

Hanne Cecilie Braarud^{1, 2}Dag Øystein Nordanger^{1, 3}

1 Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Vest
 Psykisk helse og barnevern (RKBU Vest)

2 Senter for Krisepsykologi

3 Regionalt ressurscenter om vald, traumatisk stress
 og sjølvmoedsforebygging vest (RVTS vest)

Kontakt Hanne Cecilie Braarud, tlf. 55 58 86 70

E-post hanne.braarud@uni.no

Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse

De senere årene har kunnskap fra traumepsykologi og utviklingspsykologi blitt integrert. Det har gitt oss nye begreper for å forstå de sammensatte vanskene man ser hos barn utsatt for komplekse traumer.

Utviklingspsykologien setter i dag det tidlige samspillet sentralt i forståelsen av nervesystemets modning og barnets sosio-emosjonelle utvikling (Hart, 2009). Som en følge av nyere nevrobiologisk forskning er det slått fast at nervesystemets raske utvikling i småbarnstiden innebærer en ekstra sårbarhet for intense og smertefulle stimuleringer og for fravær av stimulering

(Perry, 1994). Parallelt har man innen traumepsykologien erkjent at de mest skadelige stressbelastningene er de som pågår over tid, som skjer i tidlige leveår, og som påføres barnet i dets omsorgsbasis (Herman, 1994). Slike belastninger omtales i dag ofte som komplekse traumer (Ford & Courtois, 2009). Eksempler på komplekse traumer er gjentatte eller vedvarende barndomsopplevelser av vanskjøtsel, mishandling eller seksuelt-, fysisk- og emosjonell misbruk i hjemmet, hyppige separasjoner, eller vold mellom omsorgspersoner (Stien & Kendall, 2004). Etter hvert har utviklings- og traumepsykologien kommet sammen i et integrert perspektiv hvor traumatisering forklares i termer av fravær av viktige samspillserfaringer i kombinasjon med tilstedeværelse av negative samspillserfaringer, og hvor traumerelaterte vansker forstås som dysregulering av de funksjonene et godt samspill normalt sett fremmer (van der Kolk, 2005).

Det tidlige samspillet

Barns utvikling handler om samspill mellom barnet og miljøet, hvor transaksjoner mellom barnets genetisk betingede styrke og sårbarhet, prenatale faktorer, forhold

ved fødsel, og tidlige utviklingsfremmede og -hemmende stimuleringer påvirker utviklingsutfallet (Calkins & Fox, 2002). Sped- og småbarnsalderen er sårbar siden det er i denne perioden barnet knytter til seg omsorgspersoner som samregulerer et nervesystem og atferdssystem som er i rask utvikling (Braarud, 2009). I motsetning til andre organer har hjernen sin vekstspurt fra fødsel og inn i de første leveårene, og er i denne prosessen svært følsom for både god og skadelig påvirkning (Hart, 2009).

Sosialt samspill, tilknytning og utvikling av selvregulering er relaterte begreper. De viser til fenomener og opplevelser som ofte er funksjoner av hverandre, som for eksempel at gjentagende samspillserfaringer påvirker kvaliteten på tilknytning og utvikling av selvregulering. Til tross for sin totale avhengighet av omsorgsgiver, er spedbarns interesse for andre mennesker mer enn en medfødt disposisjon for å søke tilknytning til en som kan beskytte mot ulike farer (Reddy, Hay, Murray & Trevarten, 1997). Allerede i nyfødtprioden retter barnet oppmerksomheten selektivt til andre mennesker og viser meningsfulle uttrykk gjennom koordinerte bevegelser og emosjonelle uttrykk som trekker omsorgs-

ABSTRACT

Complex trauma in the perspective of developmental psychology

Today, developmental psychology has adopted a dyadic psychobiological perspective where the child's social and emotional functioning and neural development is understood in terms of the quality of the child-caregiver relationship. The growing interest in complex trauma has put this dyadic model to the centre of trauma psychology as well, as it explains mechanisms behind trauma-related symptoms. In this article, we describe the developmental trauma perspective, and outline some professional implications.

Keywords: complex trauma, development, early interaction, affect regulation, symptomatology

For disse barna vil ikke et fokus på reduksjon av traumatiske minner være relevant i første omgang. Det primære er å trygge og stabilisere barna

giver inn i samspillet (Trevvarthen, 2011). Fra et spedbarnspsykologisk perspektiv betyr dette at barnet må møtes på en sensitiv måte i forhold til sine sosiale initiativer og utviklingsoppgaver.

Tilknytning

Tilknytning, som er det emosjonelle båndet mellom spedbarnet og omsorgsgiver, utvikles fra fødselen av (Bowlby, 1969). I løpet av første leveåret har barnet ut fra relasjonelle erfaringer utviklet forventninger til omsorgsgivers tilgjengelighet og til hvordan han eller hun vil reagere på visse typer situasjoner, atferd eller følelsesuttrykk (Smith & Ulvund, 2004). Barn som utvikler trygg tilknytning har erfart at omsorgspersonen er tilgjengelig, oppmerksom og handlende i forhold til ens behov og tilstand (Siegel, 1999). Trygge relasjonelle opplevelser konstruerer forutsigbare sammenhenger for barnet slik at det kan utforske verden. Det skapes en regularitet og stabilitet som gjennom gjentatte erfaringer gjør omsorgsmiljøet til en trygg og forutsigbar base for videre sosial læring (Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris & Pollak, 2005).

På bakgrunn av samspillserfaringene utvikler barnet indre arbeidsmodeller som er generaliserte mentale representasjoner av både seg selv («jeg er elsket» eller «ingen elsker meg») og av omsorgspersonen («mor er tilgjengelig når jeg trenger henne» eller «ingen kommer når jeg søker trøst»). Indre arbeidsmodeller blir etter hvert til automatiserte og ubevisste forventninger til andre mennesker, samt oppfattelser av seg selv og av hvordan en mestrer sosiale relasjoner (Bretherton, 1992).

Utvikling av selvregulering

En sentral utviklingsoppgave for barn er utvikling av *selvregulering*. Selvregulering omfatter kontroll over emosjonelle, kognitive, oppmerksomhets-, fysiologiske, og relasjonelle prosesser, som blir integrert til målrettet aktivitet (Calkins & Fox, 2002). Gjennom positive samspillsekvenser med omsorgsgiver, gjennom er-

faringer med aktivering av tilknytningssystemet og opplevelser av omsorgsgiver som en trygg havn for trøst og beskyttelse, lærer barnet å kjenne igjen kroppslige signaler, skille mellom følelser, og skjønne hva følelsene betyr. Slik erverves også et repertoar av måter å regulere ned intense følelser på. Gjennom inntonet nærvær støtter omsorgsgiver barnets ytre observerbare atferdsregulering, og den skjulte regulering av psykobiologiske funksjoner og prosesser (Hofer, 1984).

Enklere former for selvregulering er til stede allerede ved fødselen. Spedbarn trekker seg tilbake når intensiteten og aktiveringen blir for høy, men benytter smil og blikk for invitere til ny dialog når de har hentet seg inn igjen (Stern, 2003). Nettopp denne vekslingen er utgangspunktet for viktige erfaringer. Synkrone samspill gir en opplevelse av å dele det relasjonelle øyeblikket og «matche» egen biologisk rytme med et annet individ (Feldman, 2007). Likevel er det kun en andel av samspillet som er gjensidig regulerende (Tronick, 2007). I løpet av et samspill veksles det mellom gjensidige, synkroniserte samspill og desynkroniserte samspill. Sistnevnte er utviklingsmessig viktige fordi de stimulerer barnet til å utvikle strategier for å reparere og reetablere interaksjonen. Dette innebærer at barnet lærer å mestre mellommenneskelige utfordringer og å utløse positive tilbakemeldinger fra omsorgsmiljøet. Slik utvikler barnet representasjoner av seg selv som en virksomt problemløser og menneskekjenner. Omsorgsgivers oppgave er å være sensitiv til barnets behov for å roe seg ned og så ta del i en ny samspillsutveksling når barnet er klar for det (Tronick, 1989). På sikt, når barnet har internalisert en trygghet for at dets behov blir ivaretatt, så har det også ervervet en viktig stressregulerende emosjon (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Still Face-eksperimentet

I Still Face-eksperimentet (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978) har

man laget betingelser som trolig berører sentrale elementer i et komplekst traumatiserende forløp, og som kan illustrere de relasjonelle mekanismene som er involvert. Eksperimentet er en standardisert prosedyre hvor mor og barn sitter overfor hverandre og er engasjert i dialog eller lek. Etter rundt tre minutter blir omsorgsgiver bedt om å «fryse» ansiktsuttrykket sitt og innta en uttrykksløs «blank» mine mens hun opprettholder øyekontakten med barnet. Situasjonen bryter samspillet, og gir en forvirring ved at omsorgsgiver hilser «hei» med blikket og samtidig avviser med den uttrykksløse minen.

Små barns responser til mors blanke ansikt er veldokumentert. Barnet vil først prøve å initiere responser fra omsorgsgiver (Mayes & Carter, 1990). Når dette ikke utløser noen reaksjon uttrykker barnet ubehag med mindre oppmerksomhet og flere negative affektuttrykk, inntil det trekker seg tilbake med selvtrøstende atferd (Toda & Fogel, 1993).

Blanke ansikter som omsorgserfaringer

I den virkelige verden kan et «blankt ansikt» tilsvare uttrykket til en ruset eller dypt depriment omsorgsgiver. Det kan også være ansiktet til en mor som er paralyisert av frykt på grunn av vold i familien, eller som dissosierer på grunn av sin egen traumatiske belastningshistorie. Sistnevnte situasjon kan forstås som en form for vikarierende traumatisering, gjennom effekten omsorgsgivers symptomer har på relasjonen i form av redusert sensitivitet for barnets behov (Scheeringa & Zeanah, 2001).

Når omsorgsgiver ikke bare viser manglende evne til sensitiv nærvær, men i tillegg gjør barnet til objekt for egne lyster eller aggresjon, legges det på et nytt lag av belastninger. Da bombarderes barnet av motsetningsfulle følelser som overgår dets kapasitet til å orientere seg med organisert atferd og oppmerksomhet (Lyons-Ruth, 2006). Ofte opptrer da også manglende evne til sensitiv tilstedeværelse og aktiv

Komplekse traumer utgjør i kraft av sin forekomst og sine vidtrekkende utviklingsmessige og psykososiale konsekvenser et folkehelseproblem

volds- og overgrepsutøvelse i kombinasjon. Eksempelvis ser man en overrepresentasjon av vanskjøtsel og bruk av fysisk avstraffelse hos omsorgspersoner som selv er traumatiserte (Banyard, Williams & Siegel, 2003).

Omsorgserfaringer som dette er en realitet også for mange norske barn. NOVA's undersøkelse viser at 11 prosent av norske ungdommer i løpet av oppveksten har opplevd grove seksuelle overgrep, og at 8 prosent har opplevd grov vold fra en forelder (Mossige & Stefansen, 2007). Det er videre anslått at 200 000 barn lever med foreldre som ruser seg så mye at barna reagerer, og at 15 000 barn lever med foreldre med alvorlig psykisk lidelse (Helse og omsorgsdepartementet, 2008). At 1500 barn hvert år overnatter på norske krisesentre (Krisesenterforbundet, 2009) gir også en pekepinn på hvor vanlige denne typen belastninger er.

Utviklingsmessige følger

Kompleks traumatisering kan forstås som vold mot de samme funksjonene som et godt samspill er ment å fremme (Milgrom, Westley & Gernmill, 2004). Allerede hos spedbarn som har erfart omsorgsgiver som skremmende, redd og desorganisert i samspillet, ser man ofte det som kalles desorganisert eller desorientert tilknytning (Main & Solomon, 1990). Når omsorgspersonen både er årsaken til og løsningen på ens frykt, medfører dette kollaps i barnets atferd og oppmerksomhetsstrategier. Dette kommer til uttrykk som motsetningsfylt atferd, atferd uten retning, raske endringer i følelser eller stereotype bevegelser (Lyons-Ruth & Jacovitz, 1999). Noen studier viser desorganisert tilknytning hos over 80 % av spedbarn som har vært utsatt for mishandling i familien (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Cicchetti, Rogosch & Toth, 2006).

Å leve med vedvarende frykt, og samtidig være overlatt til seg selv med hensyn til å regulere egen atferd og emosjonelle tilstander (Robinson et al., 2009), fører ofte til svekkede selvreguleringsferdigheter (Shipman, Schneider & Sims, 2005).

Manifestasjoner kan være vekslende og motsetningsfylte følelser og atferd, som opplevelse av tomhet, vedvarende tristhet, dissosiasjon og unngående sosial atferd på den ene siden, og lett mobiliserbart sinne, hypersensitivitet for affektive stimuli, vansker med å roe seg ned, og aggressiv eller avhengig sosial atferd på den andre siden (Cloitre et al., 2009; Terr, 1991).

Hjernens plastisitet, det vil si hvordan kvaliteten og intensiteten i miljøet påvirker nervesystemet, medieres i stor grad av relasjon mellom omsorgsgiver og barnet de første leveårene (Sheridan & Nelson, 2009). Slik Nils Eide-Midsand (2010) også beskriver, blir barn som lever med omsorgssvikt, vold og overgrep holdt i en alarmberedskap hvor fokuset er på overlevelse. Nevrobiologisk sett innebærer dette overstimulering av hjernens «alarmsentral» (amygdala og deler av det limbiske system) (Stien & Kendall, 2004), forstyrret regulering av stresshormoner (Gunnar & Quevedo, 2007), og sensitivisering av nevralt nettverk som identifiserer fare og mobiliserer til selvforvar. Samtidig understimuleres og underutvikles forbindelsene mellom disse basale hjernestrukturane og prefrontale- og andre høyere kortikale områder som kan knytte språk og resonnementer til det vi gjør, føler og opplever (Ford, 2009).

Når slike belastninger har pågått over tid finner man strukturelle endringer i amygdala og hippocampus (Stien & Kendall, 2004), redusert volum av venstre og høyre temporallapp og corpus callosum (De Bellis et al., 1999), samt avvikende regulering i deler av høyre hjernehalvdel som er involvert i emosjonelle prosesser i limbiske og subkortikale områder (Schoore, 2009). Slike endringer samsvarer med reguleringsvanskene beskrevet over, og vil funksjonelt vise seg som impulsivitet og manglende kognitiv kontroll over atferd og følelser. En måte å se dette på er at nervesystemet utvikles med henblikk på overlevelse fremfor utforskning, noe som fører til et mer trusselorientert oppmerksomhetsfokus, mistenksomhet og mistil-

lit til andres intensjoner, og dermed sosial uttrygghet.

Effekten av denne formen for traumatisering vil dermed kunne innebære multiple, diffuse og sammensatte symptom- og tilstandsbilder, som vil kunne leses av som karakterendringer, personlighetsmessige problemer og funksjonsvansker over et vidt diagnostisk spekter (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005; Terr, 1991). Begrepet kompleks traumatisering blir da meningsfullt som beskrivende for både kompleksiteten i belastningene og kompleksiteten i konsekvensene.

Følger for fagutvikling

Komplekse traumer utgjør i kraft av sin forekomst og sine vidtrekkende utviklingsmessige og psykososiale konsekvenser et folkehelseproblem. Vi mener det er viktig å jobbe for at den kunnskapen som ligger i et nyere utviklingspsykologisk traumeperspektiv integreres i de vurderinger og valg som gjøres i ulike tjenester som møter barn og familier. Psykologer er en av flere faggrupper som sitter i nøkkelposisjoner når det gjelder muligheten for å påvirke fagutviklingsområder som kan utgjøre en stor forskjell for de mest utsatte barna.

Det er for det første avgjørende å forhindre at barn og unge utsettes for denne typen traumatisering. Nasjonale strategier og handlingsplaner rettet mot vold i nære relasjoner (Regjeringen, 2007) og barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre (Regjeringen, 2008) er viktige skritt i riktig retning. Det er likevel naturlig å drøfte om ikke et virkelig løft vil forutsette at tjenester som helsestasjon, barnehage og skole får utvidede rammer for å møte familier i hjemmet (Raundalen, 2010). Det er få intervensjoner med et mer overbevisende evidensgrunnlag enn hjemmebesøk hos gravide og småbarnsforeldre. Olds og kollegaers «Nurse Home Visiting Programme» kan vise til reduksjon av fysisk mishandling og stressende livshendelser i familien, og forebygging av senere utvikling av rusmisbruk, psykiske vansker og ungdomskri-

minalitet (Donelan-McCall, Eckenrode & Olds, 2009; Eckenrode et al., 2010).

Når vold og overgrep likevel skjer, må det avdekkes tidlig. Skader fra tidlige relasjonelle traumer kan være reversible dersom det skjer en betydelig forbedring av omsorgen (Smith & Ulvund, 2004), men ofte identifiseres ikke disse barna før de har utviklet store vansker. Nordlandsundersøkelsen indikerer at man i for liten grad er oppmerksom på vold og overgrep som årsaksforhold: Fysisk mishandling var oppgitt som tema i kontakten for kun 0,4 % av klientene som hadde vært i BUP systemet i en gitt periode, mens hele 33,9 % senere oppgav at de hadde vært utsatt for dette i løpet av oppveksten (Reigstad, Jorgensen & Wichstrom, 2006). Dette kan dels skyldes engsteligheit for hva man setter i gang dersom man avdekker slike forhold, og usikkerhet på hva som er den riktige måten å gå videre med det på. Dette fins det retningslinjer for og spesialkompetanse på, som er viktig blir gjort kjent og spredd i aktuelle tjenester. På Vestlandet har nå over 30 kommuner etablert tverretatlige «Konsultasjonsteam». Dette er et lavterskeltilbud for alle lokale tjenester, hvor saker kan drøftes anonymt og hvor man får råd om hvordan man bør gå videre dersom man er bekymret for at et barn er utsatt for vold eller overgrep. En slik tjeneste kan bidra til å redde mange barn, og kan være aktuell å implementere også i andre landsdeler.

Manglende avdekking kan også henge sammen med for dårlige diagnostiske verktøy i spesialisthelsetjenestene, og mangelfull kunnskap om bredden i symptomatologi som kan henge sammen med denne formen for traumatisering. Diagnosen Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) har siden den kom i 1980 vært den mest anvendte indikatoren på traumatisering (Ford & Courtois, 2009). Kompleks traumatisering gir vanligvis et så vidt spekter av funksjonsvansker at det ikke kan fanges opp av denne eller andre eksisterende enkelt diagnoser. Å basere kartlegging av traumerelaterte vansker i for stor grad på PTSD ret-

tede instrumenter vil derfor ha begrenset nytteverdi (Briere & Spinazzola, 2009).

Kunnskapen om komplekst traumatiserte barns vansker avdekker også et behov for oppdaterte tiltaks- og behandlingstilnæringer. For disse barna vil ikke et fokus på reduksjon av traumatiske minner være relevant i første omgang. Det primære er å trygge og stabilisere barnet, blant annet ved å møte det på en måte som regulerer intense affektive tilstander. Etter hvert må barnet hjelpes til å få egne begreper for følelsene og lære å gjenkjenne hva som utløser dem, for å utvikle egne selvreguleringsferdigheter (Perry, 2009; Stien & Kendall, 2004). Å opptre konstruktivt overfor et barn med alvorlige affektreguleringsvansker kan være svært krevende, og fordrer kunnskap om mekanismene bak barnets atferd. Denne kunnskapen bør i større grad gjøres tilgjengelig for tjenesteapparatet.

For å sikre bedre kartlegging av komplekst traumatiserte barn, og stimulere til utvikling av tilpassede behandlingsopplegg, pågår det nå en prosess i USA hvor man tester ut kriterier for en ny diagnose; *Developmental Trauma Disorder* (van der Kolk, 2005). Diagnosen er søkt inkludert i den kommende DSM-V, og retter seg mot barn eksponert for alvorlig mellommenneskelig vold og emosjonelt misbruk i kombinasjon med sviktende omsorg (B. van der Kolk et al., 2009). Kriteriene bygger på en profil av funksjons- og reguleringsvansker som er funnet å gå igjen i denne gruppen (Ibid.). Dette er et høyaktuelt men krevende fagutviklingsområde som vi kommer tilbake til i en neste artikkel i dette tidsskriftet (Nordanger, Braarud, Johansen & Albæk, i trykk).

Konklusjon

Integrert kunnskap fra nyere utviklingspsykologi og traume psykologi har satt oss bedre i stand til å forstå konsekvensene av komplekse traumatiske barndoms erfaringer i form av vold, overgrep og grov omsorgssvikt. En særlig sentral konsekvens er dysregulering av affekt forårsaket av nega-

tive samspillserfaringer i kombinasjon med fravær av gode samspillserfaringer. Kunnskapen tydeliggjør hvor viktig det er å avdekke sviktende omsorgsbetingelser tidlig, utvikle kartleggingstilnæringer som fanger opp symptomer som går på tvers av eksisterende diagnoser, og å øke kompetansen på tiltak og behandling som styrker selv- og affektreguleringsferdigheter. ●

Referanser

- Banyard, V. L., Williams, L. M. & Siegel, J. A. (2003). The Impact of Complex Trauma and Depression on Parenting: An Exploration of Mediating Risk and Protective Factors. *Child Maltreatment*, 8, 334-349.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Middlesex: Penguin Books.
- Brandtæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory - Bowlby, John and Ainsworth, Mary. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 104-123). New York: The Guilford Press.
- Braarud, H. C. (2009). *NOU 2009:21. Beredskap for kompensering tiltak.. Oslo: Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet.*
- Calkins, S. D. & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14, 477-498.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(03), 623-649.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284.
- Donelan-McCall, N., Eckenrode, J. & Olds, D. L. (2009). Home Visiting for the Prevention of Child Maltreatment: Lessons Learned During

- the Past 20 Years. *Pediatric Clinics of North America*, 56, 389-403.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H., et al. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164, 9-15.
- Eide-Midtsand, N. (2010). Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponsystem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 1098-1102.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329-354.
- Ford, J. D. (2009). Neurobiological and developmental reserach: Clinical implications. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31-58). New York: The Guilford Press.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 13-30). New York: The Guilford Press.
- Fries, A. B. W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S., & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 17237-17240.
- Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
- Hart, S. (2009). Hjerne, samhörighet, personlighet: introduktion til neuroaffektiv udvikling. København: Hans Reitzel.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008). Barn som pårørende. Lasted ned 05.01.2011: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/barn-som-parorende.html?id=506766
- Herman, J. (1994). Coping with trauma - theory, prevention and treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 151-152.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Krisensenterforbund, N. (2009). Landsdekkende statistikk for 2009. Lasted ned 02.12. 2010: <http://www.norskrisensenterforbund.no/search/Landsdekkende%2Bstatistikk>
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616.
- Lyons-Ruth, K. & Jacovitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attachment strategies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (s. 520-554). New York: Guilford Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth strange situation. I M. E. Cummings, M. T. Greenberg & D. Cicchetti (red.), *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Mayes, L. C. & Carter, A. S. (1990). Emerging social regulatory capacity as seen in the Still Face Situation. *Child Development*, 61, 754-763.
- Milgrom, J., Westley, D. T. & Germill, A. W. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of post-natal depression on infant development. *Infant Behavior & Development*, 27(4), 443-454.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. Lasted ned 06.07.2011: <http://www.reassess.no/id/15705.0>
- Nordanger, D., Braarud, H. C., Johansen, V. J. & Albæk, M. (i trykk). Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Perry, B. (2009). The neurodevelopmental impact of childhood maltreatment: Implications for programmes, practice, and policy. Foredrag presentert på European Society for Trauma and Dissociation.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. I M. Murberg (red.), *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts* (s. 253-276). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Raundalen, M. (2010). *Bedre hjelp til barn som lever under harde vilkår*. Foredrag på Høstkonferansen RBUP vest.
- Reddy, V., Hay, D., Murray, L. & Trevarthen, C. (1997). Communication in infancy: Mutual regulation of affect and attention. I G. Bremner, A. Slater & G. Butterworth (red.), *Infant Development Recent Advances* (s. 247-275). Hove, UK: Psychology Press.
- Regjeringen. (2007). Vendepunkt - Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011. Lasted ned 27.08.2011: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/rapporter/planer/planer/2007/vendepunkt-handlingsplan-mot-vold-i-na.html?id=500470>
- Regjeringen. (2008). Mer hjelp til utsatte barn. Lasted ned 29.08.2011: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/kampanjer/familia/barnevern-2/et-aptent-barnevern-mer-hjelp-til-utsatte.html?id=539915>
- Reigstad, B., Jorgensen, K. & Wichstrom, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58-66.
- Robinson, L., Morris, A., Heller, S. S., Scheeringa, M. S., Boris, N. W. & Smyke, A. (2009). Relations Between Emotion Regulation, Parenting, and Psychopathology in Young Maltreated Children in Out of Home Care. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 421-434.
- Scheeringa, M. S. & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 899-906.
- Schore, A. N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. *Self and Systems: Explorations in Contemporary Self Psychology*, 1159, 189-203.
- Sheridan, M. & Nelson, C. A. (2009). Neurobiology of fetal and infant development. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 40-58). New York: Guilford Press.
- Shipman, K., Schneider, R. & Sims, C. (2005). Emotion socialisation in maltreating and non-maltreating mother-child dyads: Implications for children's adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 590-596.
- Siegel, D. J. (1999). The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford Press.
- Smith, L. & Ulvund, S. E. (2004). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stien, P. T. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. New York: Routledge.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas- an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Toda, S. & Fogel, A. (1993). Infant Response to the Still-Face Situation at 3 and 6 Months. *Developmental psychology*, 29, 532-538.
- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 20(1), 119-135.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E. Z. (2007). The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 1-13.
- van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., et al. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Lasted ned 04.01.2011: http://www.traumacenter.org/about/about_bessel.php
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.