mennesker. Det sier seg kanskje selv at det kan oppstå utfordringer, samt at mye historikk og informasjon vil forsvinne gjennom tidens løp. Mange av disse tjenesteyterne mangler også helse- og sosialfaglig kompetanse (FO og Naku 2020), (Ellingsen 2020). Utfordringer med stor turnover (utskifting av tjenesteytere) og deltidsarbeid poengteres også som en utfordring. Med dette som bakteppe kan det være

rimelig å anta at det kan være utfordrende å skulle samordne tjenestene til enkeltpersoner for å oppnå felles forståelse og kunnskapsgrunnlag blant tjenesteyterne (Ellingsen 2020). Traumebasert omsorg har som utgangspunkt at alle som samhandler med den aktuelle tjenestemottaker skal kunne bidra i tilfriskningsprosessen (Amble 2016), (Andersen 2014). Med tanke på at mange mangler helse- og sosialfaglig kompetanse innenfor tjenestene til personer med utviklingshemming, kan det å implementere TBF i disse tjenestene være en måte å heve kompetansen på, spesielt blant de som mangler helse- og sosialfaglig kompetanse. Viktigheten av å inneha kunnskap om den enkelte og dens historikk poengteres som viktig innenfor TBF av flere (Eide-Midtsand 2017b) og (Teigland 2022). Denne kunnskapen ses som viktig for at tjenesteyteren skal kunne bidra til at tjenestemottakeren opplever trygghet og gode relasjoner.

5.1 Trygghet

I den første grunnpilaren som ligger til grunn for TBF, trygghet, legges det vekt på at tjenestemottaker skal oppleve trygghet og at opplevelsen av trygghet er en forutsetning for å kunne fungere i hverdagen (Andersen 2014). Med bakgrunn i kunnskapen om kompetansenivå og turnover innenfor tjenestene til personer med utviklingshemming kan det stilles spørsmål til hvor enkelt det er å oppnå at den enkelte skal oppleve trygghet. Kan et menneske oppleve trygghet i samhandling med flere ulike tjenesteytere gjennom en dag, en uke og et helt liv? Å arbeide for at tjenestemottaker skal oppleve trygghet, innebærer å forsøke og *...identifisere og begrense det som finnes i dets omgivelser av mulige triggere for stress og negativ affekt* (D. Ø. Nordanger 2017, 150). Noe som også trekkes frem av flere er viktigheten av at tjenesteyter har et avklart forhold til hva som påvirker eget affekt- og stressnivå (D. Ø. Nordanger 2017), (Eide-Midstand 2017a), (Eide-Midtsand 2017b), (Thommessen 2019) og (D. Ø. Nordanger 2014a).

Et avklart forhold til hva som påvirker eget affekt- og stressnivå fordrer en støttende organisasjon med kultur for veiledning og kollegastøtte (D. Ø. Nordanger 2017). I lys av Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell utvikler vi mennesker oss i samspill med de miljøene vi samhandler med (Guldbrandsen 2017b). I denne sammenhengen betyr det at tjenesteytere utvikler seg i det miljøet og den kulturen som er på arbeidsplassen. På en arbeidsplass med kultur for veiledning, kollegastøtte og refleksjon vil det da tilsynelatende være mulig for tjenesteyter å utvikle sine kunnskaper om hva som påvirker eget affekt- og

stressnivå. Dette vil igjen kunne påvirke tjenestemottakers opplevelse av tjenesten og påvirke hvordan tjenestemottaker utvikler seg i samspill med tjenesteyterne. En tjenesteyter som ikke har kontroll på eget affektnivå, vil ikke kunne bidra til å trygge en utrygg tjenestemottaker. Så hva skal til for at en som tjenesteyter anerkjenner at egne vanskelige følelser også kan påvirke relasjonen og tjenesteytingen?

Å arbeide med utfordrende atferd fremkaller følelser hos tjenesteyterne. Det påvirker affektnivået og måten å samhandle med tjenestemottaker på. Viktigheten av å ha et reflektert forhold til egne vanskelige følelser vektlegges (D. Ø. Nordanger 2017), (Teigland 2022). At opplevelsen av trygghet er viktig for tjenestemottaker er godt beskrevet, men behovet for trygghet hos tjenesteyter kan også trekkes frem her. For å skulle oppnå et avklart forhold til hva som påvirker egen affektregulering og å kunne motta kollegaveiledning på en god måte, vil det å oppleve trygghet blant kollegene tilsynelatende være viktig. Sårbarhet kan være et stikkord her. Det kan være utfordrende å erkjenne at ens egne handlingsmåter kunne vært endret, at jobben en står overfor skaper ubehagelige følelser i en selv eller at kolleger tilsynelatende mestrer jobben bedre enn en selv. Mennesker utvikler seg i samspill med andre og har behov for tilbakemeldinger fra andre for å vokse som mennesker (Skau 2017). I denne sammenhengen kan det da sies at en har behov for tilbakemeldinger fra kolleger for å utvikle egen tjenesteyting. *Verdien av den responsen vi får fra en annen, avhenger både av vår egen mottakelighet og av giverens personlige kompetanse* (Skau 2017, 170). Dette fordrer da tilsynelatende to ting; det første er at en som mottaker av tilbakemelding må evne å se dette som noe konstruktivt og som en mulighet til å bli en bedre utgave av seg selv. Det andre er at avsenderen må kunne gi tilbakemeldinger som oppleves som konstruktive. Dette avhenger av at avsender har arbeidet med eget bevisstgjøringsarbeid og egen utvikling (Skau 2017). Skau (2017) poengterer at det kan være utfordrende å motta nære og personlige tilbakemeldinger, selv om dette er verdifulle tilbakemeldinger å få. Å oppleve at en kollega påpeker at stemmeleiet blir høyere eller at kroppsspråket endres når tjenestemottakers affektnivå øker, kan oppleves som sårt om det ikke foreligger kultur for slike tilbakemeldinger eller om tilbakemeldingene gis på en ugrei måte. Teigland (2022) viser til at det ble brukt fagdager og refleksjonsgrupper i deres arbeid med å innføre TBF i en personalgruppe. Skau (2017) trekker også frem at grupper kan være en god arena for å starte et slikt endringsarbeid i forhold til personligvekst på. Videre trekker hun frem at det er i hverdagen – sammen med de vi samhandler med i det daglige, det viktigste endringsarbeidet skjer.

Veiledningsgrupper på arbeidsplassen kan være en god arena for slik utvikling, men det

fordrer at den enkelte ansatte går inn for å være med på et slik utviklingsarbeid. Refleksjon over egen praksis kan være utfordrende og skummelt. I praksis kan det være at tjenesteyter må endre seg og sin rolle overfor tjenestemottaker fra å være den som kontrollerer til en som er med tjenestemottaker på en prosess (Vik 2007).

Teigland (2022) beskriver hvordan de i sitt praksisprosjekt benyttet fagdager for de ansatte i det aktuelle botilbudet for å implementere kunnskap om TBF. Videre benyttet de organiserte refleksjonssamlinger for å jobbe videre med temaet. En slik tilnærming fordrer at det er rom for å sette av tid til faglig utvikling og refleksjon ved den enkelte avdeling/enhet. En kjent problemstilling innenfor helse- og omsorgssektoren er at handlerrommet til den enkelte avdeling er avgrenset økonomisk av budsjett som skal holdes (Vik 2007). Det vil si at utviklingsarbeid og kompetanseheving ved en arbeidsplass kan stoppe opp som følge av manglende finansiering. Dette kommer i konflikt med kravet om at kommunene skal sørge for at tjenesteyterne har kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Dette innebærer blant annet at tjenesteyter har nødvendige språkkunnskaper, empati, evne til å etablere gode og stabile relasjoner, kunne skape trygghet, tillit og trivsel hos tjenestemottaker, være forutsigbar og tydelig og ha selvinnsikt og bevissthet om hvordan egen væremåte påvirker samspill (Helsedirektoratet 2021).

5.2 Relasjon

Den andre grunnpilaren; relasjon, handler om å skape tillit i relasjonen, noe som forutsetter at hjelperen er åpen, tydelig og oppleves som trygg (Thommessen 2019), (D. Ø. Nordanger 2017) og (Amble 2016). I tjenestene til personer med utviklingshemming kan det å skape relasjoner i seg selv være en utfordring. Hvordan kan du som tjenesteyter skape en god og trygg relasjon til noen om du til stadighet har ansvaret for 5-6 personer når du er på jobb, eller du bytter jobb annethvert år for å få nye utfordringer? Det foreligger tilsynelatende noen åpenbare utfordringer her, men sett bort fra disse, hva skal til for å skape gode relasjoner?

En relasjon kan være støttende og den kan være krenkende. Grunnlaget for en god relasjon er tillit – noe vi verken kan kreve eller forutsette, men som vi hele tiden må gjøre oss

fortjent til (Skau 2017). Nå velger jeg å anta at de fleste som arbeider med andre mennesker ønsker å opptre som støttende, men det er nok ikke sikkert en blir oppfattet som støttende av tjenestemottaker selv om dette er intensjonen. Fokus på relasjon handler om å være sensitiv og fleksibel uten å miste profesjonell distanse samt å utvise autoritet uten å være undertrykkende (Teigland 2022). Eide-Midtsand (2017b) illustrerer viktigheten av dette i sitt arbeid med et utviklingstraumatisert barn. Det jobbes med å trygge barnet og først når barnet er trygt, kan det starte med å bygge relasjonen seg imellom. Relasjonen skapes da på barnets premisser og barnet får tillit til behandleren.

Tillit er grunnleggende i et samspill. Skau (2017) trekker frem at det må være kongruens i mellommenneskelige relasjoner for at en skal bygge en tillitsfull relasjon. Det betyr at det skal være ærlighet, ekthet, oppriktighet og sannferdighet i det en gjør. Det fordrer at tjenesteyteren kjenner seg selv og våger å fremstå som seg selv. Da er vi tilsynelatende tilbake til trygghet og tjenesteyters forhold til fag, egen affektregulering og evne til å ta imot tilbakemeldinger og veiledning både fra kolleger og tjenestemottakere. Det vil ikke nytte å møte tjenestemottaker med verbale instruksjoner om at situasjonen som foregår ikke er farlig om kroppsspråk og stemmeleie indikerer noe annet.

Å skape tillit handler også om å anerkjenne de vanskelige følelsene som uttrykkes og kvalitet i relasjonen kan oppstå når tjenesteyter speiler følelsene tjenestemottaker uttrykker (Teigland 2022). For personer med utviklingshemming som også har utfordringer med kommunikasjon, kan det for eksempel være viktig å bruke kroppsspråk og mimikk for å vise at en forstår. Dette kan igjen være utfordrende om tjenesteyter mangler kunnskap om tjenestemottaker, dens historikk og utfordringer. Noe som nok kan være tilfelle i tjenester med stor turnover og utstrakt bruk av deltid (FO og Naku 2020).

5.3 Følelsesregulering

Den siste grunnpilaren, følelsesregulering, tar for seg regulering av følelser på en tilpasset måte, der du som tjenesteyter anerkjenner følelsesuttrykket, men ikke nødvendigvis vis atferden i seg selv (Thommessen 2019) og (Andersen 2014). I praksis kan dette for eksempel bety at du som tjenesteyter anerkjenner følelsene til en person som i sinne knuser stuebordet sitt som vanskelige, ved å si at «nå ser jeg du har det vanskelig» samtidig som dette også uttrykkes via kroppsspråk, mimikk og stemmeleie. Ut fra kunnskapen om

hvilken del av hjernen som er mottakelig for regulering, vil ikke kognitiv regulering i en slik situasjon treffe (Teigland 2022). Det vil si at en beskjed som; «du må forstå at dette ikke var lurt», ikke vil bidra til regulering i en slik situasjon. Lillevik og Øien (2010) og Skau (2017) trekker også frem tjenesteyters tilnærming til tjenestemottaker som viktig i arbeid med vold og aggresjon. De poengterer at tjenesteyter ved å forsøke å forstå voldens mening og hva som ligger bak atferden, vil bidra til at tjenestemottaker opplever anerkjennelse, ikke av volden i seg selv, men at tjenestemottaker, noe som i seg selv vil bidra til å dempe aggresjon og voldsbruk. Dette bygger opp under funnene – som viser til at det tilsynelatende er viktig å anerkjenne tjenestemottakers følelsesuttrykk for å kunne bidra til følelsesregulering.

Når tjenestemottaker er overaktivert eller underaktivert er vedkommende utenfor sitt toleransevindu (D. Ø. Nordanger 2014a). Tjenestemottaker vil da kunne ha behov for ytre regulering for å komme tilbake i eget toleransevindu. Ved utfordrende atferd er det gjerne overaktivering det er snakk om. Det kan være roping, hyling, kasting av gjenstander, selvskadning, vold og trusler mot tjenesteytere eller andre. Å jobbe med utfordrende atferd gjør noe med en som tjenesteyter. Atferden påvirker oss i større eller mindre grad. Det betyr også at tjenesteyters atferd vil påvirke tjenestemottakers atferd. Teigland (2022) trekker frem at en som tjenesteyter ikke kan gi god reguleringsstøtte til andre om en selv ikke er innenfor eget toleransevindu. Dette støttes også av Amble (2016) og Thommesen (2019). Det vil kreve at en som tjenesteyter har strategier for å holde seg selv innenfor eget toleransevindu på tross av at en blir utsatt for krevende og krenkende atferd. Når du står i en situasjon hvor du blir skreket til og skjelt ut på det grovest kan nok alle kjenne på lysten til å skrike tilbake. Vi kan her se tilbake på den første grunnpilaren «trygghet», hvor kollegastøtte trekkes frem som viktig. Kan du gå til kollegaene dine og fortelle at du fikk lyst til å slå tilbake eller vart ordentlig redd i en situasjon, har du tilsynelatende en trygghet til kollegaene dine som bidrar til støtte når utfordringene blir krevende. En slik åpenhet iblant kolleger kan bidra til at en som tjenesteyter lettere holder seg innenfor eget toleransevindu og tar gode valg når det trengs (Teigland 2022).

5.4 Den tredelte hjernen

Forståelsesrammen i TBF bygger på trygghet, relasjon og emosjonsregulering. Samtidig legges det også vekt på at kunnskap om hjernen og dens oppbygning er viktig å inneha for

tjenesteytere som arbeider ut fra en traumebevisst forståelse (Eide-Midstand 2017a) og (D. Ø. Nordanger 2014a). Begrunnelsen for at denne kunnskapen er viktig å inneha blir lagt på at tjenesteyter ut fra hvordan tjenestemottakeren opptrer skal kunne tone seg inn og treffe med sine handlinger. En livredd person som gråter og hylar vil for eksempel ikke være mottakelig for kognitiv veiledning, men ha behov for å bli trygget i situasjonen en er i. Lorentzen (2020) stiller spørsmål til om denne kunnskapen bidrar til et bedre tjenestetilbud eller om det er med å skape større avstand mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Trenger egentlig tjenesteyter å vite at det er hjernestammen som overtar når et menneske opplever krise og at neocortex og det limbiske system kobler ut? Eller holder det å vite at når «Eli» gråter og hylar, skal du sette deg ved henne og stryke henne på ryggen til hun selv er klar til å snakke? Uten å trekke noen konklusjon, kan det tilsynelatende være et poeng at kunnskapen om hjernen tilpasses mottakeren. Som lege eller psykolog kan det være naturlig å inneha en mer inngående kunnskap om disse funksjonene enn en ufaglært assistent. Det stilles også spørsmål til om det egentlig er mulig å si at det foreligger en sammenheng mellom hjernens fungering og en persons psykiske liv. Dette står i kontrast til Nordanger (2014) og Nordanger og Braarud (2017), som trekker frem kunnskap om den tredelte hjernen som viktig for å forstå hjernens alarm- og reguleringssystem, og videre kunne imøtekomme tjenestemottakers behov ut fra hvilke deler av hjernen som er mottakelig for kommunikasjon og samhandling. Teigland (2022) trekker også frem kunnskap om den tredelte hjernen som viktig både i møte med tjenestemottakere og som kollegastøtte, da det vil bidra til kunnskap om hvilken del av hjernen som er «tilgjengelig» i ulike situasjoner. Treffer en med riktige tiltak vil en da tilsynelatende ha større sjanse til å bidra med reguleringsstøtte. Lorentzen (2020) mener også at en ved å kun lete etter psykologiske forklaringer på atferd kan gå glipp av konteksten atferd oppstår i, som også kan ha betydning. Dette finner jeg ikke drøftet i andre artikler i mine søk. Selv om Lorentzen (2020) mener at traumebevisst omsorg (TBO) kun leter i historien til den enkelte for å finne forklaringer på atferd kan jeg ikke i mine funn se at TBO utelukker at atferd kan ha sine årsaker i hendelser i nåtiden.

Om TBF ses i lys av den økologiske utviklingsmodellen forstås ikke atferd som noe ved tjenestemottaker, men som et resultat av miljøet og konteksten. Mennesker med utviklingshemming kan oppleve hendelser og situasjoner som traumatisk og traumatiserende uten at dette virker logisk for andre. Når terskelen for hva som kan føre til traumer, PTSD, komplekse traumer og utviklingstraumer hos en person med

utviklingshemming tilsynelatende lavere enn hos andre (A. N. Kildahl 2020a), vil det også kunne være mer utfordrende å finne årsaken til atferden. Eksempelvis kan opphavet til atferden ligge i barndommen, mens utløseren til atferden skjer i nåtid og vekker de samme fysiske og psykiske reaksjonene i tjenestemottaker som i barndommen. Ved mangel på kunnskap om tjenestemottakers historikk, vil det å forstå atferden kun ved hjelp av å se på den utrykte atferden, ikke nødvendigvis gi gode tiltak. Om vi ser på eksempelet om tjenestemottakeren som utagerte ved lyden av høy motordur, gav atferden lite mening i lys av informasjonen vi hadde tilgjengelig i starten. Reaksjonene til tjenestemottaker ble derimot mer forståelig når tjenesteyterne visste om hendelsen med glassdøren. Før denne informasjonen kom frem ble tjenestemottaker møtt med; «det er ikke farlig med motordur». Tjenesteyterne henvendte seg her til logikkhjernen, som i lys av kunnskapen om den tredelte hjernen, ikke ville være tilgjengelig når tjenestemottaker var aktivert av motorduren og utenfor sitt toleransevindu. Sett med TBF kan motorduren ha påført tjenestemottaker det samme ubehaget som glassdøren gjorde, selv om hendelsen fant sted for flerfoldige år siden. Istedenfor å henvende seg til logikkhjernen, skulle en ut fra kunnskapen om den tredelte hjernen henvendt seg til overlevelsesshjernen – gitt anerkjennelse for at følelsene tjenestemottaker opplever er reelle og jobbet for å trygge tjenestemottaker på en måte som treffer den delen av hjernen som er mottakelig.

5.5 Sårbarhet

Mange utviklingshemmede har utfordringer med å utrykke seg og hevde seg selv. Disse utfordringene blir mer tydelig i takt med alvorlighetsgrad av utviklingshemmingen. Dette setter store krav til tjenesteyterne og deres evne til å tilrettelegge for kommunikasjon og forståelse. Svært mange greier nok ikke, på grunn av sine kognitive svekkelser å utrykke hva som er vanskelig, sette ord på egne følelser og tolke egne følelser. Når mennesker med utviklingshemming har en økt sårbarhet for å utvikle og opprettholde atferd som kan bli vurdert som utfordrende (Didden 2011), samt at forekomsten av utfordrende atferd ser ut til å øke i takt med alvorlighetsgraden av utviklingshemmingen, kan det tilsynelatende stilles spørsmål til om utfordrende atferd blir tjenestemottakers måte å kommunisere vanskelige følelser på. Et fiktivt eksempel kan illustrere dette: *Om «Ole» ble utsatt for overgrep på jobb uten å kunne kommunisere det muntlig til noen, kan «Ole» prøve å la være å stå opp om morgenen for å slippe å dra. Tjenesteyterne tolker dette som at «Ole» er vanskelig og får han, noe motvillig, opp av senga. Dette fører videre til at «Ole» slår*

sine tjenesteytere. «Ole» slipper å dra på jobb. I tillegg til å ha utfordringer med å uttrykke seg og å forstå sine omgivelser, er mennesker med utviklingshemming ofte prisgitt sine tjenesteytere og at disse tolker deres kommunikasjon riktig. Slik sett kan det sies at mennesker med utviklingshemming har en dobbel sårbarhet for å utvikle traumerelaterte lidelser. De er ikke bare sårbare i seg selv, men også som følge av at tjenesteyterne kan feiltolke og eventuelt feilbehandle som følge av manglende forståelse. I «Oles» eksempel kan det tenkes at han potensielt opplevde et nytt traume, ved at han «måtte» slå for å slippe unna noe annet han hadde opplevd som traumatisk.

Diagnostisk overskygging er også en stor utfordring blant mennesker med psykisk utviklingshemming og utfordrende atferd. Atferden blir gjerne tolket som om konsekvens av utviklingshemmingen og det blir ikke tatt høyde for at det kan være reaksjoner på traumatiske hendelser (A. N. Kildahl 2020a). I tillegg til diagnostisk overskygging trekkes det også frem at symptomer på traumelidelser hos personer med utviklingshemming kan være a-typiske (A. N. Kildahl 2020a), (A. N. Kildahl 2019). Det betyr tilsynelatende at det kan være lett å tolke symptombildet (herunder atferden) som noe annet enn den kan være et uttrykk for, noe som også kan føre til feiltolkning og feildiagnostisering.

5.6 Betydningen av å bli møtt med TBF

Hva betyr det for tjenestemottaker å bli møtt med holdningen «du har det vanskelig» istedenfor «du er så vanskelig»? Og hva betyr det for tjenesteyter å endre holdning fra «du er så vanskelig» til «du har det vanskelig»?

Å ha utviklingshemming betyr at du kan ha utfordringer med å forstå og tolke det som skjer. Egne følelser kan være utfordrende å forstå og når følelsene blir vanskelige kan det komme til uttrykk via atferd som utfordrer. Om en i denne sammenhengen tolker utfordrende atferd ut fra den biopsykososiale modellen (Koritsas 2012), hvor det tas høyde for at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan virke inn på den enkeltes atferd, kan det stilles spørsmål til om en i det hele tatt kan si at noen «er vanskelig». Vil det bli mer riktig å si at atferden kommer som et resultat av «en serie uheldige hendelser»? Og at en som følge av dette «har det vanskelig»?

Om en som tjenesteyter møter tjenestemottaker med «du er så vanskelig» kan det tilsynelatende være lett å fortsette med; «kan du ikke bare ta deg sammen?». I lys av kunnskapen om den tredelte hjernen, vil en slik beskjed ikke ha noe effekt på en person som befinner seg utenfor sitt toleransevindu (D. Ø. Nordanger 2017), (Teigland 2022), (Eide-Midtsand 2017b), (Michalopoulos 2012). Når stressnivået er høyt, er det utfordrende å være rasjonell og å ta inn informasjon fra andre. Å bli irettesatt når du er overaktivert kan i verste fall føre til at aktiveringen og stressnivået øker. I en situasjon hvor du som tjenesteyter har som mål å hjelpe tjenestemottaker tilbake i eget toleransevindu vil det kunne føre til utagering om du istedenfor å bidra til regulering, kommuniserer på en måte som fører til mer aktivering.

Møter du derimot tjenestemottaker med en forståelse av at atferden kan være et uttrykk for hendelser som har blitt opplevd som traumatiske og viser anerkjennelse for at tjenestemottaker har det vanskelig, kan det være starten på noe bedre. For tjenestemottaker kan det å bli møtt med anerkjennelse bety at en opplever trygghet, noe som igjen kan være starten på en trygg relasjon. Trygghet trekkes frem som vesentlig for å kunne fungere i hverdagen (Andersen 2014) og for å kunne komme videre i arbeidet med å bearbeide eventuelle traumer (Michalopoulos 2012). At tjenesteyter anerkjenner tjenestemottakers følelsesuttrykk, kan også bidra til følelsesregulering (Skau 2017).

For tjenesteyter kan det å endre hvordan en møter tjenestemottaker for noen være snakk om små justeringer på inntoning, for andre kan det være snakk om større personlige endringer, både personlig og faglig. For mange kan det bety mindre makt overfor tjenestemottaker (Vik 2007). Det kan også bety at en må jobbe med å utvikle sin personlige kompetanse (Skau 2017). Da er vi tilbake til økologisk utvikling (Guldbrandsen 2017b). Vi utvikler oss i våre ulike miljøer (systemer), både privat, personlig og profesjonelt. Vi påvirker hverandre i samhandling innenfor og på tvers av de ulike systemene. Som tjenesteytere vil vi ha mulighet til å påvirke de vi yter tjenester til. Hvordan vi påvirker dem, kommer an på en rekke ulike faktorer. Selv om noen alltid vil reagere med utfordrende atferd fra tid til annen (Skau 2017), vil tjenesteyters atferd tilsynelatende kunne bidra til å påvirke atferden til tjenestemottaker. I beste fall kan TBF føre til at tjenesteyter oppleve reduksjon i utfordrende atferd hos tjenestemottaker.

6.0 Oppsummering og refleksjon

Det kan være utfordrende å oppdage og identifisere traumer og traumereaksjoner hos mennesker med utviklingshemming. Mye tyder på at mange med utviklingshemming kan ha opplevd traumer som i ettertid kan forårsake utfordrende atferd, men at det i mange tilfeller tilsynelatende blir tolket som en del av diagnosen/diagnosene de allerede har.

For å implementere TBF i tjenestene til personer med utviklingshemming vil det ut fra funnene være viktig å sette av tid til refleksjon og kollegastøtte blant tjenesteytere, samt at det vil være en fordel å øke den faglige kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming, samtidig med redusert bruk av deltid.

TBF er en forståelsesramme som tilsynelatende kan implementeres blant tjenesteytere uavhengig av faglig bakgrunn (Amble 2016), (Andersen 2014). Dette kan være fordelaktig med tanke på kompetansesituasjonen i tjenestene til mennesker med utviklingshemming (FO og Naku 2020). Opplæringen i forhold til TBF kan tilpasses ut fra hvem som skal motta opplæring. En vernepleier kan få mer inngående kunnskap om den tredelte hjernen og responssystemet enn en pleiemedarbeider, men alle vil tilsynelatende kunne benytte prinsippene i TBF om de legges til rette for det på arbeidsplassen. Dette kan være en fordel med tanke på at det er i hverdagen – sammen med de vi samhandler med i det daglige, det viktigste endringsarbeidet skjer (Skau 2017).

Jeg vil ikke påstå at all utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming har sitt utspring i traumer, men funnene tyder på at dette kan gjelde for flere. Å arbeide med utfordrende atferd er krevende og mange av tiltakene som benyttes kan nok oppleves som inngripende for tjenestemottaker. Å bli fastholdt som følge av utfordrende atferd vil nok for mange kunne oppleves som traumatisk, selv om det i noen tilfeller er helt nødvendig for å ivareta sikkerheten til tjenestemottaker og andre. Å bli møtt av tjenesteytere med et traumebevisst fokus, kan vanskelig sies å skulle kunne traumatisere noen. Ut fra funnene, vil jeg driste meg til å påstå at TBF vil kunne være et positivt tilskudd inn i tjenestene til personer med psykisk utviklingshemming, uavhengig av om det foreligger traumerelaterte diagnoser eller utfordrende atferd. Videre kunne det vært interessant å gjennomført en større studie av hvordan TBF kan implementeres som forståelsesramme i tjenester for personer med utviklingshemming og hvordan dette virker inn på tjenestemottakernes liv og

livskvalitet. Et annen interessant innfallsvinkel ville vært å se på om TBF har innvirkning på atferd hos personer med ulik grad av utviklingshemming. Det ville på sin side krevd et større stykke arbeid og tjenestesteder som er villig til å delta i et slik type prosjekt.

Min påstand vil til slutt være at alle trenger å oppleve trygghet og gode relasjoner, noe TBF tilsynelatende vil kunne bidra til, om det legges til rette for dette blant de som yter tjenester til denne gruppen mennesker.

7.0 Referanser

- Amble, Lene og Cathrine Dahl-Johansen. 2016. *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Arlington, VA.
- Andersen, Inger Lise. 2014. «Traumebevisst tilnærming.» I *Seksuelle overgrep mot barn, traumebevisst tilnærming*, av Siri og Inger Lise Andersen (red.) Søftestad, 54-62. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, Trine Lise. 2012. «Kunnskapsgrunnlag.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*, av Trine Lise og Mette Egelund Olsen (red.) Bakken, 23-28. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bakken, Trine Lise. 2012. «Særlige utfordringer.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming Forståelse og behandling*, av Trine Lise og Mette Egelund Olsen (red.) Bakken, 31-35. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Barne- og likestillingsdepartementet. 2017. *Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/?q=toleransevindu&ch=4#match_0.
- Blindheim, Arne. 2012. «Ettvirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst.» *Norges Barnevern* (Universitetsforlaget) (Nr 3 - 2012 i VOL. 89): 168-195.
- Dahl, Nina Christine og Dagfinn Sørensen. 2020. *Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Didden, Robert. 2011. «Functional analysis Methodology in developmental disabilities.» I *Functional Analysis in Clinical Treatment.*, av Peter Sturmey, 65-86. Elsevier Science & Technology. doi:doi.org/10.1016/B978-012372544-8/50005-7.
- Eide-Midstand, Nils og Dag Ø. Nordanger. 2017a. «Betydningen av å være trygg 1 Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker i lys av Stephen Porges polyvagale teori.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Vol 55, nr 10): 918-926.
- Eide-Midtsand, Nils. 2017b. «Betydningen av å være trygg 2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Volum 5, nr 10): 927-935.

- Ellingsen, Karl Elling, Marit Selfors Isaksen og Dirk Lungwitz. 2020. «Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenseter til personer med utviklingshemming.» *Fontene forskning*, 1: 18-31. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.89600.0.3.e89df57eb2>.
- FO og Naku. 2020. «Ingen tid å miste, En kartlegging av kompetansesituasjonen i tjenester til personer med utviklingshemming.» Funnet mai 2, 2022. <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-om-kompetanse-i-tjenester-til-utviklingshemmede-nettversjon.pdf>.
- Gjems, Solveig og Trond H. diseth. 2011. «Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 48. utg.: 856-862.
- Gjærum, Bente og Kjellaug Grøsvik. 2005. «Psykisk utviklingshemming/mental retardasjon.» I *Hjerne og atferd*, av Bente og Bjørn Ellertsen (red.) Gjærum, 206-251. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Guldbrandsen, Liv Mette. 2017a. «Barn, oppveks og utvikling.» I *Oppvekst og psykologisk utvikling, innføring i psykologiske perspektiver*, av Liv Mette Guldbrandsen, 15-50. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guldbrandsen, Liv Mette. 2017b. «Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell.» I *Oppvekst og psykologisk utviklings, Innføring i psykologiske perspektiver*, av Liv Mette (red.) Guldbrandsen, 51-72. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. 2021. *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Helsedirektoratet. Funnet Mai 15, 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>.
- Helsedirektoratet. 2015. *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. Rundskriv, Oslo: Helsedirektoratet.
- Holden, Børge. 2009. *Utfordrende atferd og utviklingshemming - atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Houge, Gunnar. 2011. «Genetiske årsaker til utviklingshemming.» I *Utviklingshemming, årsak og konsekvenser*, av Ivar, Jarle Eknes og Gunnar Houge Mæhle. Oslo: Universitetsforlaget.
- ICD-10. 2022. *Direktoratet for e-helse*. 1 Januar. Funnet 1 18, 2022. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>.

- Jennings, Ann. 2004. *Models for developing trauma informed behavioral health systems and trauma specific care*. Abt Associates Inc.
<https://www.theannainstitute.org/MDT2.pdf>.
- Johansen, Per Anders. 2011. «Miljøbehandling ved traumatiske opplevelser.» I *Samhandling med og uten ord, miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse*, av Trine Lise Bakken, 152-164. Stavanger: Hertevig Forlag.
- Kildahl, Arvid Nikolai og Trine Lise Bakken. 2020b. «Posttraumatisk stresslidelse.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming Foståelse og behandling*, av Trine Lise Bakken, 161-182. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kildahl, Arvid Nikolai, Sissel Berge Helverschou, Trine Lise Bakken og Hanne Weie Oddli. 2020a. «"If we do not look for it, we do not see it"; Clinicians' experience and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability.» *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1119-1132. doi:<https://doi.org/10.1111/jar.12734>.
- Kildahl, Arvid Nikolai, Trine Lise Bakken, Trine Elisabeth Iversen og Sissel Berge Helverschou. 2019. «Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review.» *Journal of Mental Health research in intellectual disabilities*. doi:10.1080/19315864.2019.1595233.
- Koritsas, Stella og Teresa Iacono. 2012. «Challenging behavior: the causes (part II) .» *Advances in mental health and intellectual disabilities*, Vol. 6. utg.: 236-248. doi:10.1108/20441281211261122.
- Lillevik, Ole Greger og Lisa Øien. 2010. «Kvaliteter hos hjelperen som bidrar til å forebygge trusler og vold fra klienter.» *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 84-96. Funnet Mai 18, 2022. doi:10.7557/14.1191.
- Lorentzen, Per. 2020. «Traumebevisst omsorg - ett skritt frem og to til siden.» *Norges barnevern*, 146-161. doi:10.18261.
- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. Vol. 4. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mcdonnell, Andrew A. 2013. *Håndtering av aggressiv atferd med lavaffektiv tilnærminger*. Oversatt av Ane Sjøbu. Chichster: Universitetsforlaget.

- Michalopoulos, Irene. 2012. «Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling? Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser.» *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 652-657.
- Nordanger, Dag Øystein. 2014c. «Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid.» I *Traumebehandling komplekse traumer og dissosiasjon*, av Anstorp, Trine og Kirsten Benum (red.) 39-51. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014a. «Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 51., utg.: 530-536. Funnet April 9, 2022.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>.
- . 2017. *Utviklingstraumer Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- RVTS Øst. 2020. *Hjernen og kroppen*. Funnet Mai 08, 2022.
<https://www.tryggeretraumeterapeuter.no/forsta/hjernen-og-kroppen/>.
- Skau, Greta Marie. 2017. *Gode fagfolk vokser, personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Teigland, Olivia, Hanne Line Wærness og Anita Gjermestad. 2022. «Traumebevisst forståelse (TBF) som miljøterapeutisk forståelsesmodell i møte med mennesker med utviklingshemming.» I *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid*, av Silje Haugland (red.) Ulf Berge (red.) Anita Gjermestad (red.) Kari Høium (red.) Jon Arne Løkke (red.), 137-151. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thommessen, Chatrine S. og Cecilie B. Neumann. 2019. *Gode hjelpere kjenner seg selv - traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Vik, Lars Jørgen. 2007. «Makt og myndiggjering - utfordringer for helse- og sosialarbeidarar.» I *Meistring og myndiggjering reform eller retorikk?*, av Tor-Johan og Kåre Heggen (red.) Ekeland, 83-100. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel 1

Ellingsen, Karl Elling, Marit Selfors Isaksen og Dirk Lungwitz. 2020. «Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenseter til personer med utviklingshemming.» *Fontene forskning*, 1: 18-31. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.89600.0.3.e89df57eb2>.

Artikkel 2

Eide-Midstand, Nils og Dag Ø. Nordanger. 2017a. «Betydningen av å være trygg 1 Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker i lys av Stephen Porges polyvagale teori.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Vol 55, nr 10): 918-926.

Artikkel 3

Eide-Midsand, Nils. 2017b. «Betydningen av å være trygg 2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Volum 5, nr 10): 927-935.

Artikkel 4

Blindheim, Arne. 2012. «Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst.» *Norges Barnevern* (Universitetsforlaget) (Nr 3 - 2012 i VOL. 89): 168-195.

Artikkel 5

Thommessen, Chatrine S. og Cecilie B. Neumann. 2019. Situering og traumebevisst omsorg. I: Thommessen, Chatrine S. og Cecilie B. Neumann. 2019. *Gode hjelpere kjenner seg selv - traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Artikkel 6

Kildahl, Arvid Nikolai og Trine Lise Bakken. 2020b. «Posttraumatisk stresslidelse.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming Foståelse og behandling*, av Trine Lise Bakken, 161-182. Oslo: Universitetsforlaget AS

Artikkel 7

Michalopoulos, Irene. 2012. «Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling? Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 652-657.

Artikkel 8

Kildahl, Arvid Nikolai, Trine Lise Bakken, Trine Elisabeth Iversen og Sissel Berge Helverschou. 2019. «Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review.» *Journal of Mental Health research in intellectual disabilities*. doi:10.1080/19315864.2019.1595233.

Artikkel 9

Lorentzen, Per. 2020. «Traumebevisst omsorg - ett skritt frem og to til siden.» *Norges barnevern*, 146-161. doi:10.18261.

Artikkel 10

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014a. «Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 51., utg.: 530-536. Funnet April 9, 2022.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>.

Artikkel 11

Kildahl, Arvid Nikolai, Sissel Berge Helverschou, Trine Lise Bakken og Hanne Weie Oddli. 2020a. «"If we do not look for it, we do not see it"; Clinicians' experience and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability.» *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1119-1132. doi:<https://doi.org/10.1111/jar.12734>.

Artikkel 12

Teigland, Olivia, Hanne Line Wærness og Anita Gjermestad. 2022. «Traumebevisst forståelse (TBF) som miljøterapeutisk forståelsesmodell i møte med mennesker med utviklingshemming.» I *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid*, av Silje Haugland (red.) Ulf Berge (red.) Anita Gjermestad (red.) Kari Høium (red.) Jon Arne Løkke (red.), 137-151. Oslo: Universitetsforlaget.