



MISTILLIT: De unge uttrykte sterk mistillit til hjelpeapparatets vilje og evne til å hjelpe dem, og de fryktet represalier hvis de fortalte om volden. Å avdekke sannheten om voldsbruk krever derfor omfattende metoder. Foto: Flickr.com

▶ Å se, å høre og å snakke:

Hvordan kan vold mot barn avdekkes i psykisk helsevern?

Liv Røberg

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus

Kontakt: liv.roberg@uus.no

Mange av barna vi møter i behandling, har enten selv opplevd vold eller sett en forelder utsettes for vold. Men voldstematikken berøres sjelden av henviserne. Hva hindrer at vold mot barn oppdages i psykisk helsevern, og hvordan kan vi få disse voldshistoriene frem?

Ifølge den landsomfattende undersøkelsen «Vold og overgrep mot barn og unge» har 25 % av norske barn opplevd voldsepisoder i hjemmet. 8 % av barna har vært offer for, og 6 % har vært vitne til, grov vold fra minst en av foreldrene.

Hvert fjerde offer for grove krenkelser hadde hatt kontakt med BUP (Stefansen & Mossige, NOVA 2007). Samtidig viser en retrospektiv studie av 18-åringer som har vært til behandling i BUP, at hele 60 % av denne gruppen hadde vold-

serfaringer fra hjemmet, men bare i 0,4 % av sakene var dette registrert i BUPs journaler. (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006).

I BUP spørres det ikke systematisk om vold. Samtidig uttrykker ungdom-

Rundt to tredjedeler av barna hadde ubehandlede traumer, relasjonsskader og kroppslige, kognitive og sosiale problemer etter alvorlig familievold

mene som ble intervjuet i «Barn som lever med vold i familien»-prosjektet (Heltné og Steinsvåg, 2009), sterk mistillit til hjelpeinstansenes vilje og evne til å hjelpe dem, samt frykt for represalier hvis de fortalte om volden. Under slike forutsetninger vil heller ikke en enkel screeningmetode kunne avdekke sannheten om voldsbruken. Det kreves en mer omfattende tilnærming.

Jeg skal belyse en slik tilnærming fra en behandlingssammenheng for barn i psykisk helsevern. Barna var henvist med altomfattende og sammensatte problemer. De fungerte ikke på skole eller hjemme. De hadde lang fartstid i psykiatrien bak seg, og hadde vært igjennom flere instanser før de kom til oss. Arbeidet som var gjort ved henvisning, var konsentrert om gjentatte, men snevre diagnostiske utredninger. Forsvinnende lite dreide seg om utforskning av barnas livshistorie. Etter hvert kom det fram at påfallende mange av barna hadde hittil ukjente voldserfaringer. Rundt to tredjedeler av barna hadde ubehandlede traumer, relasjonsskader og kroppslige, kognitive og sosiale problemer etter alvorlig familievold som ikke var beskrevet tidligere.

Å avsløre familiehemmeligheter om vold

Jeg skal beskrive tre saker der barn hadde vært utsatt for vold i familien, med vekt på symptomene barna hadde, og på metodene som førte til at historiene ble avslørt. Rammene for behandling, terapeutenes utfordringer og teamets funksjon er også viktige momenter i avdekkingen, noe jeg kommer tilbake til.

Risebordet

Arne hadde vært utsatt for grov omsorgssvikt fra han var i mors mage. Han var eksponert for rusmidler og vold, med slag mot hodet i tidlig spedbarnstid, senere mors død, sult og barnehjem. Han ble adoptert til Norge som 4-åring. Mishandlingen så tidlig i livet førte til en automatisert oppfatning av andre mennesker

som truende og farlige. Han kunne reagere med angrep i situasjoner som var umulig å forutse. Menneskene rundt han var i konstant beredskap.

Som en del av behandlingen tilbød vi intensiv leketerapi. Leken var i starten tematisk preget av livsfarlige situasjoner der det gjaldt å søke ly og redde seg selv. Etter hvert som Arne ble tryggere, ble leken mer normal og utforskende. En dag da han innredet dukkestuen, hentet han et nattbord, så innstendig på terapeuten og sa: «Og så må vi ha risebordet.» Terapeuten lurte på hva det var. Han svarte: «Vet du ikke det? Det er jo der de riser barna.» Barnet hadde plutselig forandret væremåte og affektivt uttrykk, som om han formidlet noe fra sin ytre virkelighet. Slik startet avdekkingen av adoptivfars voldshandlinger mot barnet. Arne fortalte litt etter litt om julingen han pleide å få, og uttrykte håp om at terapeuten og behandlingssammenhengene kunne beskytte han.

Da terapeuten tok dette opp i foreldresamtalen, benektet ikke adoptivfar overgrepene, men forsvarte sine handlinger som «konsekvens» og tradisjon. Han mente at ingen hadde vondt av litt juling, og dekket seg bak at flere overleger hadde sagt at det var rimelig å reagere slik på barnet. Det kom fram at voldsutøvelsen fra far ikke bare var planlagt straff for barnets begåtte forseelser, men også kunne komme i øyeblikkets raseri. Det var vanskelig å få far til å forstå at barnets tidlige erfaringer gjorde at han opplevde voldsepisodene som om han var i livsfare, og at far på denne måten forsterket barnets væremåte. Voldsutøvelsen ble bekreftet ved en tilstelning, der vi selv så far reagere med ukontrollert og farlig vold mot Arne som reaksjon på hans utfall mot et annet barn. En miljøterapeut grep inn og fikk stoppet far. Arne ble etter dette overført fra hjemmet til en annen omsorgsbasis.

Livets elv – i en båt uten styring

Bjarne var henvist fra poliklinikk med store atferdsproblemer. Uro, voldsbruk

og uforutsigbarhet var de fremste trekk. Han var liten, rask og målrettet i sine angrep, og kunne bruke alt han fikk tak i, som våpen. Mor var redd for at han skulle skade noen alvorlig, og ønsket medisiner for å dempe sinnet og uroen.

Mor ga inntrykk av at far ikke var noen del av hennes og barnas liv. Men etter langvarig foreldrearbeid fortalte mor at far var en voldelig rusmisbruker som plutselig kunne komme på døra hjemme. Han kunne også true og skremme mor over telefon. Bjarne var i perioder så redd at han ikke torde å gå ut. Det var vanskelig for ham å sovne, siden han da mistet kontrollen over det som skjedde med mor.

Bjarne fikk leketerapi for å bearbeide sin angst og aggresjon. Leken var repetende og traumatisk. Gjennomgangsfigur var en grusom tyrann som det var umulig å unnsnippe. Leketerapien antydte at Bjarne hadde vært utsatt for vold, men dette kunne han ikke fortelle åpent om.

Vi gjorde så «Livets elv» med Bjarne og mor. Dette er en metode til å kartlegge og knytte sammen familiehistorien. Hver person velger et tau og legger det på gulvet. Tauet symboliserer personens liv. Så velger man symboler, som figurer, farger, steiner e.l. og legger langs tauet. Disse representerer viktige opplevelser i livsløpet. Slik ønsket vi å se om mor og Bjarne kunne fortelle hverandre og oss hvordan de så på livet de hadde hatt sammen.

Da mor startet sin historie og la sitt tau, var Bjarne urolig og virket ukonsentrert. Men det viste seg at han likevel hadde oppfattet alt mor fortalte. Da det ble hans tur til å fortelle sin historie, valgte han en båt uten styring i sterk strøm som symbol for seg selv. Han fortalte at han hadde bevitnet en drapstrussel mot mor. Han beskrev også flere episoder der mor hadde tatt inn far til overnatting, og latt seg mishandle av far. Mor var ikke klar over at sønnen hadde vært vitne til noe av dette.

Den usynlige jenta

Cecilie var akkurat kommet i puberteten da hun kom til vår enhet. Hun hadde ikke snakket til andre enn mor og søsken siden hun var 4 år. Hun var en ekstremt sjenert og forsiktig type, omgitt av en prinsesseaktig verdighet. Hun hadde lese- og skrivevansker og sosial angst. Hun var ofte syk, og var da hjemme med sin mor. Det virket som Cecilie levde i en drømmeverden.

Mor og far var skilt etter et stormfullt forhold. Samlivshistorien var preget av brudd, forsoninger og flyttinger. Beskrivelsen de ga av familiens liv og kontakten med hjelpeapparatet, var usammenhengende og uoversiktlig, og vi behandlere lurte på hva Cecilie hadde opplevd og oppfattet i sin livshistorie. Vi fikk derfor til en avtale om at mor, far og Cecilie skulle ha «Livets elv» sammen.

Det ble en voldsom affære. Mor ville styre det meste, og grep inn i de andres fortellinger. Prosessen ble ofte avbrutt av at hun rasende styrtet på dør. Far åpnet seg i løpet av seansen, og fortalte om sin sjalusi, avmakt og episoder med alkoholbruk og voldsutøvelse mot mor. Han beskrev en episode der han truet mor med hagle. En annen gang hadde han kastet mor ut av bilen i fart. Begge disse episodene hadde Cecilie overvært. Hun var da 4 år.

Cecilie så og hørte på fars beretning, og skrev på en lapp: «Det var derfor jeg sluttet å snakke.» Dette var et stort øyeblikk for alle. Far beskrev så hvordan han etter voldsutøvelsen og bruddet hadde blitt veldig deprimert, men at han hadde arbeidet med å endre seg og aldri mer bli voldelig. Han fungerte etter dette som en viktig forandringsmodell for Cecilie, en spore til selv å overkomme hemninger og angst og begynne å gi lyd fra seg igjen.

Fire forutsetninger for avdekking

Etter min oppfatning var fire momenter avgjørende for avdekkingen i disse sakene: en trygg behandlingsbase, en barneorientert dynamisk tilnærming, mot hos behandlerne og gjensidig støtte i teamet.

1. En trygg behandlingsbase

Det var behandlingens stabile struktur, helhetlige tilnærming, faste relasjoner og tilstedeværelse over tid som var den viktigste trygghetsskapende faktor for familiene. Dette ga grobunn for tillit og alliansebygging. I alle sakene kom voldshistorien fram først etter lang tids behandling. Behandlingsbasen dekket familiens og barnets behov for tilhørighet, forståelse og støtte til bearbeiding av vanskelige erfaringer. Samtidig oppmuntret den til å prøve ut nye være- og opplevelselsesmåter innenfor de samme trygge rammene.

2. En barneorientert dynamisk tilnærming

For å gi rom for skambelagte og avspaltede erfaringer må utrednings- og behandlingsmetodikken derfor være åpen for alle sider av psykisk fungering, og dynamisk i den forstand at den fanger opp og følger temaene som pasienten initierer. Barn trenger i tillegg en opplevelsensnær uttrykksform. Leketerapiens potensial ligger i å kunne arbeide med konkret lekemateriale som er en naturlig del av barnets utviklingsrepertoar. Barnet får nærme seg sine erfaringer uten å måtte sette ord på dem før det er modent til det. I tillegg bygges det opp en allianse over tid, noe som gjør det mulig for barnet å våge å fortelle. Terapeutens oppgave er å være til stede og ta imot barnets uttrykk uten å forsere prosessen. Når familiehistorien bærer preg av fragmentering og manglende kommunikasjon, er «Livets elv» en metode som kan sette skambelagte, dissosierte opplevelser inn i en livshistorisk ramme. Den er åpen for at barn, foreldre og behandlere kan uttrykke, ta imot og dele opplevelsene på like fot. Dette er i seg selv helbredende, og åpner muligheten for nye relasjoner i familien.

3. Mot hos behandlerne

Det er ikke nok å ha rammer og metoder i et slikt terapeutisk minifelt. Det krever også mot av behandlerne å se, høre og snakke. I saken med Arne var det ube-

hagelig og angstfullt for oss å ta barnets voldshistorie opp med foreldrene. Vi måtte tåle devaluering og latterliggjøring av foreldrene, som brukte mye krefter på å bagatellisere voldsbruken. Tidens flinkhetsmål for behandlingenheter – bruke-revalueringen – ble negativ. I Bjarnes tilfelle følte vi oss brutale som avslørte mors svakhet overfor far, og blottstilte hennes skyld- og skamfølelser. I saken med Cecilie var det hardt arbeid å samle trådene, å tåle det emosjonelle trykket, og holde fast ved arbeidet til tross for foreldrenes aggresjon og kritikk. For mot betyr også standhaftighet og å tåle å bli mislikt.

4. Gjensidig støtte i teamet

For å utvise dette nødvendige motet og beholde motivasjonen var vi i alle saker avhengige av å være i støttende team som tålte belastninger på samarbeidet, og der teamarbeiderne kunne innta ulike roller i en felles forstått prosess. Dette krevde at vi anerkjente hverandres kompetanse, og at vi forstod og plasserte det emosjonelle ubehaget i det tabuiserte temaet og ikke i vanskelige samarbeidsforhold.

Åtte hindre

La meg også reflektere over noen faktorer i behandlingsvirkeligheten som hindrer oss i å forholde oss til voldserfaringer hos barn.

1. Flinkhetskonnurransen

Som kjent er helsesektoren underlagt kvantitative mål på effektivitet, forstått som pasientgjennomstrømning og dokumenterte spesifikke tiltak. Behandlingsenhetene er pålagt å drive kostnadseffektivt. Resultatene på disse parametrene synliggjøres, og den enkelte behandler og behandlingenshet blir lett konkurrenter i måloppnåelse. Innenfor en slik ramme er det vanskelig å ta i bruk tid- og kompetansekrevene utrednings- og behandlingsmetoder. I våre saker viste dette seg ved at barna ikke var grundig utredet med hensyn til livshistorie og psykososiale forhold.



IKKE NOK: Det vil ikke hjelpe å legge til «spør om vold» på lista over poliklinikkens inntaksprosedyrer, men jeg har en anelse om at det er dette som vil skje, skriver Liv Røberg. Da har vi tilsynelatende gjort noe med saken, samtidig som vi slipper svar som hefter oss i vårt jag etter å bli flinke, effektive brikker i behandlingsregnskapet. Foto: Flickr.com

Voldshistorien kunne derfor forbli skjult til tross for gjentatte utredninger.

2. Dogmet om medfødt sårbarhet

En viktig felles hindring bunner i fagideologiske forhold. Det medisinske paradigmet dominerer feltet og forklarer symptomatferd med organiske strukturer og sårbarhet. Stressfaktorer og deres innflytelse på organismen blir lett undervurdert i forståelse, utredning og behandling. I stedet vektlegges de medfødte, forstått som uforanderlige, faktorer. Denne vektleggingen er også den ideologiske basis for de videre beskrevne hindringene.

3. Diagnostiske briller

Vårt diagnosesystem ICD-10 er basert på rene atferds- og symptombeskrivel-

ser, og utgir seg ikke for å si noe om hele mennesket eller årsaker til fenomenene det beskriver. Diagnosen fungerer likevel slik at den snevrer inn oppmerksomhet og faglig forståelse. Det er kun det diagnosen beskriver, som får gyldighet og eksistens i vår bevissthet. Observasjoner og opplysninger som gjør det rimelig å forstå barnas væremåte som resultat av noe utenfor dette, for eksempel voldseksponering, oppfattes ikke. En sirkulær logikk oppstår: Barnets symptomer blir selvforklarende, og diagnosen blir en handlende agent som fremmedgjør barnets intensjoner: «Han gjør slik og sånn fordi han har ADHD.»

Våre erfaringer tilsier at voldseksponering ofte resulterer i uro, aggressivitet og konsentrasjonsvansker hos barn, slik som

hos Arne og Bjarne, men at det også kan gi internaliserende symptomer, som hos Cecilie. De to guttenes traumesymptomer er til forveksling lik ADHD-tilstanden. Deres behov for oversikt og kontroll ble derfor ikke forstått som angstfull beredskap, men som uro. Gjenagering av voldshandlingene ble forstått som impulsivitet, og de dissosiative symptomene ble tolket som konsentrasjonsvansker, i tråd med ADHD-kriteriene. Også i Cecilies diagnose, mutisme, vektlegger man nå genetisk sårbarhet og nevropsykologisk svikt som forklarende faktorer, mens det tidligere var vanlig å forstå dette som traumereaksjon. Generell kunnskap om sterk genetisk komponent hindrer oss i å oppfatte de tilfellene der tilstanden er utløst av traumer.



UBESKREVET BLAD: Barna var møtt med gjentatte, men snevre diagnostiske utredninger. Forsvinnende lite dreide seg om utforskning av barnas livshistorie. Etter hvert kom det fram at to tredjedeler av barna hadde ubehandlede traumer etter alvorlig familievold som ikke var beskrevet av hjelpe apparatet tidligere. Foto: Flickr.com

4. Foreldrealliansen

Det ikke er stuerent i dagens fagideologi å legge ansvar på foreldrene. Ansvar settes likt med skyldpåføring og økt belastning på foreldrene. Foreldrene oppfattes mer som kunder og samarbeidspartnere enn som en del av det traumeskapende systemet. Nyere utviklingsteori ser barnet som en selvstendig aktør i gjensidig samspill. Barnets avmektige og avhengige posisjon nedtones. I tråd med dette forstås foreldres samspillproblemer som svar på barnets vansker. Barnet får en diagnose som plasserer problemet i barnet, noe som avlaster foreldrenes skyldfølelse. Barnet får en forklaring som samsvarer med egen opplevelse av skyld, og slipper å være illojal mot tilknytningsfigurene. I tillegg forklares vanskene som

noe organisk og dermed utenfor det viljestyrte skyldfeltet. Alle er tilsynelatende fornøyde, men ingenting er gjort med voldsproblemet.

5. Tilsøring av maktulikhet

Foreldre har fått mer makt gjennom journalinsyn og pasientrettigheter. De har klagerett og er aktive deltakere i behandlingen. Foreldrene betraktes som brukere selv om det er barna som får behandling. Brukerevalueringen har blitt en viktig del av kvalitetssikringen og måloppnåelsen i behandlingen. Det er foreldrenes evalueringer som teller. I våre saker opplevde vi at ressurssterke foreldre i benektelsesfasen truet med å klage på oss. Barna har ingen tilsvarende makt, og det er ingen faglig tenkning rundt eventuelle in-

teressemotsetninger mellom foreldre og barn, slik situasjonen er når foreldre begår overgrep.

6. En tilnærming som begrenser barnets uttrykksmuligheter

Et barn som er utsatt for overgrep i familien, opplever det som umulig å fortelle om dette i behandlingssituasjoner hvor overgriperen er til stede. Men familien innkalles ofte samlet. For barnet blir situasjonen paradoksal: På den ene siden er det fokus på barnets problemer og press til å fortelle. På den andre siden oppleves angst for straff og lojalitetskonflikt i forhold til en tilknytningsperson. Som oftest vinner det internaliserte lojalitetskravet, og «hjelpen» blir for barnet enda et bevis på at det ikke fins noen plass for voldshistorien.

Da vi valgte å handle, måtte vi utfordre vår egen angst for ikke å behage og tekkes autoritetene. Vi fikk negativ brukerevaluering og mistet status som «flinke».

Det er også andre metodologiske hindringer. Ser man barnets vansker som resultat av organisk «uforanderlig» sårbarhet, fokuseres ikke den psykologiske bakgrunnen for vanskene. I stedet blir tilnærmingen ofte å styrke ressursene, i tråd med «positiv psykologi». Behandlingen kan videre være tidsavgrenset og ha forhåndsdefinerte fokus, den kan være ensidig kognitivt orientert, og unngå å arbeide med traumets emosjonelle og relasjonelle avtrykk. Barnet kan dermed oppleve at traumeerfaringene ikke har noen plass i behandlingen.

7. Foreldres benektning og vegring

I arbeidet med Arne ble vi som behandlingsenhet utsatt for foreldrenes nedvurdering og latterliggjøring. Foreldrenes reaksjoner og holdninger er forståelig som en projisering av egen tilkortkommenhet. Da voldsepisodene ble kjent, reduserte far dette til en strid om oppdragelsesmetoder, der han bagatelliserte sin egen aggressive atferd. Vi klarte ikke å endre foreldrenes benektning og projisering av ansvar. Saken endte med barnevernstiltak for å beskytte barnet. Bjarnes mor skjulte sin pågående relasjon til far for oss. Hun vegret seg for å innse hvor skadelig det var for sønnen å bevitne fars uforutsigbare angrep på henne. Det skulle lang bearbeiding og mye støtte til før hun ble i stand til å beskytte sønnen sin. Også hos Cecilie var det sterk motstand mot å forstå barnets plager i lys av foreldrenes stormfulle forhold. Denne delen av historien var vond og skambelagt å tenke på. Barnets sjeldne diagnose ga derimot mye positiv oppmerksomhet og var lettere å forholde seg til.

8. Terapeutens angst

Leira (1988) har beskrevet familievold som det tabuiserte traumet i kulturen. Behandlingskulturen er ikke noe unntak. Vi opplevde det som vanskelig, risikabelt og dypt foruroligende å oppfatte de faktiske forhold i disse sakene.

Det truet vårt eget behov for å oppleve verden som beskyttet, rettferdig og sammenhengende.

Hos Arne var det vanskelig å forstå at den distingverte faren kunne forvandles til et ukontrollert rasende vesen som angrep et lite barn. Angrepet hadde et uvirkelighetens slør over seg som lammet vår handlingsevne.

Da vi valgte å handle, måtte vi utfordre vår egen angst for ikke å behage og tekkes autoritetene. Vi fikk negativ brukerevaluering og mistet status som «flinke».

I saken Bjarne var det vondt å avsløre den sympatiske moren og eksponere henne for skam og skyld. I saken Cecilie var det ubehagelig å bli utsatt for familiens aggresjon og sterke splittings, og det var tidkrevende og strevsomt å nøste opp i virvaret av fragmentert historie. Det krevde terapeutisk selvsikkerhet og godt samarbeid å unngå å bli med på familiens ansvarsfraskrivelse.

Avdekking som vendepunkt

Avdekkingen av familiehemmeligheten ble vendepunktet i behandlingen i alle de tre sakene. Det ble utgangspunkt for videre behandling, og medførte bedret psykisk funksjon og omsorgssituasjon for barna. Trolig kunne mye lidelse vært spart dersom behandlerne hadde forstått voldsbruken på et tidligere tidspunkt.

Jeg har beskrevet noen hindringer for dette. På overordnet nivå må fagmiljøene innforlive forståelsen av tilknytningstraumers innvirkning på de utsatte barna, og bruke nødvendige metodiske tilnærming. Dette krever et brudd med endimensjonale forklaringsmodeller, ensidige effektivitetsmål og «brukerstyrte» markedsideologier som i dag rår grunnen. Uten en slik endring er det vanskelig å se for seg at andre enn få modige sjeler i tette behandlingsmiljøer med rom for å arbeide intensivt, teamorientert og dynamisk kan avsløre traumene som disse barna bærer.

Dette er krav om dyptgående endringer. Jeg tror ikke at det vil hjelpe å legge

til «spør om vold» på lista over poliklinikens inntaksprosedyrer, men har en anelse om at det er dette som vil skje. Da har vi tilsynelatende gjort noe med saken, samtidig som vi antagelig slipper å få ubehagelige svar som hefter oss i vårt jag etter å bli flinke, effektive brikker i behandlingsregnskapet. ●

Referanser

- Heltne, U. & Steinsvåg, P. (2009). *Barn som lever med vold i familien*, fagbrev nr. 4, s. 2. Nedlastet 21.7.2010 fra: <http://krisepsyk.no>
- Leira, H. (1988). Kan anerkjennelse av det umulige bli erkjennelse av det mulige? Fra tabubelagte traumer til kurs i barn og unges rettigheter. Oslo: Rapport til NAVF v/RSFs forskningsprogram om kvinnemishandling.
- Reigstad, B., Jørgensen K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and selfreported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58–66.
- Stefansen, M. & Mossige, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn* (Nova Rapport 20/07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.