

# Traumesymptomer og hukommelse hos barn som har gjennomgått en omsorgsovertagelse i regi av barnevernet

Marthe Nordberg Øibakken & Ida Torgersen Qviller



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2012

# Traumesymptomer og hukommelse hos barn som har gjennomgått en omsorgsovertagelse i regi av barnevernet

*Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt*

*Universitetet i Oslo*

*April 2012*

*Marthe Nordberg Øibakken og Ida Torgersen Qviller*

© Marthe Nordberg Øibakken & Ida Torgersen Qviller

2012

Traumesymptomer og hukommelse hos barn som har gjennomgått en omsorgsovertagelse i regi av barnevernet

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## SAMMENDRAG

**Forfattere:** Marthe Nordberg Øibakken og Ida Torgersen Qviller

**Tittel:** Traumesymptomer og hukommelse hos barn som har gjennomgått en omsorgsovertagelse i regi av barnevernet

**Veileder:** Annika Melinder

Denne studien er en del av forskningsprosjektet ”Plasseringsstudien” ved Enhet for Kognitiv Utviklingspsykologi på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo. Prosjektet undersøker barns og foreldres opplevelse av, og hukommelse for, en omsorgsovertagelse i regi av barneverntjenesten. En forsker fra prosjektet er tilstede under omsorgsovertagelsene og noterer informasjon om hendelsesforløpet ut fra en strukturert protokoll. Forskers observasjoner fra omsorgsovertagelsen benyttes som sammenlikningsgrunnlag for informasjonen barna oppgir i strukturerte hukommelsesintervjuer én uke, tre måneder og et år etter omsorgsovertagelsen. På denne måten kan det kontrolleres for om informasjonen barna kommer med er korrekt eller uriktig, og det er mulig å estimere et mål på feilhukommelse. Samtidig med at hukommelsesintervjuene foretas fyller barnets nåværende omsorgsbasis ut Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) som måler barnets nivå av traumesymptomer.

”Plasseringsstudien” er så langt vi kjenner til den første studien hvor forskere har fått direkte tilgang til å studere omsorgsovertagelser, og studien bidrar til å øke den økologiske validiteten i forskningsfeltet rundt omsorgssvikt og hukommelse.

Forfatterne har bidratt i flere operative faser i prosjektet: intervju og testing av barna på alle tidspunktene, transkribering av intervjuer, innhenting av saksopplysninger, skåring av TSCYC og oppdateringer av database.

I denne studien undersøker vi om traumesymptomer endrer seg over tid hos barn utsatt for omsorgssvikt og som har gjennomgått en omsorgsovertagelse. Vi undersøker forskjeller i barnas hukommelse for omstendighetene rundt omsorgsovertagelsen, og vi utforsker mulige sammenhenger mellom traumesymptomer og barnas hukommelse for omsorgsovertagelsen. Ut fra våre analyser fant vi følgende: (1) Barnas nivåer av traumesymptomer var stabile eller økte i styrke over tid. (2) Plasseringstype hadde ikke betydning for hva barna husket om

forholdene rundt plasseringen. Mengde uriktig informasjon oppgitt av barna viste en signifikant reduksjon mellom én uke og tre måneder etter plasseringen. (3) Barna husket mer korrekt informasjon om emosjonelle aspekter ved hendelsen sammenliknet med nøytrale aspekter. (4) Traumesymptomer over klinisk grense så ikke ut til å medføre endringer i mengde korrekt eller feilaktig hukommelse sammenliknet med traumesymptomer under klinisk grense. (5) Høye nivåer av gjenopplevelse/påtrengende tanker var forbundet med mer korrekt hukommelse innenfor åpne spørsmål. Høye nivåer av angst var relatert til mer korrekt hukommelse innenfor direkte spørsmål. Høye nivåer av angst og depresjon var forbundet med økt grad av falske positive svar på spørsmål med feilaktig informasjonsinnhold. Høye nivåer av seksuelle bekymringer var relatert til mer korrekt hukommelse innenfor direkte og åpne fokuserte spørsmål, samt flere uriktige svar innenfor åpne spørsmål.

Funnene i denne studien er et empirisk bidrag til kognitiv utviklingspsykologi, traumepsykologi og vitnepsykologi. Funnene har betydning for ulike instanser som jobber med barn som har opplevd en omsorgsovertagelse. Kunnskapen kan benyttes til å bedre kunne ivareta barn både før, under og etter en omsorgsovertagelse, samt bidra til å styrke barns posisjon som vitner og øke deres rettssikkerhet.

## FORORD

Det har vært en spennende og krevende prosess å skrive denne oppgaven. Vi har møtt på mange utfordringer underveis og har derfor mange å takke for at vi kom i mål til slutt.

Takk til vår veileder Annika Melinder for veiledning og gode råd underveis i skriveprosessen.

En spesiell takk til Gunn-Astrid Baugerud som gjennom hele prosessen har stilt opp med kloke svar på vanskelige spørsmål, nyttige faglige innspill og oppmuntrende kommentarer.

Takk til Envor M. Bjørge Skårdalsmo som har stilt opp når vår kunnskap om database og spørringer har kommet til kort.

Takk til Øyvind for gode faglige innspill og uvurderlig korrekturlesing av oppgaven. Takk til Torkel for flotte grafiske bidrag. En stor takk til dere begge for støtte og omsorg, dere har vært gode å ha når vi har hatt behov for å lufte våre frustrasjoner og tanker i løpet av skriveprosessen.

Sist, men ikke minst, takk til alle barna og deres foreldre som har stilt opp i prosjektet.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING .....	1
Akutt og planlagt plassering .....	2
Omsorgssvikt .....	3
Traumer og post-traumatisk stresslidelse hos barn .....	4
Traumesymptomer over tid .....	5
Omsorgsovertagelse – en stressende eller traumatisk hendelse? .....	6
Selvbiografisk hukommelse .....	6
Stress og hukommelse .....	8
Omsorgssvikt og hukommelse for stressende/traumatiske hendelser .....	9
Kognitive aspekter ved PTSD og andre traumesymptomer .....	11
METODE .....	16
Design .....	16
Etiske vurderinger .....	16
Utvalg .....	18
Målinger .....	19
Prosedyre .....	24
Statistiske metoder .....	25
RESULTATER .....	27
1. Endring i traumesymptomer .....	27
2. Hukommelse hos akutt plasserte og planlagt plasserte barn .....	27
3. Nøytrale og emosjonelle spørsmål .....	29
4. Kliniske signifikante traumesymptomer og hukommelse .....	30
5. Traumesymptomer og hukommelse .....	31
DISKUSJON .....	34
Endring i traumesymptomer over tid .....	34
Hukommelse hos akutt plasserte og planlagt plasserte barn .....	35
Emosjonelle og nøytrale spørsmål .....	37
Hukommelse og traumesymptomer av klinisk betydning .....	38
Traumesymptomer og hukommelse .....	39
Begrensninger ved studien .....	42
Fremtidige studier .....	43
Konklusjon og praktiske implikasjoner .....	43
REFERANSER .....	46
Vedlegg 1 .....	1
Vedlegg 2 .....	9
Vedlegg 3 .....	13

## INNLEDNING

Mange barn i Norge lever under forhold som vurderes å være så alvorlige at de ikke lenger kan bo hos sine primære omsorgsgivere. Omsorgssvikt er en alvorlig trussel mot barns psykiske og fysiske helse. Tidlig omsorgssvikt kan medføre vansker med normal fungering og utvikling hos barnet (Killén, 2004; Teicher et al., 2003) og resultere i alvorlige psykopatologiske tilstander (Collishaw et al., 2007), og traumesymptomer (Bailey, Moran & Pederson, 2007). Barnevernet har et lovpålagt ansvar som innebærer å sikre at barn lever under trygge oppvekstvilkår (Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17. juli 1992 nr.100). Barnevernet kan derfor fatte vedtak om omsorgsovertagelse i familier der barnas omsorgspersoner ikke er i stand til å gi barna tilstrekkelig god omsorg. I 2010 ble 12 492 barn og ungdom i alderen 0-22 år plassert i nye hjem i regi av barnevernet. Barnevernet overtok omsorgen for 6980 av disse barna (SSB, 2011). Det å hentes ut fra sitt eget hjem og skilles fra sine foreldre kan oppleves som stressende for barna. Det finnes i dag lite kunnskap om hvilke følger omsorgsovertagelser har for barns utvikling og fungering.

I denne studien undersøker vi hvordan traumesymptomer endrer seg over tid hos barn utsatt for omsorgssvikt og som har gjennomgått en omsorgsovertagelse. Vi undersøker forskjeller i barns hukommelse for omstendighetene rundt omsorgsovertagelsen. Videre utforskes mulige sammenhenger mellom traumesymptomer og barnas hukommelse for omsorgsovertagelsen. Temaene er av teoretisk og praktisk nytteverdi. Forskning på omsorgsovertagelser kan bidra til at barnevernet tilegner seg mer nyansert kunnskap om hvordan barn opplever en omsorgsovertagelse og hvilke følger denne kan få for barnet. En dypere forståelse av sammenhengen mellom traumer og hukommelse kan bidra til et bedre behandlingstilbud for denne gruppen. Barn utsatt for omsorgssvikt vil ofte komme i kontakt med rettsvesenet og utsettes for intervjuer og politiavhør (Melinder, 2011). I kjølvannet av de siste årenes debatt om falske minner vil spørsmålet om disse barna er i stand til å oppgi fullstendig og korrekt informasjon om egne opplevelser være en sentral problemstilling (Chae, Goodman, Eisen & Qin, 2011). Forskning på dette området kan derfor bidra til å styrke barns rettssikkerhet.

Før studiets design og hypoteser presenteres vil lovverket som ligger til grunn for omsorgsovertagelser redegjøres for. Hva som karakteriserer omsorgssvikt og en traumatisk hendelse beskrives, og det gis en kort presentasjon av utviklingen av barns selvbiografiske



hukommelse. Til slutt vil forholdet mellom traumer og hukommelse hos barn utsatt for omsorgssvikt belyses gjennom teori og empiri.

### **Akutt og planlagt plassering**

I følge Barnevernloven (1992) har barnevernet et lovpålagt ansvar som innebærer å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Dersom barnets foreldre ikke er i stand til å yte omsorg etter barnets alder og behov, kan barnevernet fatte vedtak om omsorgsovertagelse hvor barnet flyttes i fosterhjem eller institusjon.

Barnevernets avgjørelse om omsorgsovertagelse er hjemlet i Barnevernloven (1992), og kan deles inn i akutt eller planlagt omsorgsovertagelse. Akutte plasseringer foretas når det vurderes å være fare for vesentlig skade ved at barnet bor hjemme hos sine primære omsorgsgivere. Barnet blir da hentet ut av hjemmet uten at barnet selv eller deres foreldre er informert om dette på forhånd. Lovhjemlene som vanligvis benyttes i disse plasseringene er bvl. § 4-6, første ledd og andre ledd (se figur 1). Planlagte plasseringer foretas etter bvl. § 4-12, hvor ett av fire kriterier må være tilstede for at en planlagt plassering skal kunne gjennomføres (se figur 1). Som ved akutte plasseringer blir barnet hentet ut av hjemmet, men til forskjell fra en akuttplassering vet foreldrene at omsorgsovertagelsen vil finne sted og har anledning til å forberede barnet på plasseringen. Uavhengig av plasseringstype er det avgjørende at det blir tatt hensyn til barnets beste, jfr. bvl § 4-1, og dette skal dokumenteres før barnet flyttes fra sine biologiske foreldre.

**Figur 1.** Vedtak for å foreta en akutt eller planlagt plassering i regi av barnevernet

§ 4-6. Midlertidige vedtak i akuttsituasjoner.

Dersom et barn er uten omsorg fordi foreldrene er syke eller barnet er uten omsorg av andre grunner, skal barneverntjenesten sette i verk de hjelpetiltak som umiddelbart er nødvendige. Slike tiltak kan ikke opprettholdes mot foreldrenes vilje.

Er det fare for at et barn blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet, kan barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten uten samtykke fra foreldrene umiddelbart treffe midlertidig vedtak om å plassere barnet utenfor hjemmet.

§ 4-12. Vedtak om å overta omsorgen for et barn.

- a) dersom det er alvorlige mangler ved den daglige omsorg som barnet får, eller alvorlige mangler i forhold til den personlige kontakt og trygghet som det trenger etter sin alder og utvikling,
- b) dersom foreldrene ikke sørger for at et sykt, funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får dekket sitt særlige behov for behandling og opplæring,
- c) dersom barnet blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet, eller
- d) dersom det er overveiende sannsynlig at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadd fordi foreldrene er ute av stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet.

**Omsorgssvikt**

I følge Lundén (2010) oppstår omsorgssvikt når barnets fysiske og/eller psykiske utvikling settes i fare på grunn av foreldrenes bristende omsorgsevne. Omsorgssvikt kan deles inn i fire former: fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, i tillegg til vanskjøtsel (Killén, 2004). Alle former for omsorgssvikt innebærer at omsorgsgiver ikke i tilstrekkelig grad fremmer normal utvikling hos sitt barn (Goodman, Quas & Ogle, 2010). Barn som vokser opp under omsorgssvikt er fratatt erfaringer nødvendig for sunn utvikling og tilpasning (Cicchetti & Toth, 2006). Selv om resiliens og beskyttende faktorer kan motvirke negativ skjevutvikling (Masten et al., 2008), er denne gruppen barn i risiko for å utvikle vansker som påvirker deres fungering i barndommen og som voksne (Goodman et al., 2010).

Forskning har vist en rekke mulige følger av omsorgssvikt innen kognitive (Carrick, Armstrong & Loewenstein, 2009; Goodman et al., 2010), sosio-emosjonelle (Maughan & Cicchetti, 2002) og nevropsykologiske funksjonsområder (De Bellis et al., 2002; McEwen et

al., 1992). Sammenliknet med typisk utviklede jevnaldrende har forsinkelser på opp mot to år blitt påvist hos barn utsatt for omsorgssvikt (Goodman et al., 2010). Forsinkelsene vises i et spenn av kognitive prosesser som korttidshukommelse, språk, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner (Beers & De Bellis, 2002; Carrick, Quas & Lyon, 2010).

Barn innenfor barnevernssystemet har ofte opplevd traumatiske hendelser som fysisk og psykisk misbruk, vanskjøtsel og eksponering for foreldres stoffmisbruk (Hummer, Dollard, Robst & Armstrong, 2010). Slike hendelser medfører risiko for utvikling av post-traumatisk stresslidelse (PTSD) (De Bellis et al., 2002), angst (Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006), depresjon (Hankin, 2005) og oppmerksomhetsvansker (Ford et al., 2000).

Psykopatologi i form av PTSD og andre relaterte lidelser kan føre til endringer i ulike kognitive funksjoner, der i blant hukommelse (Kanagaratnam & Asbjørnsen, 2007).

### **Traumer og post-traumatisk stresslidelse hos barn**

Diagnosemanualen DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) definerer en traumatisk hendelse som når en person opplever, er vitne til eller blir konfrontert med én eller flere hendelser som involverer faktisk død eller alvorlig skade, trussel om død eller alvorlig skade eller fysiske krenkelser mot seg selv eller andre. I tillegg må personen reagere med intense følelser av frykt eller hjelpeløshet. Seks kriterier må være oppfylt for at en PTSD-diagnose kan stilles. Symptomene beskrives i kriteriene A-D. (A) Personen må ha blitt eksponert for én eller flere traumatiske hendelser i overensstemmelse med definisjonen over. (B) Den traumatiske hendelsen gjenopplevs på én eller flere av følgende måter: påtregende tanker, mentale bilder eller persepsjoner, mareritt, gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, intenst psykisk stress ved eksponering for ytre eller indre traumerelaterte stimuli. (C) Personen unngår tanker, følelser, samtaler, aktiviteter, situasjoner, steder og øvrige stimuli som kan minne om hendelsen. (D) Personen opplever vedvarende aktiveringssymptomer som ikke var tilstede før traumet som vansker med å sovne, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, anspenhet og overdreven aktiveringsrespons.

Hvilke symptomer et barn utvikler etter en traumatisk hendelse avhenger av hva det har opplevd, varigheten på hendelsen(e), individuelle reaksjoner og barnets mulighet til å få støtte av andre (Jensen, 2011). Foruten symptomene som inngår i PTSD-diagnosen kan man ofte se komorbide tilstander som dissosiasjon, angst, depresjon, konsentrasjonsvansker og økt

agresjonsnivå i etterkant av en traumatisk hendelse (Berge & Repål, 2011; Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik & Lyons-Ruth, 2009).

Flere forskere har hevdet at det er problematisk å benytte seg av PTSD-diagnosen ved diagnostisering av barn. Diagnosen er hovedsakelig basert på studier av voksne (Levendosky, Huth-Bocks, Semel & Shapiro, 2002; Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995). Det stilles krav til verbale uttrykk for symptomene, noe mindre barn vil ha vansker med på grunn av uferdig språkutvikling. Av de personene som utsettes for traumatiske hendelser vil imidlertid kun en liten andel utvikle PTSD (Breslau, 2009; Fierman et al., 1993). Forskning viser at en PTSD-diagnose alene ikke vil avgjøre om et barn utvikler vansker i etterkant av en traumatisk hendelse. Traumatiserte barn og unge som ikke fyller kriteriene for en PTSD-diagnose har ofte vansker som angst, depresjon og aggressiv atferd (Kiser, Heston, Millsap & Pruitt, 1991), lav selvtillitt (Feiring, Taska & Lewis, 1998) og søvnvansker (Glod, Teicher, Hartman, & Harakal, 1997).

### **Traumesymptomer over tid**

Det er få studier av hvordan traumesymptomer hos barn endrer seg over tid, og det er vanskelig å trekke konklusjoner ut fra de studier som finnes. Wolfe, Wekerle, Scott, Straatman og Grasley (2004) undersøkte ungdom i alderen 14-19 år med en omsorgssvikthistorie. Ved bruk av Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) fant forskerne at traumesymptomene var stabile mellom første testtidspunkt og andre testtidspunkt ett år senere. La Greca, Silverman, Vernberg og Prinstein (1996) undersøkte PTSD-symptomer hos barn i 3.-5. klasse som hadde vært utsatt for en orkan. Overordnet sett viste traumesymptomene reduksjon over tid, men mange av symptomene kunne observeres i opp mot ti måneder etter hendelsen. Andre studier viser at barn og voksne med barndomstraumer har stabile depresjonssymptomer over perioder på henholdsvis ett, to og tre år (Kinzie, Fredrickson, Ben, Fleck & Karls, 1984; Tanskanen et al., 2004; Zlotnick, Ryan, Miller & Keitner, 1995). Green og kolleger (1994) fant at barn i alderen 2-15 år viste en signifikant reduksjon i angst to år og sytten år etter den traumatiske hendelsen. Samlet sett finner studiene både stabilitet og reduksjon av traumesymptomer over tid.

### **Omsorgsovertagelse – en stressende eller traumatisk hendelse?**

Det å flyttes fra sitt hjem og sine foreldre kan innebære store belastninger og utfordringer for et barn. Barnet opplever et midlertidig eller permanent tap av sine primære omsorgsgivere. Barnet gjennomgår en tvungen flytting fra hjemmet sitt, det må tilpasse seg en ny bosituasjon og bearbeide de tidligere hendelsene som førte til flyttingen (Leslie et al., 2000).

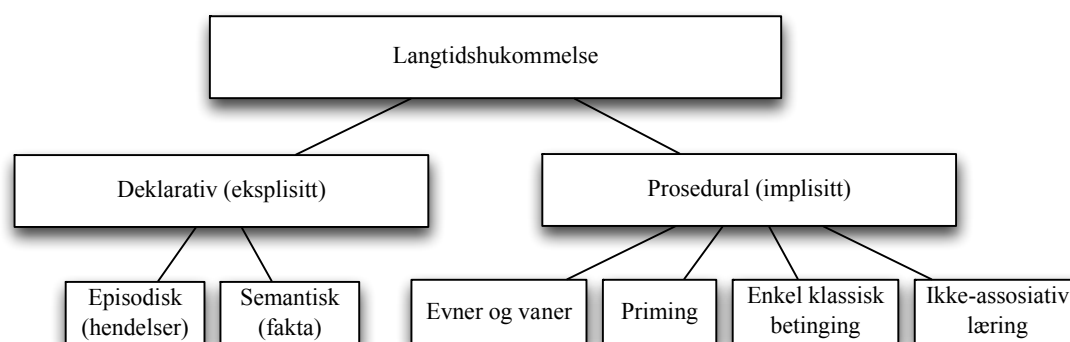
Om en omsorgsovertagelse vil utgjøre en stressende eller en traumatisk opplevelse for et barn er en sentral problemstilling. Det er vanskelig å objektivt definere stressende hendelser. Det én person opplever som stressende kan være traumatisk for en annen (von der Lippe & Rønnestad, 2011). Individuelle forhold ved barnet, de involverte personene og konteksten plasseringen foregår i, vil spille inn. En omsorgsovertagelse kan innebære et vidt spenn av følelser og reaksjoner hos barnet, fra smerte, sjokk og stress, til elementer av lettelse hvis barnet har levd under pågående traumatisering i sitt eget hjem (f.eks. vitne til vold, selv offer for vold/overgrep, fysisk og/eller psykisk mishandling). Plasseringstype kan være en annen viktig faktor for hvordan en omsorgsovertagelse oppleves. Akutte plasseringer er per definisjon uforberedte og kan inneholde elementer av sjokk. I noen tilfeller blir familiene overrasket av at politi og barnevern banker på døren, og plasseringen kan være dramatisk. Under planlagte plasseringer er overtagelsen forberedt. Barn og foreldre kjenner til hva som skal skje. Akutte plasseringer vil derfor kunne innebære større grad av stress for barna. Dette ble bekreftet i en studie av Baugerud og Melinder (2010) der planlagt plasserte barn viste lavere stressnivåer enn akutt plasserte barn. I den foreliggende studien vil omsorgsovertagelsen defineres som en stressende og potensielt traumatisk hendelse.

### **Selvbiografisk hukommelse**

Menneskets hukommelse er kompleks. Hukommelsen består av en rekke delvis eller fullstendig adskilte systemer og subsystemer (Tulving, 1985; Tulving & Schacter, 1990). Hukommelsen involverer tre stadier: innkoding, lagring og gjenhenting (Tulving, 1985). Innkoding innebærer at sensorisk informasjon oversettes til en nevralt kode og overføres til hukommelsessystemet (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2002). Innkoding påvirkes av flere faktorer som tidligere erfaringer, kunnskap om verden, språkutvikling og hvor stressende en gitt situasjon oppleves (Cordón, Pipe, Sayfan, Melinder & Goodman, 2004; Deffenbacher, Bornstein, McGorty & Penrod, 2008; Simcock & Hayne, 2002). Lagring er prosessen hvor

minner overføres fra korttidshukommelsen til langtidshukommelsen. Gjenhenting forekommer når et minne hentes opp fra langtidshukommelsen (Schacter, 1996).

Hukommelse kan inndeles i to hovedsystemer, langtidshukommelse og korttidshukommelse. Langtidshukommelsen kan deles inn i eksplisitt (deklarativ) og implisitt (prosedural) hukommelse. Den eksplisitte hukommelsen inneholder tidligere erfaringer som bevisst kan gjenhentes og gjenfortelles. Den implisitte hukommelsen operer utenfor bevisstheten og inneholder prosedural kunnskap hvor tidligere erfaringer vises gjennom endringer i atferd (Magnussen, 2004). I 1972 introduserte Tulving et skille i den eksplisitte hukommelsen mellom semantisk og episodisk hukommelse (sitert i Baddeley, 2001, s. 1346). Den semantiske hukommelsen representerer generell kunnskap om verden, i tillegg til faktaopplysninger om historiske, bibliografiske og geografiske forhold (Magnussen, 2004). Den episodiske hukommelsen, som også kalles for selvbiografisk hukommelse, inneholder personlige minner som er koblet til tid og sted og er den delen av hukommelsessystemet som gir oss evnen til å bevisst gjenoppleve tidligere erfaringer (Tulving, 2002).



**Figur 2.** Inndeling av langtidshukommelsen. Modellen er basert på Squire & Zola-Morgan (1991).

Hukommelsen utvikles fra tidlig alder og de ulike hukommelsessystemene utvikles på forskjellige tidspunkter i barnets utvikling (Baugerud, Augusti & Melinder, 2008). Den selvbiografiske hukommelsen manifesterer seg sent (Melinder & Magnussen, 2003) og ulike faktorer spiller inn i forhold til dette. Grunnleggende hjernestrukturer for selvbiografisk hukommelse utvikles sent (Nelson & Fivush, 2004). Selvbiografisk hukommelse er nært knyttet opp til barnets språkutvikling (McNally, 2003) og er avhengig av at barnet har utviklet et kognitivt selv (Howe, 2003). På grunnlag av disse faktorene vil selvbiografiske minner

derfor først dannes ved 18-30 måneders alder. Det er følgelig vanskelig å innhente kunnskap om barns hukommelse for selvopplevde hendelser før de er fylt to år.

Den selvbiografiske hukommelsen utvikler seg gradvis i løpet av førskoleårene med en vesentlig utvikling i 5-6 års alderen. Språket, sammen med barnets kognitive utvikling og sosiale interaksjon med andre mennesker, er viktig for denne utviklingen (Nelson & Fivush, 2004). Med alderen får barnet flere erfaringer og mer kunnskap om verden rundt seg, og evnen til å danne selvbiografiske minner øker. Selvbiografisk hukommelse påvirkes av og skapes gjennom ulike erfaringer, både positive og negative. Et viktig spørsmål er derfor hvordan selvbiografisk hukommelse påvirkes dersom et barn blir utsatt for en stressende eller traumatisk hendelse.

### **Stress og hukommelse**

Sammenhengen mellom stress og hukommelse er et mye debattert forskningsområde. Sentralt i denne debatten står spørsmålet om stressende hendelser huskes bedre eller dårligere enn nøytrale hendelser (se blant annet Cordón og kolleger, 2004). Flere studier har vist at minner for traumatiske hendelser har andre kvaliteter enn minner for nøytrale hendelser. Berntsen (2001) fant at traumatiske minner var forskjellige fra ikke-traumatiske minner hos en gruppe traumatiserte studenter. Traumatiske minner viste seg å være vedvarende over tid, de var mer frekvente og livaktige enn andre type minner, de påvirket studentenes humør i større grad og de hadde større evne til å trigge fysiologiske reaksjoner enn ikke-traumatiske minner. Peace & Porter (2004) fant at traumatiske hendelser huskes og bevares bedre over tid enn andre minner. Forskningslitteraturen er imidlertid ikke entydig i forhold til sammenhengen mellom stress og hukommelse. Blant annet fant Deffenbacher, Bornstein, Penrod & McGorty (2004) at høye nivåer av stress hos øyenvitner var forbundet med dårligere hukommelse for informasjon om forbrytelsen de hadde observert.

Til tross for motstridende forskningsfunn peker en rekke studier i retning av at emosjonelt aktiverende minner ser ut til å prosesseres annerledes enn ikke-emosjonelt aktiverende minner hos barn som følger en typisk utvikling (se for eksempel Goodman, Hirschman, Hepps & Rudy, 1991). Flere teorier har forsøkt å gjøre rede for hvordan denne type minner prosesseres. Christianson (1992) viser til Easterbrooks cue-utilisation hypotese fra 1959, og hevder at mennesker fokuserer oppmerksomheten på sentrale elementer ved hendelser under perioder

med økt stress. På grunn av økt og fokusert oppmerksomhet vil stressende eller traumatisk informasjon innkodes med større grad av detaljer og mindre grad av feil enn ved innkoding av nøytral informasjon. Dette resulterer i bedret og mer korrekt hukommelse for denne type hendelser. Studier ser ut til å støtte dette. Jo mer traumatisk en hendelse oppleves, jo bedre vil kjerneelementer ved hendelsen huskes (Goodman et al., 2010). Yuille og Cutshall (1989, referert i Yuille, Davies, Gibling, Marxsen & Porter, 1994) betegner stressende eller traumatiske minner som ”bemerkelsesverdige minner” (remarkable memories). På grunn av minnenes spesielle kvaliteter vil de gjenhentes og gjenfortelles oftere enn nøytrale minner. Ved å repetere den traumatiske hendelsen for seg selv eller andre, kan sentrale elementer fra hendelsen bevares godt i hukommelsen. Imidlertid vil ikke alle traumatiske hendelser gjenfortelles og deles med andre. Studier viser at det kan være svært vanskelig for barn å fortelle om hendelser som seksuelle overgrep (Mossige, Jensen, Gulbrandsen, Reichelt & Tjersland, 2005).

### **Omsorgssvikt og hukommelse for stressende/traumatiske hendelser**

Mye av forskningen på hukommelse og stressende eller traumatiske hendelser er foretatt på mennesker som har opplevd én enkelt traumatisk hendelse, for eksempel å ha vært vitne til et ran (Christianson & Hübnette, 1993), opplevd en naturkatastrofe (Bahrack, Parker, Fivush & Levitt, 1998) eller vært utsatt for voldtekt (Williams, 1994). Det er vanskelig å vite om slike funn er generaliserbare til populasjoner som har levd under pågående stress og traumatisering over tid (Howe, Cicchetti & Toth, 2006). Barn utsatt for omsorgssvikt har i mange tilfeller levd under kronisk stress. Som tidligere nevnt kan dette føre til forsinket utvikling av kognitive prosesser som språk, korttidshukommelse og eksekutive funksjoner (Carrick et al., 2009). Omsorgssvikt kan også føre til nevrobiologiske endringer som vil kunne påvirke og svekke barns hukommelse (Teicher et al., 2003).

Til tross for mulige kognitive forsinkelser og nevrobiologiske endringer negativt forbundet med hukommelse er det foreslått at eksponering for vedvarende stress i barndommen kan føre til økt hukommelse for stressende eller traumatiske hendelser (Bahrack et al., 1998).

Vedvarende stress kan medføre at barn og voksne utvikler strategier hvor de raskt retter oppmerksomheten mot negative stimuli og holder oppmerksomheten på denne type stimuli over lengre tid (Goodman et al., 2010). En konstant årvåkenhet ovenfor traumerelaterte stimuli og andre farer kan bli en måte barnet beskytter seg selv på, og kan over tid utvikles til



å bli et personlighetstrekk eller en prosesseringsstrategi (Goodman et al., 2010). Dette kan resultere i bedret hukommelse for stressende eller traumatiske hendelser. I tillegg vil barn som har opplevd langvarig omsorgssvikt ha en kunnskapsbase og kognitive skjemaer for stressende hendelser som bidrar til bedret hukommelse for denne type hendelser (Goodman et al., 2010).

Et mindre antall studier har undersøkt om omsorgssvikt kan påvirke den generelle hukommelsesutviklingen hos barn. Forskning har til nå vist at omsorgssviktede barns grunnleggende hukommelsesprosesser er sammenlignbare med tilsvarende hukommelsesprosesser hos barn som har vokst opp under normale forhold (Howe, Cicchetti, Toth & Cerrito, 2004; Howe, Toth & Cicchetti, 2011; Porter, Lawson & Bigler, 2005). Ved undersøkelser av selvbiografiske minner finner forskere imidlertid enkelte forskjeller. Et sentralt funn er at omsorgssviktede barn i større grad rapporterer mer generelle og uspesifikke selvbiografiske minner enn det ikke-omsorgssviktede barn gjør (Valentino, Toth & Cicchetti, 2009). Studier har også funnet at omsorgssviktede barn ser ut til å huske selvbiografisk traumerelatert informasjon med høy grad av korrekthet (Goodman et al., 2010). Eisen, Goodman, Qin, Davis og Crayton (2007) undersøkte barn som gjennomgikk medisinske undersøkelser på bakgrunn av mistanker om misbruk. Barna ble stilt spørsmål om en ubehagelig og potensielt stressende medisinsk undersøkelse de hadde gjennomgått. Barna ga høy grad av korrekte svar på spørsmål om forhold rundt denne undersøkelsen. Eisen, Qin, Goodman og Davis (2002) fant i en liknende studie at omsorgssviktede barn generelt sett viste lave feilrater på spørsmål om stressende medisinske undersøkelser.

Omsorgssviktede barn vil ofte intervjues om hendelsene de har opplevd flere ganger. Det har blitt stilt spørsmål ved om repeterte intervjuer vil kunne påvirke barnas hukommelse (Bruck & Ceci, 1999). Forskning viser imidlertid at dersom barn intervjues i tråd med etablerte retningslinjer (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplind & Horowitz, 2007; Melinder & Korkman, 2010) vil hukommelse for den stressende hendelsen være stabil selv om barnet intervjues gjentatte ganger (Melinder, 2011).

Oppsummert ser det ut til at kronisk stress vil kunne medføre kognitive forsinkelser og nevrobiologiske endringer som kan påvirke og svekke hukommelsesfunksjonen. Stress kan imidlertid føre til økt oppmerksomhet for sentral informasjon ved hendelsen, og et økt oppmerksomhetsnivå vil i følge Christianson (1992) kunne føre til bedret hukommelse. Å leve

under kronisk stress kan føre til at årvåkenhet for negative stimuli blir et personlighetstrekk eller en prosesseringsstrategi hos barnet, noe som igjen vil forsterke innkodingen av stressende stimuli. Studier viser at omsorgssviktede barn ikke ser ut til skille seg fra andre barn når det gjelder grunnleggende hukommelsesprosesser. Imidlertid ser omsorgssviktede barn ut til å rapportere flere generelle og uspesifikke selvbiografiske minner enn andre barn. Det er derfor ikke konsensus i forskningen på dette området. Barna rapporterer informasjon om selvopplevde stressende eller traumatiske minner med stor grad av korrekthet og lave feilrater, og dette synes også å gjelde ved gjentatte intervjuer dersom disse gjennomføres etter anbefalte prosedyrer.

### **Kognitive aspekter ved PTSD og andre traumesymptomer**

Forskning viser at barn utsatt for omsorgssvikt husker stressende eller traumatiske hendelser godt (Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002). Imidlertid kan flere faktorer påvirke barns hukommelsesfunksjon. Omsorgssvikt er relatert til utvikling av PTSD og andre traumesymptomer (Browne & Finkelhor, 1986; Wolfe, Scott, Wekerle & Pittman, 2001). PTSD har i flere studier vist seg å ha negativ effekt på ulike kognitive funksjoner (Barrett, Green, Morris, Giles & Croft, 1996; Brandes et al., 2002; Ehlers & Clark, 2000). Det er derfor mulig at PTSD og andre traumesymptomer påvirker barns evne til å huske stressende eller traumatiske hendelser.

### *Traumerelatert psykopatologi og PTSD*

Få studier har undersøkt hvordan PTSD og annen traumerelatert psykopatologi påvirker barns hukommelse (Cordon et al., 2004). To studier av barn utsatt for omsorgssvikt viste at generell psykopatologi hos denne gruppen var assosiert med flere feilaktige svar på spørsmål om forhold rundt en stressende selvopplevd hendelse (Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002). Mulige årsaker til dette er at barn med dårligere kognitiv funksjon kan ha vansker med oppmerksomhet og være distraherete under hendelsen. Dette kan føre til redusert innkoding og vansker med å organisere hendelsen (Eisen et al., 2007). Vansker med oppmerksomhet og høy distraherbarhet kan også medføre at barn strever med å fokusere oppmerksomheten under intervju, og dette kan resultere i at det er vanskeligere å gjenhente minner (Eisen et al., 2007).

Studier av PTSD og hukommelse peker i to retninger. Studier av voksne har vist at PTSD er negativt forbundet med hukommelse (Bremner et al., 1995; Bremner, Vermetten, Afzal &

Vythilingam, 2004; Johnsen & Asbjørnsen, 2008). I overensstemmelse med dette fant Moradi, Doost, Taghavi, Yule & Dalgleish (1999) at barn og unge med PTSD viste dårligere generell hukommelse enn barn uten tegn til psykopatologi. På den andre siden tyder enkelte studier på at voksne som utvikler PTSD viser økt oppmerksomhet mot traumerelatert informasjon (McNally, Metzger, Lasko, Clancy & Pitman, 1998). Som vi har sett kan økt oppmerksomhet i følge Christiansons (1992) teoretisering medføre bedret hukommelse. I samsvar med dette fant Zeitlin og McNally (1991) at hukommelse for traumerelatert informasjon var bedre enn hukommelse for nøytral informasjon hos voksne PTSD-pasienter. Alexander og kolleger (2005) fant også en positiv korrelasjon mellom antall PTSD-symptomer hos voksne og korrekt informasjon om seksuelle overgrep som inntraff i barndommen. Det er således ikke konsensus om sammenhengen mellom PTSD og hukommelse.

Gjenopplevelse, påtrengende tanker, økt fysiologisk aktivering og unngåelse er karakteristiske symptomer ved PTSD. Depresjon, angst, dissosiasjon, seksuelle bekymringer og aggresjon er andre symptomer som ofte kan observeres etter en traumatisk hendelse. Flere av symptomene er nært relatert til hukommelse. Nedenfor beskrives det hvordan disse sammenhengene kan komme til uttrykk.

#### *Økt fysiologisk aktivering*

Økt fysiologisk aktivering ved eksponering for traumerelaterte stimuli kan ofte ses hos traumatiserte barn. At barnet er fysiologisk aktivert kan føre til økt oppmerksomhet for stressende stimuli, noe som medfører bedret innkodning og hukommelse (Christianson, 1992). Gjennom å ha opplevd et eller flere traumer kan barnet utvikle en forventning om at farlige og truende hendelser kan inntreffe uten forvarsel, og et økt aktiveringsnivå vil derfor være en forberedende respons til en generell forventning om fare (Goodman et al., 2010).

#### *Gjenopplevelse og påtrengende tanker*

Gjenopplevelse og påtrengende tanker om tidligere traumatiske hendelser er fremtredende symptomer ved PTSD. Gjenopplevelse av en hendelse og påtrengende tanker om denne innebærer at minnet om hendelsen repeteres mentalt hos barnet. At minnet repeteres kan føre til at sentrale aspekter ved minnet huskes godt (Yuille & Cutshall, 1989, referert i Yuille et al., 1994). Gjenopplevelse og påtrengende tanker vil derfor kunne føre til økt hukommelse for stressende eller traumatiske hendelser.

### *Unngåelse*

Unngåelse av traumerelaterte stimuli er en vanlig reaksjon etter traumatiske opplevelser hos barn og voksne (Creamer, Burgess & Pattison, 1992). Ubehaget ved symptomer som påtrengende tanker og gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen er stort. Unngåelse av traumerelaterte stimuli kan derfor tolkes som en strategi for å forhindre sterke negative emosjoner (van der Kolk & McFarlane, 1996). Kognitiv unngåelse vil kunne føre til begrenset informasjonsprosessering av stressende stimuli (Goodman & Melinder, 2007). Ved å unngå å fokusere oppmerksomheten på denne type stimuli vil innkoding reduseres, og dette kan føre til mer feilaktig hukommelse for slike hendelser (Eisen & Goodman, 1998). Samtidig vil kognitiv unngåelse redusere sannsynligheten for at barnet repeterer hendelsen i hukommelsen i ettertid, hvilket kan redusere sannsynligheten for at minnet innkodes og lagres (Goodman et al., 2010).

### *Depresjon og angst*

Depressive symptomer vil kunne påvirke hukommelsen for stressende eller traumatiske hendelser. Studier av deprimerte personer viser at denne gruppen har bedre hukommelse for negativt materiale enn ikke-deprimerte personer (Ridout, Astell, Reid, Glen & O'Carroll, 2003). Ut i fra kognitive teorier forklares dette med at deprimerte personer preges av negative kognisjoner og selvoppfatninger. Slike dysfunksjonelle kognitive prosesser fører til økt fokus og oppmerksomhet på negative stimuli (Leahy, 2004; Schniering & Lyneham, 2007) som igjen kan føre til bedret innkoding og hukommelse for denne type stimuli. Personer med angst preges ofte av fokusering på trusselrelevant informasjon (Fox, 1993). Som ved depresjon vil økt fokus og oppmerksomhet mot negative stimuli kunne medføre bedret innkoding og hukommelse for denne type stimuli. Studier viser støtte for implisitt hukommelsesbias for trusselrelevant informasjon for flere angstforstyrrelser (Coles & Heimberg, 2002; Fox, 1993). Depresjon- og angstsymptomer vil derfor kunne føre til at barn husker stressende eller traumatiske hendelser godt og med stor grad av riktighet.

### *Dissosiasjon*

Dissosiasjon kan observeres hos enkelte traumatiserte barn og voksne. Dissosiasjon er en måte å kognitivt fjerne seg fra den traumatiske situasjonen på og kan fungere som et forsvar mot smertefulle opplevelser (Janet, 1889 referert i Goodman et al., 2010). Som tidligere nevnt vil symptomer som økt fysiologisk aktivering kunne føre til bedret hukommelse for stressende hendelser. Imidlertid vil dette kun gjelde opp til en viss grad av aktivering. Hvis barnet blir

overveldet av stress kan dette medføre at barnet ikke lenger vil være i stand til å prosessere informasjonen på en meningsfull måte, og barnet kan følgelig dissosiere (Eisen & Goodman, 1998). Ved å fjerne seg mentalt og unngå kognitiv deltakelse i den stressende eller traumatiske hendelsen vil barnets innkoding av og senere minner for hendelsen reduseres (Goodman et al., 2010). Punktet for når stress blir overveldende vil variere fra barn til barn, og faktorer som sosial støtte, mestringsevner og psykologisk resiliens vil spille inn (Eisen & Goodman, 1998). Chae og kolleger (2011) undersøkte barn utsatt for misbruk og vanskjøtsel. Hos barn med et høyt nivå av dissosiative tendenser var flere traumesymptomer assosiert med større grad av uriktig hukommelse for hendelsen. I overensstemmelse med dette viste en studie av Eisen og kolleger (2007) at dissosiasjon predikerte økt grad av hukommelsesfeil når dissosiasjon ble sett i sammenheng med høye nivåer av øvrige traumesymptomer samt høy grad av fysiologisk aktivering.

#### *Sinne og seksuelle bekymringer*

Sinne og aggresjon er tilstander preget av høy fysiologisk aktivering. Ut fra hypotesen om at økte stressnivåer medfører bedre hukommelse for sentrale elementer ved hendelsen (Christianson, 1992), vil barn med høye nivåer av sinne og aggresjon huske stressende og traumatiske hendelser med stor grad av korrekthet. Studier av voksne som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen viser at de husker overgrepene mange år etter at overgrepet skjedde, og informasjonen personene oppgir er i stor grad korrekt (Goodman et al., 2003). Seksuelle symptomer vil derfor kunne være forbundet med god hukommelse for stressende hendelser.

Oppsummert antyder teori og empiri ulike tendenser med hensyn til sammenhengen mellom traumesymptomer og hukommelse. Generell psykopatologi hos barn utsatt for omsorgssvikt er forbundet med mer feilaktig hukommelse. Det er ikke konsensus i forhold til sammenhengen mellom PTSD og hukommelse hos barn. Studier viser at PTSD er relatert til både mer feilaktig hukommelse og bedret hukommelse for stressende hendelser. Ser man på symptomene som inngår i PTSD-diagnosen hver for seg vil disse kunne antas å påvirke barnas hukommelse på ulike måter. Ut fra diskuterte teorier vil gjenopplevelse/påtrengende tanker og økt fysiologisk aktivering føre til bedret innkoding og hukommelse for hendelsen. Unngåelse er på den andre siden relatert til dårligere hukommelse ved at innkodingen for hendelsen reduseres. Andre traumerelaterte symptomer som depresjon, angst, sinne og seksuelle bekymringer vil også kunne medføre stor grad av korrekt hukommelse for

stressende eller traumatiske hendelser. Barn med høye nivåer av dissosiasjon vil derimot vise dårligere hukommelse for denne type hendelser. På bakgrunn av ovenstående litteraturgjennomgang, vil følgende hypoteser være gjenstand for videre analyser:

1. Vi ønsker å undersøke om barnas traumesymptomer endres over tid.
2. Akutt plasserte barn vil oppgi mer korrekt og mindre uriktig informasjon om plasseringen sammenliknet med planlagt plasserte barn siden akutte plasseringer vil innebære større grad av stress enn planlagte plasseringer (Baugerud & Melinder, 2010). Siden barna er intervjuet på en nøytral og forskningsmessig anbefalt måte, vil mengde korrekt og uriktig informasjon være stabil over tid for begge plasseringstypene (Melinder, 2011).
3. Barna vil rapportere mer korrekt og mindre uriktig informasjon på spørsmål som tapper emosjonell informasjon sammenliknet med spørsmål som tapper nøytral informasjon (jmfr. Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002).
4. Barn med traumesymptomer av klinisk betydning vil oppgi mindre korrekt informasjon og vise større grad av feilhukommelse enn barn som ikke viser symptomer over klinisk grense (jmfr. Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002).
5. Vi undersøker om skårer på total PTSD-skala (Alexander et al., 2005) og traumesymptomene gjenopplevelse/påtrengende tanker (Yuille & Cutshall, 1989, referert i Yuille et al., 1994), økt fysiologisk aktivering og sinne (Christianson, 1992), seksuelle bekymringer (Goodman et al., 2003), angst (Coles & Heimberg, 2002) og depresjon (Ridout et al., 2003) vil være forbundet med større grad av korrekt informasjon og mindre grad av feilhukommelse. Videre utforsker vi om traumesymptomene unngåelse (Eisen & Goodman, 1998) og dissosiasjon (Goodman et al., 2010; Chae et al., 2011; Eisen et al., 2007) vil være forbundet med mindre grad av korrekt informasjon og større grad av feilhukommelse.

## METODE

### Design

Studien er en del av forskningsprosjektet "Plasseringsstudien" som utføres ved Enheten for Kognitiv Utviklingspsykologi (EKUP) på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo. Studien har som formål å studere ulike aspekter knyttet til barns og foreldres opplevelse av en omsorgsovertagelse i regi av barnevernet.

Hovedstudien har et naturalistisk kvasiexperimentelt design. Den er utformet som en prospektiv longitudinell studie og består av et 2 (plasseringsbetingelse: akutt eller planlagt plassering) x 3 (tidspunkt for intervju: én uke, tre måneder eller ett år etter plassering) blandet faktorielt design. En forsker er tilstede under plasseringene av barna. Forskeren foretar observasjoner og registreringer av hendelsesforløpet og de emosjonelle reaksjonene de berørte personene uttrykker. Ved å benytte en observatør under alle plasseringene har man mulighet til å innhente utdypende informasjon om hendelsene som studeres. Av etiske grunner randomiseres ikke barna til de ulike plasseringstypene og av denne grunn er studien kvasiexperimentell. Barnet og en av barnets biologiske foreldre blir intervjuet om forhold rundt plasseringen én uke, tre måneder og et år etter plasseringen fant sted. Målgruppen er barn mellom 3-12 år, da intervjuene krever at barna kan uttrykke seg verbalt om plasseringen. Saksbehandlere i barnevernet intervjues i etterkant av plasseringen og saksopplysninger innhentes. Barna blir testet i språkferdigheter og falsk hukommelse, i tillegg til at omsorgsgiverne fyller ut atferdsmål som beskriver barna.

Denne studien har et blandet faktorielt design hvor våre uavhengige variabler er plasseringstype, spørsmålstype og traumesymptomer over og under klinisk grense. De avhengige variabler er barnas traumesymptomer og hukommelsesmål. Vi vil undersøke variablene på to tidspunkter: én uke og tre måneder etter plasseringen.

### Etiske vurderinger

Det å skille et barn fra sine primære omsorgsgivere anses som en stressende og potensielt traumatisk opplevelse for både barnet og omsorgsgiverne. I forkant av studiens oppstart var det derfor nødvendig å foreta grundige etiske overveielser. Hensynet til deltageres mulige negative belastninger som følge av studien ble vektet opp mot fordelene ved å innhente

verdifull kunnskap om barns og foreldres opplevelse av, og reaksjoner på, denne type stressende hendelse. Prosjektet ble vurdert av Rådet for taushetsplikt og forskning og fikk godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK), konsesjon fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og tilråding fra Datatilsynet.

I de planlagte plasseringene blir foreldrene kontaktet før omsorgsovertagelsen finner sted. Foreldrene får informasjon om prosjektet, de blir spurt om de er villige til å delta i studien og det blir innhentet et informert samtykke. Ved de akutte plasseringene er det ikke mulig å innhente informert samtykke i forkant av plasseringen, da foreldrene ikke er informert om at omsorgsovertagelsen vil finne sted. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet ga i disse sakene unntak fra å innhente samtykke før plasseringen. Kort tid etter akutt-plasseringen blir foreldrene derfor kontaktet. De blir informert om hensikten med prosjektet og spurt om de ønsker å delta. Ønsker de å delta innhentes informert samtykke. Ønsker de ikke å delta vil all informasjon som er innhentet makuleres og det gjøres ingen videre oppfølging av saken fra prosjektets side. I alle sakene blir foreldrene informert om at de når som helst kan trekke tilbake sitt informerte samtykke uten å oppgi årsaken til dette. Alle data blir behandlet i henhold til kravene for konfidensialitet.

Forskeren som er tilstede under omsorgsovertagelsene presenterer seg som forsker fra Universitetet i Oslo. Forskeren inntar en nøytral observatørrolle for ikke å påføre verken barn eller omsorgsgivere ytterligere stress. I mange tilfeller vil foreldrene ha et anstrengt forhold til barnevernet. Det er derfor viktig å presisere at forskeren ikke jobber i barnevernet, men representerer en uavhengig instans med taushetsplikt.

Foreldrene gir et informert samtykke til deltakelse i prosjektet på vegne av barnet og seg selv. Det informerte samtykket er utformet etter generelle retningslinjer fra Helsinki-deklarasjonen (1964, revidert 2008). Ved forskning som involverer sårbare barn kreves det at det tas hensyn til barnets meninger (Fisher, 2004). Et informert samtykke fra barnet innhentes derfor før hvert oppfølgingsintervju. Forskeren som intervjuer barnet informerer om prosjektet på en forståelig og aldersadekvat måte. Barnet får mulighet til å stille spørsmål og eventuelt trekke seg fra studien. Barnet får vite at det ikke trenger å besvare spørsmål det ikke ønsker å svare på.



## Utvalg

Familiene som deltar i studien ble rekruttert gjennom et samarbeid med tretti barnevernkontorer fra fire fylker i Norge (Akershus, Buskerud, Oslo og Østfold). Alle deltakerne i studien er involvert i pågående barnevernssaker hvor alvorlig omsorgssvikt mistenkes eller er kjent. På grunnlag av dette har barnevernet besluttet å foreta en omsorgsovertagelse. Barnevernet tar kontakt med forsker i prosjektet når tid og sted for omsorgsovertagelsen er bestemt. I noen tilfeller skal flere søsken plasseres og forsker vil da fokusere på ett av barna. For å velge ut hvilket barn som skal inkluderes i studien benyttes følgende kvasirandomiserte utvalgsprosedyre: I familier hvor det er to barn i målgruppen vil det yngste og det eldste barnet velges annenhver gang. I familier hvor det er flere enn to barn i målgruppen velges det mellomste barnet. Er det et likt antall søsken i familien i målgruppen vil gjennomsnittsalderen beregnes, og barnet nærmest denne alderen blir valgt ut. I hovedstudien følges barn, foreldre og saksbehandler opp etter plasseringen, men i denne studien benyttes kun data for barna. Materiale fra foreldre og saksbehandlere vil ikke bli videre omtalt.

Det foreløpige utvalget i "Plasseringsstudien" består av 42 barn. Denne studien er basert på et utvalg bestående av 41 barn fordelt på 19 gutter og 22 jenter (53,7 %). Gjennomsnittsalderen for disse barna var 8,2 år (SD=2,8 år) ved plasseringstidspunktet. Plasseringene var planlagte (n=14) eller akutte (n=27, 65,9 %). Gjennomsnittsalderen var 8,1 år (SD=3,0 år) ved planlagte plasseringer og 8,3 år (SD=2,8 år) ved akutte plasseringer. Hovedårsaken til plasseringene var mishandling i 16 av sakene og forsømmelse i 25 (61 %) av sakene.

Årsaken til at vår studie har én mindre deltaker enn hovedstudien er at foreldrene har trukket tilbake sitt samtykke til deltakelse (n=1) og datamaterialet er derfor fjernet. Datamaterialet i studien er imidlertid ufullstendig, derfor benyttes mindre utvalg i analysene. Det mangler to hukommelsesintervjuer ved oppfølging én uke etter plasseringen (tid 1) og åtte hukommelsesintervjuer ved oppfølging tre måneder etter plasseringen (tid 2). Trauma Symptom Check List for Young Children (TSCYC) er ikke fylt ut for syv barn ved tid 1 og for ti barn ved tid 2. Ved tid 1 og tid 2 har vi datamateriale for både TSCYC og hukommelsesintervju for henholdsvis 32 og 30 saker.

## Målinger

### *Observasjonsskjemaet*

Under plasseringen benytter observatøren et sekvensielt og detaljert observasjonsskjema for å kartlegge omsorgsovertagelsen. Skjemaet er utarbeidet for ”Plasseringsstudien” og er basert på Barnevernloven (1992), retningslinjer fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og en av forskernes egne erfaringer fra mange års arbeid i barnevernet. Observasjonsskjemaet er delt inn i syv faser (se figur 3). Observatøren noterer hvilke personer som er tilstede, informasjon om hendelsesforløpet samt registrerer affektive, verbale og fysiske tilstander hos barnet, foreldrene og andre betydningsfulle personer. Observasjonsskjemaet benyttes for å kontrollere korrektheten av informasjonen barna oppgir i hukommelsesintervjuet. Utover å benytte observasjonsdataene som kontrollmateriale for hukommelsesintervjuene, vil disse dataene ikke benyttes i studien. Dataene omtales av den grunn ikke nærmere.

**Figur 3.** Omsorgsovertagelsens syv faser

Fase	Beskrivelse
1	Barnevernet ankommer for å flytte barnet
2	Barnevernet snakker med og gir informasjon til barnet/foreldre
3	Pakking
4	På vei til ny omsorgsbasis
5	Ankomst til ny omsorgsbasis
6	Informasjon blir gitt til ny omsorgsbasis
7	Foreldrene og/eller barnevernet tar avskjed med barnet

### *Hukommelsesintervjuet*

Alle barna i studien ble intervjuet med det samme strukturerte hukommelsesintervjuet på intervjutidspunktene (se vedlegg 1). Samme intervju ble benyttet uavhengig av plasseringstype. Intervjuprotokollen er delt inn i fire deler, hvor del 1 (spørsmål 1-6) består av innledende spørsmål knyttet til de biologiske foreldrene og beredskaps-/fosterforeldrenes bo- og familiesituasjon. Del 2 og 3 (spørsmål 7-59) består av spørsmål knyttet til dagen barnet ble plassert. Del 4 (spørsmål 60-74) består av spørsmål knyttet til tiden etter plasseringsdagen. Det blir tatt lydopptak av alle intervjuene og intervjuer skriver ned stikkord i

intervjuprotokollen underveis. Intervjuene blir senere transkribert på PC. I noen få tilfeller har foreldrene ikke ønsket at intervjuet tas opp på bånd og dette er blitt respektert.

Intervjuet er utformet etter internasjonalt anerkjente retningslinjer for intervju av barn (Lamb et al., 2007; Goodman & Melinder, 2007; Melinder & Korkman, 2010). De første spørsmålene i intervjuet er åpne spørsmål om hvem som bor i barnets familie og hvem barnet bor sammen med nå. Etter dette bes barnet om å fortelle fritt det barnet husker fra plasseringsdagen ("Jeg vet at \_\_ og \_\_ fra barnevernet kom og hentet deg og at du flyttet hit. Jeg var ikke med da, så jeg vil at du skal fortelle meg alt du husker fra den dagen de kom og du flyttet hit"). Barnet oppfordres så til å fortelle mer fra denne dagen ("Fortell alt du husker fra den dagen, selv om du tenker at det ikke er så viktig"). Etter dette stilles barnet åpne fokuserte spørsmål ("Da \_\_ og \_\_ fra barnevernet kom inn i huset/skolen/barnehagen din og du så dem, hva gjorde du da?") direkte ja/nei spørsmål ("Var det noen som hylte/gråt da barnevernet var hos dere for å flytte deg? Hvem?"), spørsmål med tvungne valg ("Hvor var du da barnevernet kom? Var du hjemme, på skolen, barnehagen eller noe annet sted da barnevernet kom? Hvis du var et annet sted, hvor var du?"), og spørsmål basert på falsk hukommelsesinformasjon ("Hadde barnevernet med seg en hund da de hentet deg?"). Barnet blir stilt oppfølgingsspørsmål underveis ("Er det noe mer?").

Spørsmålstypene får frem ulik type informasjon. Åpne spørsmål gir barnet mulighet til å fortelle fritt fra plasseringen. Åpne fokuserte spørsmål inneholder detaljer barnet allerede har oppgitt og benytter disse detaljene for å fremme økt gjenhenting av informasjon. Direkte spørsmål er mer strukturerte og dirigerer barnets oppmerksomhet mot temaer som barnet selv ikke nødvendigvis har tatt opp. Disse spørsmålene kan få frem mer informasjon enn de åpne spørsmålene da intervjuer leder barnet inn på bestemte temaer. Direkte spørsmål kan imidlertid fremkalle feilaktige responser (Melinder, 2011). Oppfølgingsspørsmål kan føre til at barnet forteller flere detaljer fra hendelsen (Bahrick et al., 1998). Spørsmål basert på falsk hukommelse ble inkludert for å studere hvordan barn påvirkes av spørsmål som inneholder feilaktig informasjon. Spørsmålene er organisert i kronologisk rekkefølge i henhold til plasseringens ulike faser. Spørsmålene berører informasjon om tidspunkt på dagen plasseringen fant sted, hvem som var tilstede, hva det ble snakket om, emosjonelle reaksjoner, hva barnet hadde med seg under flyttingen og så videre. Intervjuets siste del er av kvalitativ karakter og vil ikke benyttes i denne studien.

I utgangspunktet skal alle spørsmål stilles, men det blir gjort unntak hvis spørsmålet er irrelevant for deltakeren. Et eksempel på et slikt unntak er at barnet ikke stilles spørsmål om foreldrenes reaksjoner dersom foreldrene ikke var tilstede i fasen hvor barnet ble flyttet til den nye omsorgsbasen (se spørsmål 55-58 i intervjuguiden, vedlegg 1). Videre har spørsmål blitt utelatt hvis barnet har uttrykt at det ikke ønsket å svare eller hvis det viste tegn til ubehag da spørsmålet ble stilt. Så langt det er mulig ble det forsøkt å benytte samme intervjuer på alle intervjutidspunktene for hver deltaker. Til nå er det er åtte forskere som har gjennomført intervjuene. Ved intervjuets slutt mottar barnet en symbolsk gave som takk for innsatsen.

### *Koding av hukommelsesintervjuene*

Observasjonsskjemaet forsker fylte ut på plasseringsdagen ble benyttet til å kontrollere korrektheten av informasjonen barna ga i hukommelsesintervjuene. I noen tilfeller ga barna informasjon som ikke omhandlet forhold ved plasseringsdagen. Barnevernet ble da kontaktet slik at korrektheten av denne informasjonen kunne bekreftes/avkreftes. Spørsmålene i hukommelsesintervjuene ble inndelt i fem hovedgrupper: (1) åpne spørsmål (n=13), (2) åpne fokuserte spørsmål (n=21), (3) direkte ja/nei spørsmål (n=19), (4) tvungne valg (n=4), (5) falsk hukommelsesspørsmål (n=4). Kategoriene direkte ja/nei spørsmål er slått sammen med kategorien tvungne valg og har fått navnet direkte spørsmål. I vår studie benyttes derfor spørsmålskategoriene åpne spørsmål, åpne fokuserte spørsmål, direkte spørsmål og falsk hukommelsesspørsmål (se vedlegg 3 for hvilke spørsmål som inngår i de ulike kategoriene).

All narrativ informasjon gitt av barna under spørsmålskategoriene ble skåret som informasjonsenheter (Units of Information, UoI). Skåringen av informasjonsenheter er i samsvar med tidligere studier av barns hukommelse (Alexander et al., 2002). For eksempel vil svaret ”Sa ha det også løp jeg opp på rommet og begynte å pakke ut” skåres som ni informasjonsenheter: ”sa”, ”ha det”, ”fløy”, ”jeg”, ”opp”, ”på rommet”, ”begynte”, ”pakke” og ”ut”. Gjentatt informasjon skåres ikke. For spørsmålskategoriene åpne, direkte og åpne fokuserte spørsmål summeres alle informasjonsenheterne i hovedkategoriene *korrekte* eller *uriktige informasjonsenheter*. For spørsmålskategorien falske spørsmål summeres alle informasjonsenheterne i hovedkategoriene *falske positive (commission error)* og *korrekt avvisning*.

Hovedkategorien *korrekte* består av informasjonsenheter fra kategoriene *treff* (barnet oppgir korrekt informasjon), *korrekt avvisning* (barnet avviser uriktig informasjon) og *korrekt*

*utbroderende informasjon* (barnet oppgir informasjon som er korrekt, men som ikke knytter seg direkte til spørsmålet som er stilt). Hovedkategorien *uriktige* består av informasjonsenheter fra kategoriene *feil opplysninger* (barnet sier noe som ikke kan verifiseres som korrekt) og *utelatelse* (barnet utelater informasjon på et direkte spørsmål). Informasjon som ikke var mulig å bekrefte ble skåret som *uverifiserbar*. I de tilfeller hvor barnet svarte ”jeg vet ikke”, ble dette skåret i kategorien *vet ikke*. Kategorien *uskårbar* inneholder informasjon som ikke er mulig å kode, og kategorien *tvetydig* henviser til vag, uklar eller tvetydig informasjon. Kategoriene *uverifiserbar*, *vet ikke*, *uskårbar* og *tvetydig* er skåret, men de er tatt ut av materialet før videre analyser. Kategorien *falske spørsmål* deles inn i tre underkategorier: *falske positive* (barnet godtar informasjon som er feilaktig), *korrekt avvisning* (barnet avviser informasjon som er feil) og *husker ikke*. Kategorien *husker ikke* er fjernet før videre analyser.

Variablene som benyttes i våre analyser summerer opp alle korrekte og uriktige informasjonsenheter innenfor spørsmålskategoriene åpne, direkte, åpne fokuserte og falske spørsmål. Av årsaker nevnt tidligere vil ikke alle spørsmålene stilles i alle sakene. Det korrigeres derfor for dette i analysene. Ved åpne, direkte og åpne fokuserte spørsmål summeres korrekte og uriktige informasjonsenheter hver for seg, og deles på antall spørsmål stilt til den enkelte deltager innenfor hver spørsmålskategori. Ved falske spørsmål summeres informasjonsenheter for falske positive og korrekt avvisning hver for seg, og deles på antall spørsmål stilt innenfor hver kategori.

For å etablere reliabilitet ved koding av intervjuene ble følgende prosedyre fulgt. To forskere fikk opplæring i skåringsprosedyrene av veileder. Deretter skåret de fem barneintervjuer i fellesskap for å danne en felles forståelse for skåringen av informasjonsenheter og inndelingen av de ulike informasjonsenhetskategoriene. De to forskerne kodet så seks intervjuer hver for seg. De oppnådde 90 prosent samsvar ved bruk av det statistiske reliabilitetsmålet prosent enighet (percent agreement). Eventuelle uenigheter ble løst. Begge forskerne har videre kodet intervjuene i studien.

### *Emosjonelle og nøytrale spørsmål*

Studien undersøker forskjeller mellom emosjonelle og nøytrale spørsmål. Tre emosjonelle og tre nøytrale spørsmål ble hentet fra hukommelsesintervjuet. For å finne ut hvilke spørsmål som skulle kategoriseres som emosjonelle og nøytrale diskuterte og valgte forfatterne av

studien ut aktuelle spørsmål. Kriteriet for valg av emosjonelle spørsmål var at spørsmålene omhandlet aspekter ved plasseringen som kan oppleves stressende for barnet. Spørsmålene ble så diskutert med en annen forsker ved prosjektet som samtykket til utvalget. Spørsmålene ble deretter vurdert av veileder/klinisk psykolog som anbefalte noen korrigeringer før hun samtykket til utvalget. De emosjonelle spørsmålene er: (1) Når skal du møte mor/mor og far neste gang? (spm.32), (2) Det er ofte vanskelig både for barn og voksne når barna må flytte. Hvordan var det for deg når barnevernet kom for å flytte deg? (spm.34) og (3) Gråt noen da barnevernet kom for å hente deg og du flyttet hit? Hvem? (spm.35). De nøytrale spørsmålene er: (1) Men først vil jeg få høre hvem som bor i familien din. Kan du fortelle meg hvem som bor i familien din? (spm.1), (2) Hva slags farge var det på bilen? (spm.25) og (3) Hva slags hårfarge hadde \_\_\_ og \_\_\_ fra barnevernet? (spm.27).

#### *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) er et 90-punkts rapporteringsmål for barn mellom 3-12 år (se vedlegg 2). Vurderinger av barns traume- og misbruksrelaterte symptomatologi rapporteres av barnets nåværende omsorgsgiver. Ved å benytte en firepunkts vurderingsskala (aldri, noen ganger, ofte, svært ofte) vurderer rapportøren hvert symptom ut fra hvor ofte den aktuelle atferden er observert hos barnet i løpet av den siste måneden. TSCYC inneholder to validitetsskalaer, åtte kliniske skalaer og en total posttraumatisk stress skala (Briere et.al., 2001).

Ved utfylling av rapporteringsskjemaet kan det oppstå problemer. Omsorgsgiver kan intensjonelt eller ikke intensjonelt feilrapportere barnets psykologiske tilstand. TSCYC inneholder derfor to validitetsskalaer for å vurdere den nåværende omsorgsgiverens rapporteringsstil og faktiske kjennskap til barnet. Disse to validitetsskalaene vurderer potensiell overrapportering, atypiske responser (Atypical Response, ATR) og underrapportering (Response Level, RL) av barnets symptomer. I tillegg inneholder TSCYC et estimat av antall timer omsorgsgiver tilbringer med barnet i løpet av uken. Dette angis på en skala fra 1 (0-1 timer) til 7 (over 60 timer).

TSCYC inneholder åtte kliniske skalaer: Post-traumatisk stress – gjenopplevelse/påtrengende tanker (Post-traumatic Stress – Intrusion), Post-traumatisk stress – unngåelse (Post-traumatic Stress – Avoidance), Post-traumatisk stress – økt fysiologisk aktivering (Post-traumatic Stress – Arousal), Seksuelle bekymringer (Sexual Concerns), Dissosiasjon (Dissociation), Angst

(Anxiety), Depresjon (Depression) og Sinne/Aggresjon (Anger/Aggression). I tillegg inneholder TSCYC en total posttraumatisk stress skala. Samlet gir disse skalaene en detaljert evaluering av posttraumatiske stressymptomer hos barnet, en tentativ PTSD-diagnose, samt informasjon om andre symptomer som abnormal seksuell atferd, dissosiasjon, angst, depresjon og sinne. Eksempler på atferd som vurderes er: Barnet har hatt problemer med å sitte stille. Barnet har hatt problemer med å huske vanskelige ting som har skjedd tidligere. Barnet har vært redd for å være alene. Barnet har laget tegninger av seksuell karakter. De kliniske skalaene i TSCYC viser god reliabilitet (Briere et al., 2001; Pollio, Glover-Orr & Wherry, 2008).

Ved skåring av TSCYC benyttes T-skårer. T-skårer mellom 65-69 indikerer problematisk fungering på et subklinisk nivå og T-skårer på eller over 70 indikerer problematisk fungering over klinisk grense (Briere, 2005). Ved hypotese 4 benytter vi en samlekategori som inneholder skårer på subklinisk og klinisk nivå (TSCYC > 65) for alle de åtte kliniske skalaene i TSCYC. Denne kategorien kalles traumesymptomer over klinisk grense/klinisk signifikante traumesymptomer.

## **Prosedyre**

### *Den første kontakten med familien*

Ved de planlagte plasseringene spør barnevernet de biologiske foreldrene om tillatelse til å kontakte forsker før plasseringen finner sted. Hvis tillatelse gis, kontakter forsker foreldrene og informerer om studien. Et informert samtykke innhentes fra de som ønsker å delta. Barnevernet informerer forsker om tid og sted for plasseringen. Forsker er tilstede under hele plasseringsprosessen, fra barnevernet møter og henter barnet, til barnet er plassert på institusjon eller i et beredskaps-/fosterhjem. Forsker nedtegner sine observasjoner og fyller ut et sekvensielt observasjonsskjema under denne prosessen.

Ved en akutt plassering vil kun barnevernet kjenne tid og sted for plasseringen. Forsker blir derfor kontaktet direkte av barnevernet og møter opp på avtalt sted. Som ved de planlagte plasseringene er forsker tilstede under hele plasseringsprosessen og forsker fyller ut det samme sekvensielle observasjonsskjemaet. Kort tid etter at plasseringen har funnet sted kontakter forsker de biologiske foreldrene. Foreldrene blir spurt om de ønsker å delta i prosjektet. Samtykker de til deltakelse, innhentes et informert samtykke.

### *Oppfølging etter én uke*

En uke (+/- én dag) etter plasseringen besøker en forskningsassistent barnet i dets nåværende omsorgsbasis. For å forhindre en eventuell gjenkjenningseffekt er dette en annen person enn den som var tilstede under plasseringen. Forsker informer barnet om prosjektet på en aldersadekvat måte og innhenter samtykke til deltakelse samt tillatelse til å ta opp intervjuet på lydopptaker. Barnet blir så intervjuet med hukommelsesintervjuet. Under besøket blir omsorgsbasisen bedt om å fylle ut TSCYC-skjemaet.

### *Oppfølging etter tre måneder*

Tre måneder etter plasseringen blir barnets omsorgsbasis på nytt kontaktet. Et nytt samtykke til deltakelse og tillatelse til å ta opp intervjuet på lydopptaker innhentes fra barnet. Barnet blir intervjuet med det samme hukommelsesintervjuet som ved førstegangsoppfølgingen. Barnets nåværende omsorgsgiver blir bedt om å fylle ut TSCYC-skjemaet på nytt.

## **Statistiske metoder**

For å undersøke hypotesene ble SPSS / PASW Statistics 18 benyttet i utførelsen av de statistiske analysene. To typer t-tester ble benyttet, uavhengig t-test (independent samples t-test) og parett t-test (paired samples t-test), for å undersøke signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsverdier i to datasett. Ved både uavhengige t-tester og parede t-tester ble effektstørrelsen ( $\eta^2$ ) benyttet som et statistisk mål for å indikere størrelsen på eventuelle gruppeforskjeller. Ved uavhengige t-tester regnes effektstørrelsen ut med denne formelen:  $\eta^2 = t^2 / (t^2 + (N-2))$  (Pallant, 2007, s. 236). Ved parede t-tester regnes effektstørrelsen ut fra følgende formel:  $\eta^2 = t^2 / (t^2 + (N-1))$  (Pallant, 2007, s. 240). Effektstørrelsene på t-testene indikerer følgende: .01 (liten effekt), .06 (moderat effekt) og .14 (stor effekt) (Cohen, 1988, ref. i Pallant, 2007, s. 236). Signifikansnivået er satt til  $p < .05$ . hvis ikke annet er oppgitt.

Bivariate korrelasjoner ble brukt for å undersøke styrken og retningen på forholdet mellom to variabler. Pearson produkt-moment korrelasjonskoeffisient ble benyttet for å måle den underliggende lineære avhengigheten mellom de to variablene. Ved hypotese nummer fem benyttes flere korrelasjonsanalyser for å undersøke eventuelle sammenhenger. Sjansen for type I-feil, at en avdekker en statistisk signifikant sammenheng mellom variablene når det i realiteten ikke finnes en slik sammenheng, øker med antallet korrelasjonsanalyser som utføres. For å redusere risikoen for denne type feil, kan signifikansnivået på korrelasjonene tas



i betraktning. Sterkere signifikansnivåer minsker sjansen for at type I-feil slutes, samtidig som sjansen for å begå type II-feil øker.

Blandede variansanalyser (mixed ANOVAs) ble brukt for å undersøke eventuelle effekter av de uavhengige variablene. Ved hypotese 2 ble tid benyttet som innengruppevariabel og plasseringstype ble benyttet som mellomgruppevariabel innenfor de ulike spørsmålskategoriene. Ved hypotese 3 kunne variansanalyser med to innengruppevariabler, spørsmålstype (emosjonelle og nøytrale spørsmål) og tid, vært benyttet. Ved hypotese 4 kunne variansanalyser med en mellomgruppevariabel (traumesymptomer over og under klinisk grense) og en innengruppevariabel (tid) vært benyttet. På grunn av utvalgenes størrelser ved hypotesene 3 og 4 (se resultater for utvalgsstørrelser) ble t-tester benyttet istedenfor.

## RESULTATER

### 1. Endring i traumesymptomer

Vi ønsket å undersøke om nivåer av traumesymptomer hos barna endret seg over tid. Det ble benyttet en paret t-test for å sammenligne traumesymptomer på T1 (én uke) og T2 (tre måneder). Vi fant at tre av traumesymptomene fra TSCYC økte over tid: unngåelse ( $t(27) = -2.251, p < .033, \eta^2 = .158$ ), seksuelle bekymringer ( $t(27) = -2.463, p < 0.020, \eta^2 = .165$ ) og sinne ( $t(27) = -2.131, p < 0.042, \eta^2 = .144$ ). Effektstørrelsen var stor i alle disse sammenligningene. De øvrige traumesymptomene var stabile mellom én uke og tre måneder etter plasseringen.

**Tabell 1.** Gjennomsnitt og standardavvik ved TSCYC etter én uke og tre måneder

	Én uke	Tre måneder	P-verdi
Påtrengende tanker	55.29 (15.107)	56.18 (14.614)	0.812
Unngåelse	56.14 (9.435)	64.89 (18.764)	0.033*
Aktivering	56.93 (15.879)	56.57 (11.676)	0.910
Seksuelle bekymringer	47.46 (3.656)	54.79 (15.966)	0.020*
Dissosiasjon	52.86 (10.430)	52.00 (9.568)	0.708
Angst	50.75 (11.962)	53.54 (11.896)	0.261
Depresjon	57.18 (14.614)	55.89 (11.180)	0.710
Sinne	46.75 (6.496)	50.75 (9.571)	0.042*
Total	57.43 (14.561)	60.50 (14.941)	0.369

Verdier er angitt som gjennomsnitt (standardavvik)

N = 28

\*Indikerer statistisk signifikans på  $p < 0.05$  nivå

TSCYC, Trauma Symptom Check List for Young Children

### 2. Hukommelse hos akutt plasserte og planlagt plasserte barn

Akutt plasserte barn ble antatt å oppgi mer korrekt og mindre uriktig informasjon om plasseringen enn planlagt plasserte barn innenfor spørsmålskategoriene åpne, direkte og åpne fokuserte spørsmål. Det ble videre antatt at mengde korrekte og uriktige informasjonsheter

ville være stabile over tid for alle spørsmålskategoriene. Variansanalyser ble benyttet for å teste hypotesene hvor vi la inn mengde korrekt og uriktig informasjon som avhengige variabler og plasseringstype som mellomgruppevariabel samt tid som innengruppevariabel. Det ble foretatt separate analyser for henholdsvis korrekte og uriktige informasjonenheter innen spørsmålskategoriene åpne spørsmål, direkte spørsmål og åpne fokuserte spørsmål.

#### *Åpne spørsmål*

Analysene av korrekt og uriktig informasjon innen spørsmålskategorien åpne spørsmål viste ingen signifikante hoved- eller interaksjonseffekter.

#### *Direkte spørsmål*

Analysene av korrekt og uriktig informasjon innen spørsmålskategorien direkte spørsmål viste ingen signifikante hoved- eller interaksjonseffekter.

#### *Åpne fokuserte spørsmål*

Mengde uriktig informasjon viste en signifikant reduksjon mellom én uke og tre måneder etter plasseringen,  $F(1,30) = 4.916, p < .05., partial \eta^2 = .14$ . Effektstørrelsen var stor. Det var ingen andre signifikante effekter ved mengde uriktig informasjon,  $F's < 1.829, p's > .186, partial \eta^2 > .00$ . Videre viste analysene ingen signifikante hoved- eller interaksjonseffekter ved mengde korrekt informasjon.

**Tabell 2.** Gjennomsnitt og standardavvik ved mengde uriktig informasjon innenfor åpne fokuserte spørsmål etter én uke og tre måneder

	Planlagt (n=12)	Akutt (n=20)
Gjennomsnittlig UoI etter én uke	.44 ( .30)	.31 ( .27)
Gjennomsnittlig UoI etter tre måneder	.36 ( .26)	.23 ( .28)

Verdier er angitt som gjennomsnitt (standardavvik)

UoI, Units of Information

Analysene viste ingen signifikante forskjeller i mengde korrekt eller uriktig informasjon mellom akutt plasserte og planlagt plasserte barn innenfor de ulike spørsmålskategoriene. Funnene går i mot vår hypotese. Analysene for åpne og direkte spørsmål bekreftet vår

hypotese om at mengde korrekt og uriktig informasjon er stabil over tid. Analysene for åpne fokuserte spørsmål ga ulike resultater. Analysene viste at mengde korrekt informasjon er stabil over tid. Imidlertid fant vi en signifikant reduksjon av uriktig informasjon over tid. Dette funnet går imot vår hypotese. Vi fant ingen signifikante interaksjonseffekter mellom plasseringstype og tid innenfor spørsmålskategoriene.

### **3. Nøytrale og emosjonelle spørsmål**

Vi antok at barna ville huske mer korrekt og mindre uriktig informasjon på spørsmål som tapper emosjonell informasjon sammenliknet med spørsmål som tapper nøytral informasjon. Parede t-tester ble utført for å undersøke forskjellene i mengde korrekt og uriktig informasjon mellom disse spørsmålsgruppene for henholdsvis tid 1 og tid 2. I tråd med våre hypoteser fant vi en statistisk signifikant forskjell mellom nøytrale og emosjonelle spørsmål i mengde korrekt informasjon ved tid 1 ( $t(36) = -3.815, p < .001, \eta^2 = .29$ ) og tid 2 ( $t(30) = -2.366, p < .025, \eta^2 = .16$ ). Effektstørrelsen var stor i begge disse sammenlikningene. Barna oppgir mer korrekt informasjon på emosjonelle spørsmål sammenliknet med nøytrale på begge tidspunkter. Imidlertid fant vi ingen signifikante forskjeller i mengde uriktig informasjon mellom spørsmålskategoriene på verken tid 1 eller tid 2.

**Tabell 3.** Gjennomsnitt og standardavvik ved emosjonelle og nøytrale spørsmål etter én uke og tre måneder

Én uke (N=37)	Nøytral	Emosjonelle	P-verdi
Gjennomsnittlig korrekte UoI	3.895 (3.616)	7.090 (6.253)	0.001**
Gjennomsnittlig uriktige UoI	0.446 (0.533)	0.496 (0.651)	0.692
Tre måneder (N=31)	Nøytral	Emosjonelle	P-verdi
Gjennomsnittlig korrekte UoI	3.677 (2.758)	6.618 (7.310)	0.025*
Gjennomsnittlig uriktige UoI	0.355 (0.413)	0.414 (0.613)	0.686

Verdier er angitt som gjennomsnitt (standardavvik)

UoI = Units of Information

\*Indikerer statistisk signifikans på  $p < 0.05$  nivå

\*\*Indikerer statistisk signifikans på  $p < 0.01$  nivå

#### 4. Kliniske signifikante traumesymptomer og hukommelse

Vi antok at barn som utviste klinisk signifikante traumesymptomer (skåre på TSCYC > 65) ville oppgi mindre korrekt informasjon og mer uriktig informasjon enn barn som ikke var en del av den kliniske gruppen (skåre på TSCYC < 65). Vi benyttet oss av uavhengige t-tester for å undersøke denne hypotesen. Analysene viste at det ikke var noen signifikant forskjell mellom mengde korrekt og uriktig informasjon rapportert av barn med klinisk signifikante traumesymptomer kontra barn uten klinisk signifikante traumesymptomer innenfor spørsmålskategoriene åpne, direkte og åpne fokuserte spørsmål. Dette var tilfellet både for analyser ved tid 1 (klinisk nivå n=16, subklinisk nivå n=16) og tid 2 (klinisk nivå n=19, subklinisk nivå n=11). Vi antok også at barn med klinisk signifikante traumesymptomer ville utvise større grad av feilhukommelse enn barn med skårer under den kliniske grenseverdien. Dette ble undersøkt ved bruk av uavhengige t-tester. Barnas nivåer av både korrekt avvisning og falske positive som respons på falske spørsmål ble undersøkt. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på verken korrekt avvisning eller falske positive. Dette var tilfellet ved både tid 1 (klinisk nivå n=16, subklinisk nivå n=21) og tid 2 (klinisk nivå n=19, subklinisk nivå n=10). Resultatene ga altså ikke støtte til vår hypotese.

## 5. Traumesymptomer og hukommelse

Vi antok at forhøyede skårer på den totale PTSD-symptomskalaen og traumesymptomene gjenopplevelse/påtrengende tanker, økt fysiologisk aktivering, depresjon, angst, sinne og seksuelle bekymringer ville være relatert til mer korrekt informasjon, mindre uriktig informasjon og mindre feilhukommelse innenfor alle spørsmålskategoriene. Vi antok at traumesymptomene unngåelse og dissosiasjon ville være relatert til mindre korrekt informasjon, mer uriktig informasjon og mer feilhukommelse innenfor alle spørsmålskategoriene. Hypotesene ble undersøkt med bivariate korrelasjonsanalyser.

Slik tabell 4 viser, ble det ved tid 1 funnet en positiv korrelasjon mellom angstsymptomer og korrekt informasjon på direkte spørsmål ( $r = .464, n = 31, p < .01$ ). Dette funnet var i samsvar med vår hypotese. Det ble funnet en positiv signifikant korrelasjon mellom angst og falske positive ( $r = .369, n = 31, p < .05$ ). Dette funnet går imot vår hypotese. Videre ble det funnet en positiv signifikant korrelasjon mellom depresjon og falske positive ( $r = .352, n = 32, p < .05$ ). Dette funnet gikk også i mot vår hypotese. Ingen signifikante sammenhenger mellom de andre traumesymptomene og spørsmålskategoriene ble funnet ved tid 1. Resultatene fra disse analysene ga ikke støtte til våre hypoteser.

Ved tid 2 ble det funnet en positiv korrelasjon mellom gjenopplevelse/påtrengende tanker og korrekt informasjon på åpne spørsmål ( $r = 0.397, n = 30, p < .05$ ). Dette funnet støtter vår hypotese. En positiv korrelasjon mellom seksuelle bekymringer og korrekt informasjon ved direkte spørsmål ble funnet ( $r = .538, n = 30, p < .01$ ). Dette funnet var i samsvar med vår hypotese. Samtidig ble det funnet en positiv korrelasjon mellom seksuelle bekymringer og korrekt informasjon på åpne fokuserte spørsmål ( $r = .409, n = 30, p < .05$ ). Dette funnet var også i samsvar med vår hypotese. Til slutt ble det funnet en positiv korrelasjon mellom seksuelle bekymringer og uriktig hukommelse på åpne spørsmål ( $r = .570, n = 30, p < .01$ ). Dette funnet gikk i mot vår hypotese. Ingen signifikante sammenhenger mellom de øvrige traumesymptomene og spørsmålskategoriene ble funnet ved tid 2. Resultatene fra disse analysene ga ikke støtte til våre hypoteser.

**Tabell 4.** Pearson produkt-moment korrelasjoner for gjennomsnittlig rapporterte informasjonsenheter og TSCYC ved tid 1

	Åpne spm.		Direkte spm.		Åpne fok. spm.		Falske spm.	
	Korrekte	Uriktige	Korrekte	Uriktige	Korrekte	Uriktige	Korr.avvis.	Falske pos.
TSCYC								
Påtrengende tanker	-.192	-.270	.122	.123	-.055	.027	-.104	.248
Unngåelse	-.128	-.073	-.101	.216	.034	-.249	-.016	.008
Aktivering	-.037	-.315	.259	.025	.028	-.053	.066	.282
Seksuelle bekymringer	.003	-.269	.079	-.207	.090	-.201	-.025	-.051
Dissosiasjon	-.130	-.140	-.007	.236	-.127	-.009	.043	.284
Angst	.086	-.236	.464**	-.112	.178	.055	-.136	.369*
Depresjon	-.023	-.251	.310	.142	.000	.155	-.068	.352*
Sinne	-.060	-.123	.201	.308	-.062	.057	.080	.341
Total	-.132	-.295	.159	.126	-.005	-.068	-.025	.256

\*. Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå /  $p < .05$

\*\* . Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå /  $p < .01$

N = 32. Data fra subskala angst mangler for en deltaker, N = 31

TSCYC, Trauma Symptom Checklist for Young Children

**Tabell 5.** Pearson produkt-moment korrelasjoner for gjennomsnittlig rapporterte informasjonsenheter og TSCYC ved tid 2

	Åpne spm.		Direkte spm.		Åpne fok. spm.		Falske spm.	
	Korrekte	Uriktige	Korrekte	Uriktige	Korrekte	Uriktige	Korr.avvis.	Falske pos.
TSCYC								
Påtrengende tanker	.397*	.346	.264	.061	-.023	-.034	-.051	.036
Unngåelse	.038	.273	.029	-.056	.022	.022	-.027	.144
Aktivering	.304	.112	-.063	.012	.097	.011	.260	-.068
Seksuelle bekymringer	.110	.570**	.538**	.200	.409*	.335	.124	.155
Dissosiasjon	-.058	-.270	.145	.018	.109	.000	.242	-.018
Angst	.302	.085	.080	-.100	.014	-.086	.114	-.009
Depresjon	.326	.231	.073	.024	.102	.173	.047	.095
Sinne	.299	.216	-.058	-.063	.043	.029	.257	-.231
Total	.277	.282	.069	-.005	.098	.012	.060	.064

\*. Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå /  $p < .05$

\*\* . Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå /  $p < .01$

N = 30 for åpne, direkte og åpne fokuserte spm. N = 29 for falske spm.

TSCYC, Trauma Symptom Checklist for Young Children



## DISKUSJON

I denne studien har vi undersøkt fem hypoteser. Kort oppsummert er våre hovedfunn at nivåer av traumesymptomer hos barna var stabile eller økte i styrke over tid. Plasseringstype så ikke ut til å ha betydning for hva barna husket fra omstendighetene rundt plasseringen. Barna husket mer korrekt informasjon om emosjonelle aspekter sammenliknet med nøytrale aspekter ved hendelsen. Traumesymptomer av klinisk betydning så ikke ut til å medføre endringer i mengde korrekt og uriktig hukommelse sammenliknet med traumesymptomer under klinisk nivå.

Samtidig tydet dataene på at ulike traumesymptomer kan ses i sammenheng med barnas respons på spørsmål om hva de husket fra plasseringssituasjonen. Høye nivåer av angst var forbundet med mer korrekt hukommelse innenfor direkte spørsmål. Høye nivåer av angst og depresjon var relatert til økt grad av falske positive svar på spørsmål med feilaktig informasjonsinnhold. Gjenopplevelse/påtrengende tanker var relatert til mer korrekt hukommelse innenfor åpne spørsmål. Funnene knyttet til seksuelle bekymringer og hukommelse pekte i to retninger. Høye nivåer av seksuelle bekymringer var relatert til mer korrekt hukommelse innenfor kategoriene direkte og åpne fokuserte spørsmål. Innenfor kategorien åpne spørsmål var seksuelle bekymringer derimot relatert til flere uriktige svar.

### **Endring i traumesymptomer over tid**

Den første hypotesen undersøkte hvordan traumesymptomer endrer seg over tid hos barn som har levd under omsorgssvikt og opplevd en omsorgsovertagelse. Analysene viste at symptomene unngåelse, seksuelle bekymringer og sinne økte i tidsperioden. Symptomene gjenopplevelse/påtrengende tanker, økt fysiologisk aktivering, dissosiasjon, angst, depresjon og total PTSD-skåre forholdt seg stabile gjennom tidsperioden.

Ulike årsaker kan medvirke til at rapporterte traumesymptomer øker i styrke fra én uke til tre måneder etter plasseringen. Barnets nye omsorgsgiver lærer barnet bedre å kjenne over tid. Dette kan føre til at omsorgsgiver i større grad er i stand til å observere symptomer hos barnet. Videre kan barnet ha lagt bånd på atferd og emosjonelle uttrykk i det stressende miljøet det har levd i. At barnet er flyttet til trygge omgivelser kan medføre at det nå våger å spille ut

symptomer. Barnet er i en vanskelig overgangsfase i tiden etter plasseringen. Frustrasjon og sinne er en vanlig reaksjon på stressende hendelser. Sinne kan forklares ut fra at barnet opplever den stressende hendelsen som urettferdig og at barnet ikke har fortjent dette (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Ettersom barnet forstår at separasjonen fra foreldrene vil vare over tid, kan barnet reagere med sterkere grad av sinne. At barnet viser økende grad av unngåelsesatferd kan skyldes at det ikke ønsker å binde seg til nye omsorgspersoner da det har opplevd at nære relasjoner brytes og forårsaker smerte og sorg. Omsorgssvikt er ofte assosiert med en usikker tilknytningsstil (Cicchetti & Barnett, 1991; Crittenden & Ainsworth, 1989). Usikker tilknytningsatferd vil i mange tilfeller medføre at barn avviser nye omsorgsgivere, trekker seg bort og fremstår som deprimerte (Stovall & Dozier, 2000).

Målingene foretas med et relativt kort mellomrom, i underkant av tre måneder. De fleste av symptomene er stabile i denne perioden. Mange av barna har opplevd alvorlig omsorgssvikt og viser høye nivåer av traumerelaterte symptomer. Det kan ta tid før slike symptomer avtar (La Greca et al., 1996; Wolfe et al., 2004). Flere av barna kan være i behov av profesjonell behandling for å oppnå symptomreduksjon. Vi vet ikke hvor mange av barna som har vært i behandling i tidsrommet, men det vil ofte ta tid før slike tiltak iverksettes.

Enkelte begrensninger ved analysene må fremheves. Studier viser at traumerelaterte symptomer underrapporteres når voksne skal vurdere barn (Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman & Knudson, 2005). Det er derfor mulig at barnas reelle traumesymptomnivå er høyere enn hva som har blitt rapportert av deres omsorgsgivere. Videre er det i åtte av tjuette tilfeller ulike observatører som har vurdert barnas symptomnivå henholdsvis én uke og tre måneder etter plasseringen. Bakgrunnen for dette er at enkelte av barna i denne perioden har flyttet fra beredskapshjem til fosterhjem eller er tilbakeført til sine biologiske foreldre. Ulike rapportører kan observere og vektlegge ulike symptomer, og dette kan utgjøre en konfunderende variabel som kan svekke validiteten av de rapporterte traumesymptomene.

### **Hukommelse hos akutt plasserte og planlagt plasserte barn**

Vår andre hypotese antok at akutt plasserte barn ville oppgi mer korrekt informasjon om forhold rundt omsorgsovertagelsen enn planlagt plasserte barn. Vi antok at barnas hukommelse for plasseringen ville være stabil i tidsrommet mellom én uke og tre måneder etter plasseringen.

Den første delhypotesen ble ikke bekreftet gjennom analysene. Analysene viste ingen signifikant forskjell mellom mengde korrekt eller uriktig informasjon rapportert av akuttplasserte kontra planlagt plasserte barn. Antakelsen om stabilitet i mengde hukommelse mellom de to måletidspunktene ble bekreftet for spørsmålskategoriene åpne og direkte spørsmål. Imidlertid viste mengde uriktig informasjon ved åpne fokuserte spørsmål en signifikant reduksjon mellom én uke og tre måneder.

Våre resultater antyder at plasseringstype ikke vil påvirke barnas hukommelse for plasseringen. Hypotesen om at akuttplasserte barn vil huske mer enn planlagt plasserte barn bygger på antakelsen om at stressende hendelser huskes bedre enn mindre stressende hendelser (Christianson, 1992). Akutte plasseringer ble antatt å være mer stressende enn planlagte plasseringer (Baugerud og Melinder, 2010). En mulig forklaring på vårt resultat kan være at akuttplasseringer ikke oppleves som mer stressende enn planlagte plasseringer. Både akutte og planlagte plasseringer kan være belastende opplevelser for barn. Til forskjell fra akuttplasseringer innebærer planlagte plasseringer at foreldrene har mulighet til å forberede barnet på hva som skal skje. Selv om barnet er forberedt på separasjonen kan det å skilles fra sine nærmeste omsorgsgivere oppleves som opprørende og stressende. Flere andre tilleggsfaktorer kan også tenkes å påvirke barnets stressnivå under plasseringen. Foreldrenes reaksjonsmåter vil kunne utgjøre en faktor. Sterke emosjonelle reaksjoner hos foreldrene vil kunne skape et høyt stressnivå hos barnet. Forskning viser at spesielt mindre barn benytter seg av foreldrenes emosjonsuttrykk for å regulere egen emosjonell tilstand (for oppsummering, se von Tetzchner, 2001). Ved at foreldrene kommuniserer frykt og sinne vil barnet forstå situasjonen som farlig, og barnet vil aktiveres emosjonelt. Hvordan barnevernet ivaretar barnet under plasseringen er en annen viktig faktor. Opplevelse av trygghet kan redusere stressreaksjoner ved stressende eller traumatiske hendelser (Cook, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2003). Opplevelse av kontroll og forutsigbarhet kan bidra til økt trygghet hos barn. Dersom barnevernet tilrettelegger plasseringen slik at barnet opplever situasjonen som forutsigbar og kontrollert kan dette medføre at barnet opplever plasseringen som mindre stressende.

Barnets omsorgssvikthistorie kan også ha betydning for hvordan plasseringen huskes. På bakgrunn av tidligere opplevelser kan barna ha utviklet traumesymptomer som påvirker hvordan stressende hendelser innkodes. Dette kan være en faktor som i større grad påvirker barnets evne til å rapportere informasjon om plasseringen enn plasseringstype. Hvordan disse

symptomgruppene påvirker hukommelsen for stressende eller traumatiske hendelser diskuteres senere.

I samsvar med vår hypotese var mengde korrekt og uriktig informasjon innenfor spørsmålskategoriene åpne og direkte spørsmål stabil over tid. Imidlertid fant vi en reduksjon i uriktig informasjon mellom én uke og tre måneder innenfor åpne fokuserte spørsmål. At barna oppgir mindre uriktig informasjon over tid øker barns troverdighet som vitner. Ulike faktorer kan tenkes å forklare en slik reduksjon. Forskning har vist at barn kan ha vansker med å gjenhente minner om stressende hendelser i nye omgivelser (Baugerud & Melinder, 2010). Ved første intervju hadde barnet bodd i beredskaps- eller fosterhjem i én uke og omgivelsene var nye. Barnet hadde heller ikke blitt intervjuet om hendelsen før og intervjusituasjonen var følgelig ukjent. Ved andregangsintervjuet hadde barna bodd i det nye hjemmet i ca. tre måneder og var kjent med intervjusituasjonen. Dette kan tenkes å være medvirkende faktorer til at barna oppgir mindre uriktig informasjon om plasseringen over tid. Det er også grunn til å tro at barna har snakket mer med voksne om plasseringen ved tremånedersintervjuet enn ved intervjuet én uke etter plasseringen. Jo mer en hendelse blir snakket om, jo bedre vil den huskes, gitt at samtalen bygger på korrekt hendelsesinformasjon (Melinder, 2011; Nelson & Fivush, 2000).

### **Emosjonelle og nøytrale spørsmål**

Den tredje hypotesen antok at barna ville oppgi mer korrekt og mindre uriktig informasjon på spørsmål som omhandlet emosjonelle aspekter sammenliknet med nøytrale aspekter ved plasseringen. Emosjonelle aspekter antas å være forbundet med mer stress hos barna enn nøytrale aspekter. Analysene ga støtte til denne hypotesen. Funnet bekrefter tidligere studier av hukommelse for stressende hendelser hos barn utsatt for omsorgssvikt. Studiene har vist at barn utsatt for omsorgssvikt kan gjengi informasjon om stressende hendelser med høy grad av korrekthet (Baugerud & Melinder, 2010; Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002). Funnene støtter Christiansons hypotese (1992) om at stress medfører økt oppmerksomhet for kjerneelementer ved den stressende hendelsen, og dette resulterer i bedret innkodning og hukommelse for hendelsen. Funnet tyder på at det er meningsfullt å skille mellom emosjonelle og nøytrale aspekter ved samme stressende hendelse. Det er grunn til å tro at emosjonelle aspekter er mer aktiverende for barna enn nøytrale aspekter, og barna husker derfor emosjonelle aspekter ved hendelsen med større grad av korrekthet enn de nøytrale

aspektene. Tidligere analyser i denne studien har ikke skilt mellom emosjonelle og nøytrale aspekter ved utforskning av barnas hukommelse og disse analysene har ikke gitt signifikante funn. Det å skille mellom emosjonelle og nøytrale aspekter ved samme stressende hendelse kan derfor være relevant for fremtidig forskning innenfor feltet.

Enkelte svakheter ved analysene kan bemerkes. Utvalget av spørsmål som skulle inngå i henholdsvis emosjonelle og nøytrale spørsmål ble foretatt gjennom diskusjon mellom tre forskere og veileder/klinisk psykolog. For å øke validiteten av spørsmålsutvalget kunne det vært etablert en reliabilitetsprosedyre hvor forskerne og veileder/klinisk psykolog valgte ut spørsmål til kategoriene hver for seg og samsvaret mellom de separate utvalgene kunne estimeres som et mål på reliabilitet. Validiteten av spørsmålskategoriene kunne på denne måten vært økt.

### **Hukommelse og traumesymptomer av klinisk betydning**

Vår fjerde hypotese antok at barn med traumesymptomer av klinisk betydning ville oppgi mindre korrekt informasjon og vise større grad av feilhukommelse enn barn med traumesymptomer under klinisk grense (Eisen et al., 2007; Eisen et al., 2002). Analysene ga ikke støtte til denne hypotesen. Resultatene viste ingen forskjell i mengde korrekt hukommelse eller feilhukommelse mellom gruppene. Kliniske nivåer av traumesymptomer ser derfor ikke ut til å påvirke om barn rapporterer korrekt eller feilaktig informasjon om forhold rundt plasseringen.

En mulig forklaring på dette funnet er at traumesymptomer av klinisk betydning er en samlekategori som inneholder en rekke ulike traumesymptomer som gjenopplevelse/påtrengende tanker, unngåelse, økt fysiologisk aktivering, seksuelle bekymringer, angst, depresjon, dissosiasjon og sinne. Som tidligere diskutert kan disse symptomene påvirke barns innkodning av stressende hendelser på ulike måter. Påtrengende tanker/gjenopplevelse, økt fysiologisk aktivering og sinne kan ut fra en hypotese om økt oppmerksomhet føre til bedret hukommelse (Christianson, 1992). Et økt fokus på negative og trusselrelevante stimuli som følge av depresjon og angst kan også medføre bedret hukommelse for denne type stimuli (Coles & Heimberg, 2002; Ridout et. al., 2003). Unngåelse og dissosiasjon kan på den andre siden føre til redusert hukommelse, da innkodningen svekkes hos barn med disse symptomene (Eisen & Goodman, 1998; Goodman et

al., 2010). Ved å samle alle symptomgruppene i én kategori kan effekten av de ulike traumesymptomene på hukommelse utligne hverandre. Dette kan medføre vansker med å oppdage signifikante funn. Analyser hvor traumesymptomene analyseres hver for seg kunne gi andre resultater. Dette blir diskutert i neste avsnitt.

### **Traumesymptomer og hukommelse**

Få tidligere studier har sett på hvordan traumerelaterte symptomer påvirker barns hukommelse. Vår hypotese utforsker en mulig sammenheng og kan anses som et bidrag til et relativt nytt forskningsfelt. I den siste hypotesen antok vi at høye nivåer av den totale PTSD-symptomskalaen, samt traumesymptomene gjenopplevelse/påtrengende tanker, økt fysiologisk aktivering, angst, depresjon, seksuelle bekymringer og sinne ville være relatert til mer korrekt hukommelse og mindre feilhukommelse. Motsatt ble det antatt at høyere nivåer av unngåelse og dissosiasjon ville være relatert til mindre grad av korrekt hukommelse og større grad av feilhukommelse.

#### *PTSD-skåre, økt fysiologisk aktivering, sinne, unngåelse og dissosiasjon*

Analysene av den totale PTSD-symptomskalaen viste ingen signifikant samvariasjon med hukommelsesmålene. En mulig årsak til manglende funn kan være at PTSD består av symptomene økt fysiologisk aktivering, påtrengende tanker og unngåelse. Som tidligere diskutert vil symptomene kunne ha ulike effekter på barnas innkoding. Ved å samle symptomene i én gruppe kan effekten av symptomene utligne hverandre.

Analysene av hukommelse og symptomgruppene økt fysiologisk aktivering, sinne, unngåelse og dissosiasjon ga ingen signifikante funn. En mulig årsak til at disse symptomgruppene ikke ga utslag i forhold til hukommelsesmålene kan være at symptomnivåene ikke var høye nok. Forskning viser at voksne underrapporterer barns traumesymptomer (Schreier et al., 2005). I denne studien kan potensiell underrapportering være forsterket av at omsorgsgiverne ikke har kjent barnet over et lengre tidsrom. Flere av traumesymptomene kan være vanskelige å observere og krever derfor at barna selv forteller om vanskene. Dette vil være utfordrende for mange barn. På grunnlag av dette kan barnas reelle traumesymptomnivå være høyere enn hva som er rapportert av omsorgsbasen. Gjennom å oppnå høyere grad av reliabilitet ved vurdering av traumesymptomer kunne forholdet mellom symptombelastning og hukommelse vært ytterligere belyst.

### *Angstsymptomer*

Analysene av sammenhengen mellom angst og hukommelse gikk i to retninger. I tråd med vår hypotese fant vi at høye nivåer av angstsymptomer var relatert til mer korrekt informasjon innenfor kategorien direkte spørsmål. På den andre siden viste analysene at angstsymptomer var relatert til større grad av falske positive innenfor falske spørsmål. Angstsymptomer kan påvirke innkodingen av stressende stimuli på to måter. Angstsymptomer kan føre til økt oppmerksomhet for trusselrelevante stimuli. Økt oppmerksomhet fører til bedret innkoding og hukommelse (Christianson, 1992). På den andre siden er angst assosiert med unngåelsesreaksjoner (Berge & Repål, 2011). Redde og engstelige barn vil kunne beskytte seg ved å unngå å fokusere oppmerksomheten på det som oppleves truende. Unngåelsesatferd medfører redusert innkoding og hukommelse for stressende stimuli. Våre funn gir støtte til begge disse hypotesene og det er behov for mer forskning for å klargjøre forholdet mellom angst og hukommelse for stressende stimuli.

En mulig tolkning av resultatene er at engstelige barn faktisk husker forhold rundt plasseringen godt, men at måten barnet stilles spørsmål om hendelsen på påvirker hva det rapporterer. Ser vi resultatene i forhold til spørsmålskategoriene, antyder de at type spørsmål barna stilles virker inn på deres evne til å oppgi korrekt eller feil informasjon om plasseringen. Direkte spørsmål gir barna noe kontekstuell informasjon de kan støtte seg til. Slike strukturerte spørsmål virker å være fordelaktige for barn med angstproblematikk. Imidlertid ser engstelige barn ut til å være sårbare for villedende spørsmål. Engstelige barn kan oppleve intervjusituasjonen som angstfremkallende, og dette kan øke sannsynligheten for påvirkelighet og feil (Eisen et al., 2007).

### *Depresjon*

Analysene av depresjonssymptomer og hukommelse viste at symptomene var relatert til større grad av feilhukommelse for forhold rundt plasseringen. Dette funnet gikk i mot vår hypotese. Imidlertid viser studier av deprimerte at denne gruppen rapporterer mer generelle selvbiografiske minner enn det ikke-deprimerte mennesker gjør (Williams et al., 2007). Vansker med å gjengi spesifikke selvopplevde minner kan tenkes å resultere i større grad av feilhukommelse.

### *Gjenopplevelse/påtrengende tanker*

Analysene av gjenopplevelse/påtrengende tanker og hukommelse viste at disse symptomene var relatert til mer korrekt informasjon på åpne spørsmål. Dette er i samsvar med vår hypotese. Økt grad av gjenopplevelse/påtrengende tanker om hendelsen innebærer at barnet repeterer hendelsen mentalt. Dette kan redusere sannsynligheten for at barnet vil glemme sentrale aspekter ved hendelsen, og fører til at barnet kan gjengi informasjon med stor korrekthet (Yuille & Cutshall, 1989, referert i Yuille et al., 1994).

### *Seksuelle bekymringer*

Avslutningsvis fant vi i tråd med vår hypotese at høye nivåer av seksuelle bekymringer fører til mer korrekt informasjon på direkte og åpne fokuserte spørsmål. Tidligere studier har vist at seksuelt misbrukte barn husker stressende hendelser med stor grad av korrekthet (Alexander et al., 2005; Goodman et al., 2003). Motsatt viste analysene at seksuelle symptomer var relatert til mer uriktig informasjon innenfor spørsmålskategorien åpne spørsmål. Dette funnet gikk i mot vår hypotese. Siden resultatene antyder at seksuelle symptomer er relatert til økt hukommelse innenfor direkte og åpne fokuserte spørsmål er det liten grunn til å tro at barn med seksuelle symptomer har nedsatt hukommelsesfunksjon som følge av deres omsorgssviktshistorie. Resultatene kan derimot tyde på at denne gruppen barn er sensitive i forhold til hvilken type spørsmål de stilles. Funnet tyder på at i likhet med engstelige barn vil strukturerte spørsmål som gir barna kontekstuelle holdepunkter være fordelaktige for barn med seksuelle symptomer. Åpne spørsmål innebærer at barna fritt forteller det de selv ønsker, og resultatene antyder at denne spørsmålstypen er utfordrende for disse barna.

### *Begrensninger*

Teoriene som ligger til grunn for sammenhenger mellom traumesymptomer og hukommelse vektlegger innkodingen av stimuli som avgjørende for hvordan barna vil huske stressende hendelser. Detaljert innkoding fører til økt hukommelse, mens redusert innkoding medfører dårligere hukommelse (Goodman et al., 2010). I denne studien måles barnas traumesymptomer i etterkant av plasseringen. Dette innebærer at vi ikke har noen registrering av barnas traumesymptomer på plasseringstidspunktet da den faktiske innkodingen av hendelsen foregikk. Dette er en svakhet ved studien. Imidlertid viser analysene i den første hypotesen at traumesymptomene øker eller er stabile over tid. Dette kan tyde på at symptomene også var tilstede i samme grad på plasseringstidspunktet. Fra et klinisk perspektiv er det sannsynlig at barna kan ha hatt forhøyede traumenivåer allerede før



plasseringen fant sted. Traumesymptomene barna utviser kan være et resultat av å ha levd under langvarig omsorgssvikt (Browne & Finkelhor, 1986; Wolfe et al., 2001).

Omsorgsovertagelsen kan ses på som et additiv stressende hendelse som kan ha forsterket barnas symptomer, men som trolig ikke vil ha forårsaket alle symptomene. Barnas forhistorie og symptomnivå før plasseringen, samt individuelle forskjeller i reaksjoner, vil kunne være forhold som ligger til grunn for hvilke traumesymptomer barna utvikler etter plasseringen (Jensen, 2011).

### **Begrensninger ved studien**

”Plasseringsstudien” bidrar til ny og verdifull innsikt i et lite utforsket forskningsfelt. Få studier har undersøkt virkningen av stressende eller traumatiske hendelser som har funnet sted i barnets virkelig liv. Å studere stressende hendelser i en slik kontekst byr på en rekke utfordringer. Enkelte begrensninger ved studien må derfor trekkes frem.

”Plasseringsstudien” har som mål å rekruttere 72 barn. Til nå er 42 barn inkludert i studien. Rekruttering av deltakere er en omfattende og tidkrevende prosess. Utvalget i denne studien har vært 41 barn og mindre utvalg er benyttet ved flere av analysene på grunn av manglende data. Dette gjør det vanskeligere å finne signifikante funn. Et lite utvalg kan føre til økt sannsynlighet for type II-feil som innebærer at en ikke avdekker en sammenheng mellom variablene når det i virkeligheten finnes en slik sammenheng. Et større utvalg ville økt analysenes statistiske styrke og kunne påvist flere mulige effekter av våre uavhengige variabler (Pallant, 2007).

Studiens design kan ha påvirket våre resultater. Barna har ved enkelte tilfeller blitt intervjuet av mer enn én forsker, og det antas at ulik stil og kontakt med barna kan påvirke hva de forteller (Myklebust, 2009; Quas & Lench, 2007). Forskning har videre funnet at barn kan ha vansker med å gjenhente minner fra stressende hendelser i nye omgivelser. Barna intervjues i beredskaps- eller fosterhjem hvor de har bodd i kort tid, og dette vil derfor kunne tenkes å påvirke hva de husker av omsorgsovertagelsen (Baugerud & Melinder, 2010). Intervjuene om omsorgsovertagelsen er omfattende, og til tross for pauser kan barna bli slitne og lei av intervjusituasjonen. Dette vil kunne medføre at informasjon barnet husker bortfaller på grunn av at det ikke orker å besvare flere spørsmål. Forskerens eget stressnivå under plasseringen kan også tenkes å påvirke vurderingen av barnas stressnivå. I tillegg vet forsker på forhånd

om plasseringen er akutt eller planlagt, og denne type informasjon kan tenkes å påvirke forskers observasjoner.

### **Fremtidige studier**

Denne studien gir grunnlag for fremtidig forskning. I framtidige studier vil det være nyttig å måle barnas traumenivå før flyttingen. Ved å måle symptomene på plasseringstidspunktene vil mer nøyaktig kunnskap om hvordan traumesymptomer påvirker innkodingen av stressende eller traumatiske hendelser kunne innhentes. Som nevnt er underrapportering av barns traumesymptomer problematisk. Ved å inkludere flere voksenpersoner som vurderer symptomnivået hos barnet kan reliabiliteten av disse vurderingene heves.

Våre funn viser at barna husket emosjonelle aspekter ved plasseringen med større grad av korrekthet enn nøytrale aspekter ved plasseringen. I fremtidige studier vil det være av interesse å dele alle spørsmålene i hukommelsesintervjuet inn i kategoriene emosjonelle og nøytrale spørsmål. I samsvar med vårt funn og Christiansons hypotese (1992) vil stress medføre bedret hukommelse for stressende aspekter og dårligere hukommelse for nøytrale aspekter ved hendelsen. Vår studie har samlet emosjonelle og nøytrale spørsmål i én kategori. Dette kan ha ført til at effekten av emosjonelle og nøytrale spørsmål har utliknet hverandre og medført færre funn. Analyser av plasseringstype og traumesymptomer sett i forhold til emosjonelle og nøytrale spørsmål kunne avdekket flere funn av betydning for hvordan omsorgsovertagelser i regi av barnevernet praktiseres. Analysene ville også bidratt til mer nyansert kunnskap om forhold som påvirker barns evne til å rapportere informasjon om selvopplevde stressende eller traumatiske hendelser.

### **Konklusjon og praktiske implikasjoner**

”Plasseringsstudien” er unik i norsk og internasjonal sammenheng. Det at en forsker er tilstede under hele plasseringsforløpet medfører at verdifull informasjon kan innhentes. Observasjoner av hendelsesforløp og reaksjoner hos de involverte under plasseringen danner grunnlag for ny kunnskap om hvordan barn preges av og reagerer på en slik stressende hendelse. Videre gir studien ny innsikt i barns hukommelse for stressende eller traumatiske hendelser og kunnskap om hvordan repeterte intervjuer påvirker barns evne til å oppgi informasjon om plasseringen. Samlet sett bidrar studien til å øke den økologiske validiteten i forskningsfeltet rundt omsorgssvikt og hukommelse.

Oppsummert har studien gitt flere funn med implikasjoner for arbeid med barn utsatt for omsorgssvikt og som gjennomgår en omsorgsovertagelse. Et funn er at traumesymptomene hos barna ikke reduseres over et tre måneders intervall, men forholder seg stabile eller øker i styrke. Dette indikerer at denne gruppen barn har alvorlige vansker og vil ha behov for oppfølging og behandling i tiden etter plasseringen.

Våre funn antyder at plasseringstype ikke påvirker barnas hukommelse for omsorgsovertagelsen. Det er imidlertid behov for flere studier på dette området. Mengde korrekt og uriktig informasjon som rapporteres av barna forholder seg stabilt over tid innenfor åpne og direkte spørsmål. Dette tyder på at barna ikke glemmer viktig informasjon over tid. En nedgang i mengde uriktig informasjon over tid ble funnet innenfor åpne fokuserte spørsmål. En implikasjon av dette funnet er at det kan være fordelaktig at barn intervjues om hendelsen flere ganger, noe også nyere gjennomgang av litteraturen viser (Melinder, 2011). Et annet funn er at emosjonelle aspekter huskes bedre enn nøytrale. Stress ser derfor ut til å øke fremfor å svekke barns hukommelse. Disse funnene impliserer at det er grunn til å stole på barns fortellinger når de intervjues om stressende og potensielt traumatiske hendelser i tråd med anbefalt intervju praksis. Funnene er et bidrag til debatten om barn som vitner innenfor rettsvesenet.

Sammenhengen mellom traumesymptomer og hukommelse er også belyst i studien. Traumesymptomer av klinisk betydning ser ikke ut til å påvirke mengde korrekt eller uriktig informasjon barna rapporterer etter omsorgsovertagelsen. Imidlertid viser våre funn at det kan være hensiktsmessig å se ulike traumesymptomer hver for seg. Disse resultatene må tolkes med varsomhet på grunn av begrensninger ved de statistiske analysene. Enkelte symptomer ser ut til å øke barns evne til å oppgi korrekt informasjon om plasseringen, mens andre symptomer ser ut til å redusere denne evnen. Forståelsen av hvordan ulike traumesymptomer påvirker evnen til å fortelle om stressende eller traumatiske hendelser kan føre til kunnskap som er av betydning for barns rettsikkerhet. Individuell tilrettelegging basert på denne kunnskapen kan øke sannsynligheten for at barn oppgir korrekt informasjon om sine opplevelser. Dette er viktig i rettslige sammenhenger som dommeravhør. Eksempelvis vil engstelige barn kunne oppleve intervjusituasjonen angstfremkallende. Trygging av barnet kan derfor være en viktig forutsetning for at barnet rapporterer korrekt informasjon om hendelsen. Videre ser type spørsmål ut til å kunne være av betydning. Vi har funnet at bruk av åpne spørsmål vil kunne øke sannsynligheten for uriktig informasjon hos barn med seksuelle

bekymringer. Det bør derfor vises varsomhet med å benytte denne type spørsmål når barn med seksuelle bekymringer intervjues. Direkte spørsmål basert på korrekt informasjon, er derimot vist å gi mer korrekt hukommelse både hos barn med forhøyede nivåer av seksuelle bekymringer og barn med angst. Det kan være fordelaktig å anvende denne type spørsmål ved intervju av disse barna.

Funnene i denne studien er av betydning for flere instanser som arbeider med barn og deres familier. Studien bidrar til at barnevernet får mer nyansert kunnskap om hvordan omsorgsovertagelser kan gjennomføres slik at barnet ivaretas på en best mulig måte og negative virkninger av plasseringen minimeres. Økt kunnskap om hvordan omsorgssvikt og omsorgsovertagelser påvirker barns hukommelse kan bidra til utviklingen av bedre behandlingstilbud for denne gruppen barn. Økt kunnskap om barns evne til å rapportere informasjon om omstendigheter rundt stressende hendelser vil kunne bidra til å styrke barns posisjon som vitner, og på denne måten øke deres rettsikkerhet.

## REFERANSER

Alexander, K.W., Goodman, G.S., Shaaf, J.M., Edelstein, R.S., Quas, J.A., & Shaver P.R. (2002). The role of attachment and cognitive inhibition in children's memory and suggestibility for a stressful event. *Journal of experimental child psychology*, 83, s. 262 - 290.

Alexander, K.W., Quas, J.A., Goodman, G.S., Ghetti, S., Edelstein, R.S., Redlich, A.D., ... Jones, D.P.H. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychological Science*, 16(1), s. 33 - 40.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.utg.). DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baddeley, A. (2001). The concept of episodic memory. *Philosophical transactions of the Royal Society B: Biological sciences*, 256, s. 1345 - 1350.

Bahrack, L.E., Parker, J.F., Fivush, R., & Levitt, M. (1998). The effects on stress on young children's memory for a natural disaster. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 4, s. 308 - 331.

Bailey, H.N., Moran, G., & Pederson, D.R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9(2), s. 139 - 161.

Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester 17. juli 1992 nr.100. Lastet ned 30.januar 2012 fra <http://lovdata.no/all/hl-19920717-100.html>

Barrett, D.H., Green, M.L., Morris, R., Giles, W.H., & Croft, J.B. (1996). Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153, s. 1492 - 1494.

Baugerud, G-A., Augusti, E-M., & Melinder, A. (2008). Plassering i regi av barnevernet. *Enheten for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) For Nasjonalt bibliotek for barnevern og*

*familievern*. Lastet ned 06.januar 2012 fra

<http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/NBBF/EKUPplassering2008.pdf>

Baugerud, G-A., & Melinder, A. (2010). Maltreated children's memory of stressful removals from their biological parents. *Applied Cognitive Psychology*, 26, s. 261 - 270.

Beers, S.R., & De Bellis, M.D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159, s. 483 - 486.

Berge, T., & Repål, A. (2011). *Håndbok i kognitiv terapi* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology* 15(7), s. 135 - 158.

Brandes, D., Ben-Schachar, G., Gilboa, A., Bonne, O., Freedman, S., & Shalev, A.Y. (2002). PTSD symptoms and cognitive performance in recent trauma survivors. *Psychiatry Research*, 110, s. 231 - 238.

Bremner, J.D., Randall, P., Scott, T.M., Capelli, S., Delaney, R., McCarthy, G., & Charney, D.S. (1995). Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry Research* 59(1 - 2), s. 97 - 107.

Bremner, J.D., Vermetten, E., Afzal, N., & Vythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, s. 643 - 649.

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), s. 198 - 210.

Briere, J. (2005). Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC). *The National Child Traumatic Stress Network*. Lastet ned 22.februar 2012 fra

<http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/asures/TSCYC.pdf>

- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25, s. 1001 - 1014.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin* 99(1), s. 66 - 77.
- Bruck, M., & Ceci, S.J. (1999). The suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology*, 50, s. 419 - 439.
- Carrick, E.B., Armstrong, J., & Loewenstein, R. (2009). Maltreated and non-maltreated children's evaluation of emotional fantasy. *Child Abuse & Neglect* 34(2), s. 129 - 134.
- Carrick, N., Quas, J.A., & Lyon, T. (2010). Maltreated and nonmaltreated children's evaluations of emotional fantasy. *Child Abuse & Neglect*, 32(2), s. 129 - 134.
- Chae, Y., Goodman, G. S., Eisen, M. L., & Qin, J. (2011). Event memory and suggestibility in abused and neglected children: Trauma-related psychopathology and cognitive functioning. *Journal of Experimental Child Psychology* 110, s. 520 - 538.
- Christianson, S.Å., (1992). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin* 112(2), s. 284 - 309.
- Christianson, S.Å., & Hübner, B. (1993). Hands up! A study of witnesses' emotional reactions and memories associated with bank robberies. *Applied Cognitive Psychology*, 7, s. 365 - 379.
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, s. 397 - 411.
- Cicchetti D., & Toth S.L. (2006). Building bridges and crossing them: translational research in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 18, s. 619 - 622.

- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Coles, M.E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory bias in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review* 22, s. 587 - 627.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter M., Christina Shearer, C., & Maughan, B. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect* 31(3), s. 211 - 229.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.
- Cordón, I.M., Pipe, M.E., Sayfan, L., Melinder, A., & Goodman, G.S. (2004). Memory for traumatic experiences in early childhood. *Developmental Review* 24, s. 101 - 132.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 10, s. 452 - 459.
- Crittenden, P.M., & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In: D.Cicchetti & V. Carlson (red.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (s. 432 - 463). New York: Cambridge University Press.
- De Bellis, M.D., Keshavan M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry* 52, s. 1066 - 1078.
- Deffenbacher, K.A., Bornstein, B. H., McGorty, E. K., & Penrod, S. D. (2008). Forgetting the once-seen face: Estimating the strength of an eyewitness's memory representation. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 14(2), s. 139 - 150.



- Deffenbacher, K.A., Bornstein, B. H., Penrod, S. D., & McGorty E. K. (2004). A meta-analytic review of the effects of high stress on eyewitness memory. *Law and Human Behaviour* 28, s. 687 - 706.
- Dutra, L., Bureau, J-F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197, s. 383 - 390.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, s. 319 - 345.
- Eisen, M.L., & Goodman, G. S. (1998). Trauma, memory, and suggestibility in children. *Development & Psychopathology*, 10, s. 717 - 738.
- Eisen, M.L, Goodman, G.S, Qin, J., Davis, S., & Crayton J. (2007). Maltreated children's memory: accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43, s. 1275 - 1294.
- Eisen, M.L., Qin, J., Goodman, G.S., & Davis, S.L. (2002). Memory and suggestibility in maltreated children: Age, stress arousal, dissociation, and psychopathology. *Journal of Experimental Child Psychology*, 83, s. 167 - 212.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1998) The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3(2) s. 129 - 142.
- Fierman, E.J., Hunt, M.F., Pratt, L.A., Warshaw, M.G., Yonkers, K.A., Peterson, L.G., Epstein-Kaye, T.M., & Norton, H.S. (1993). Trauma and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, s. 1872 - 1874.
- Fisher, C.B. (2004). Informed consent and clinical research involving children and adolescents. Implications of the revised APA Ethics Code and HIPAA. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, s. 832 - 839.

- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), s. 205 - 217.
- Fox, E. (1993). Attentional bias in anxiety: Selective or not? *Behavior Research and Therapy*, 31, s. 487 - 493.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B. & Mangun, G.R. (2002). *Cognitive Neuroscience. The biology of the mind*. New York: Norton & Company, Inc.
- Glod, C.A., Teicher, M.H., Hartman, C.R., & Harakal, T. (1997). Increased nocturnal Activity and impaired sleep maintenance in abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, s. 236 - 1243.
- Goodman, G.S., Hirschman, J., Hepps, D., Rudy, L., & Quarterly, M.P. (1991). Children's Memory for Stressful Events. *Journal of Developmental Psychology*, 37(1), s. 109 - 157.
- Goodman, G.S., Ghetti, S., Quas, J.A., Edelstein, R.S., Alexander, K.W., Redlich, A.D., ... Jones, D.P.H. (2003). A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science*, 14(2), s. 113 - 118.
- Goodman, G.S., & Melinder, A. (2007). Child witness research and forensic interviews of young children: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 12(1), s. 1 - 19.
- Goodman, G.S., Quas, J.Q., & Ogle, C. M. (2010). Child maltreatment and memory. *Annual Review of Psychology* 61, s. 325 - 351.
- Green, B.L., Grace, M.C., Vary, M.G., Kramer, T.L., Gleser, G.C., & Leonard, A.C. (1994). Children of disaster in the second decade: A 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), s. 71 - 79.

Hankin, B.L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29, s. 645 - 671.

Helsinkideklarasjonen (1964, revidert 2008). Lastet ned 31.august 2011 fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Howe, M.L., (2003). Memories from the cradle. *Current Directions in Psychological Science*, 12, s. 62 - 65.

Howe, M.L., Cicchetti, D., & Toth, S.L., (2006). Children's basic memory processes, stress and maltreatment. *Development and Psychopathology*, 18, s. 759 - 769.

Howe, M. L., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Cerrito, B. M. (2004). True and false memories in maltreated children. *Child Development*, 75, s. 1402 - 1417.

Howe, M. L., Toth, S. L. & Cicchetti, D. (2011). Can maltreated children inhibit true and false memories for emotional information? *Child Development*, 82, s. 967 - 981.

Hummer, V.L., Dollard, N. Robst, J., & Armstrong, M.I. (2010). Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: a curriculum for organizational change. *Child Welfare*, 89(2), s. 79 - 95.

Jensen, T. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), s. 57 - 63.

Johnsen, G.E., & Asbjørnsen, A.E. (2008). Consistent impaired verbal memory in PTSD: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 111(1), s. 74 - 82.

Kanagaratnam, P., & Asbjørnsen, A.E. (2007). Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal of Anxiety Disorders* 21, s. 510 - 525.

Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Kinzie, J.D., Fredrickson, R.H., Ben, R., Fleck, J., & Karls, W. (1984). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, *141*, s. 645 - 650.

Kiser, L.J, Heston J., Millsap P.A., & Pruitt, D.B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*, s. 776 - 783.

La Greca, A.M., Silverman, W. K., Vernberg E.M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, s. 712 - 723.

Lamb, M.E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplind, P.W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, *31*, s. 1201 - 1231.

Leahy, R.L. (2004). Decision Making and Psychopathology. I R.L. Leahy (red.), *Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice* (s. 116 - 138). New York, NY: Guilford Press.

Leslie, L.K., Landsverk, R., Ezzet-Lofstrom, J., Tschann, D., Slymen, D., & Garland, A. (2000). Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse and Neglect*, *24*, s. 465 - 476.

Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Semel, M.A., & Shapiro, D.L. (2002). Trauma Symptoms in Preschool-Age Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*(2), s. 150 - 164.

Lundén, K. (2010). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn. Vad kan vi lära av forskningen?* Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 5. Västerås: Edita Västra Aros.

Magnussen, S. (2004). *Vitnepsykologi. Pålitelighet og troverdighet i dagligliv og rettsal.* Oslo: Abstrakt forlag.

Masten, C.L, Guyer, A.E, Hodgdon, H., McClure, E.B., & Charney, D.S, Ernst, M., ... Monk, C.S., (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), s. 139 - 153.

Maughan,A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, s. 1525 - 1542.

McEwen, B. S., Angulo, J., Cameron, H., Chao, H. M., Daniels, D., Gannon, ... Woolley, C. (1992). Paradoxical effects of adrenal steroids on the brain: Protection versus degeneration. *Biological Psychiatry* 13(2), s. 117 - 199.

McNally, R.J. (2003). *Remembering Trauma*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

McNally, R.J., Metzger, L.J., Lasko, N.B., Clancy, S. A., & Pitman, R. K. (1998). Directed forgetting of trauma cues in adult survivors of childhood sexual abuse with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, s. 596 - 601.

Melinder, A. (2011). Gjentatte avhør: Flere forhold har betydning for påliteligheten i barns utsagn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, s. 1091 - 1095.

Melinder, A., & Korkman, J. (2010). Children's Memory and Testimony. I P.A. Granhag (red.), *Forensic Psychology in Context: Nordic and International Approaches* (s. 117 - 138). Orlando: Willan Publishing.

Melinder, A., & Magnussen, S. (2003). Barn som vitner. En gjennomgang av nyere forskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, s. 204 - 217.

Moradi, A. R., Doost, H. T., Taghavi, R., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Performance of children of adults with PTSD on the Stroop color- naming task: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 663 - 671.

Mossige, S., Jensen, T., Gulbrandsen, W., Reichelt, S., & Tjersland, O.A. (2005). Children's narratives of sexual abuse - what characterizes them and how do they contribute to meaning-making? *Narrative Inquiry*, 15, s. 377 - 404.

Myklebust T. (2009). *Analysis of field investigative interviews of children conducted by specially trained police investigators*. Oslo: Unipub.

Nelson, K., & Fivush, R. (2000). Socialization of memory. I E. Tulving, E. & F. I. M. Craik (red.), *The Oxford handbook of memory* (s. 283 - 295). New York: Oxford University Press.

Nelson, K., & Fivush, R. (2004) The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological review*, 111, s. 486 - 511.

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual (3.utg.)*. New York: Open University Press.

Peace, K. A., & Porter, S. (2004). A longitudinal investigation of the reliability of memories for trauma and other emotional experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 18, s. 1143 - 1159.

Pollio, E.S., Glover-Orr, L.E., & Wherry, J.N. (2008). Assessing posttraumatic stress disorder using the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *Journal of Child Sexual abuse*, 17, s. 89 - 100.

Porter, C., Lawson, J. S., & Bigler, E. D. (2005). Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child neuropsychology* 11(2), s. 203 - 220.

Quas, J.A., & Lench, H.C. (2007). Arousal at encoding, arousal at retrieval, interviewer support, and children`s memory for a mild stressor. *Applied Cognitive Psychology*, 21(3), s. 289 - 305.

Ridout, N., Astell, A. J., Reid, I. C., Glen, T., & O`Carroll, R. E. (2003). Memory bias for emotional facial expression in major depression. *Cognition and Emotion* 17(1), s. 101-122.

Schacter, D.L. (1996). *Searching for memory: the brain, the mind, and the past*. New York: Basic Books.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), s. 191 - 200.

Schniering, C.A., & Lyneham, H.J. (2007). The children's automatic thoughts scale in a clinical sample: psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy*, 45, s. 1931 - 1940.

Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M.M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 58(2) s. 353 - 363.

Simcock, G., & Havne, H. (2002). Breaking the barrier? Children fail to translate their preverbal memories into language. *Psychological Science*, 13(3), s. 225 - 231.

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011). Barn med plasseringstiltak per 31. desember, etter type plassering, hjelpe- og omsorgstiltak, region og fylke, 2007-2010. Lastet ned 10.januar 2012 fra <http://www.ssb.no/barneverng/tab-2011-06-27-09.html>

Stovall, K.C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12, s. 133 - 156.

Squire, L.R., & Zola-Morgan, S. (2001). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 253, s. 1380 - 1386.

Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampim, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., & Viinamäki, H. (2004). Impact of multiple traumatic experiences on the persistence of depressive symptoms – a population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, s. 459 - 464.

- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2(1-2), s. 33 - 44.
- Teicher, M.H., Samson, J.A, Polcari, A., & McGreenery, C.E. (2006): Sticks, Stones and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 993 - 1000.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40, s. 385 - 398.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, s. 1 - 25.
- Tulving, E., & Schacter, D.L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, s. 301 - 306.
- Valentino, K., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2009) Autobiographical memory functioning among abused, neglected and nonmaltreated children: The overgeneral memory effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, s. 1029 - 1038.
- van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). The black hole of trauma. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (s. 3 - 23). New York: Guilford.
- von der Lippe, A.L., & Rønnestad, M.H. (2011). *Det kliniske intervjuet Bind II - Praksis med ulike klientgrupper* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), s. 122 - 148.



Williams, L.M. (1994). Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1167 - 1176.

Wolfe, D.A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A-L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(3), s. 282 - 298.

Wolfe, D.A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A-L., & Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 Year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, s. 406 - 415.

Yuille, J.C., Davies, G., Gibling, F., Marxsen, D., & Porter, S. (1994). Eyewitness memory of police trainees for realistic role plays. *Journal of Applied Psychology, 76*, s. 931 - 936.

Zeitlin, S.B., & McNally, R.J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 29*, s. 451 - 457.

Zlotnick, C., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1995). Childhood abuse and recovery from major depression. *Childhood Abuse and Neglect, 19*, s. 1513 - 1516.

## Vedlegg 1

### Barn: Intervju I

**Setting:** Det skal ikke være andre personer tilstede enn barnet og intervjuer i rommet der intervjuet foretas. Noter off-topic perioder i venstre marg, tema og angi tid!

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Dagens dato:** \_\_\_\_\_  
**Barnets saksnr:** \_\_\_\_\_ **Plasseringsdato/ §:** \_\_\_\_\_  
**Barnets alder/f.dato:** \_\_\_\_\_ **Intervjuers navn:** \_\_\_\_\_  
**Barnets kjønn:** Jente Gutt **Lokalisering av intervju:** \_\_\_\_\_

Tidsangivelse: Start kl.: \_\_\_\_\_ Slutt kl.: \_\_\_\_\_ Totalt: \_\_\_\_\_ min

#### Del I: Innledende spørsmål

1. Det var fint at vi kunne snakke litt sammen. Jeg heter ..... og vi skal snakke sammen en liten stund i dag om hvordan du tenker og føler om ting. Du vet, noen barn tenker på saker som vi voksne ikke alltid skjønner, og jeg vil gjerne lære mer om hvordan barn tenker på ting som de har vært med på. Du..... har jo vært med på mange ting i ditt liv, og jeg vil gjerne høre om noen av de tingene i dag. Men først vil jeg få høre hvem som bor i familien din. Kan du fortelle meg hvem som bor i familien din?

B:

Vet du..... når vi snakker med hverandre, så kan det skje at jeg sier noe som du ikke skjønner, eller noe som er feil. Hvis det skjer, kan du bare rette på meg, og si hva som er feil. Hvis jeg spør to ganger om noe, kan det være fordi jeg ikke skjønner helt hva du mener. Synes du det er OK? Så er det en ting til. *Jeg har med en båndopptaker som jeg lurte på om jeg kan legge her mellom oss, slik at jeg tar opp det vi sier. I tillegg skriver ned det du sier for at jeg bedre skal kunne huske det etterpå. Men mest skal jeg prøve å følge med på hva du sier og forteller. Høres det greit ut?*

2. Hvem er?

B:

3. Hvem er?

B:

4. Hvem er?

B:

5. Hvem er?

B:

6 a) Dersom barnet forteller om hvem som bor i beredskapsfamilien, si: OK, så flink du er til å huske alle navnene, men hvem bor i din egentlige familie?

B:

b) Dersom barnet forteller om egentlig familie, si: OK, så flink du er til å huske alle navnene, hvem bor i det huset vi er i nå?

B:

## Del II: Åpne spørsmål om plasseringen

7. Jeg vet at \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet kom og hentet deg og at du flyttet hit. Jeg var ikke med da, så jeg vil at du skal fortelle meg alt du husker fra den dagen de kom og du flyttet hit.

B:

8. Da barnevernet (navn) \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ kom inn i huset/skolen/barnehagen din, hva var det første som skjedde?

B:

Hva hendte rett etter det?

B:

9. Er det noe annet?

B:

10. Fortell meg alt du husker fra den dagen, selv om du ikke tenker at det er så viktig!

B:

*Etter del II, fortsetter man til del III. Dersom barnet ikke har svart noe i del II, går man forsiktig videre. Vurder fortløpende hvordan samtalen forløper, blir det for vanskelig for barnet avsluttes samtalen med "her og nå" ting som å se på leker, rommet eller annet. Gi barnet den lille gaven og takke for at han/hun vart så flink til å fortelle om så vanskelige ting til deg. Si at du kommer tilbake om en stund igjen.*

*Til intervjueren: Bruk flere ark dersom nødvendig!*

*Ta en liten pause, spis frukt og drikk litt vann.*

## Del III: Spørsmål om plasseringen

11. Hvilken tid på dagen var det da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet kom?

Var det morgen? \_\_\_\_\_ ettermiddag? \_\_\_\_\_ kveld? \_\_\_\_\_ natt? \_\_\_\_\_

B:

12. Hvor var du da barnevernet kom? Var du hjemme, på skolen, barnehagen eller noe annet sted da barnevernet kom? Hvis du var et annet sted, hvor var du?

B:

13. Hvem var sammen med deg da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ (barnevernet) kom?

B:

14. Var moren din der? \_\_\_\_\_

B:

15. Var faren din der? \_\_\_\_\_

B:

16. Var noen av søsknene dine der; søster/bror? \_\_\_\_\_

B:

17. Var læreren din der? \_\_\_\_\_

B:

18. Da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet kom inn i huset/barnehagen/skolen din og du så dem, hva gjorde du da?

B:

19. Hva gjorde moren din da barnevernet snakket med henne?

B:

20. Hva sa moren din til barnevernet da?

B:

21. Hva gjorde faren din da barnevernet snakket med han?

B:

22. Hva sa faren din til barnevernet da?

B:

23. Var det noen andre voksne som var der da barnevernet kom og du ble flyttet fra hjemmet/barnehagen/skolen?

B:

Hva sa de andre voksne til barnevernet?

B:

24. Hva slags bil kjørte \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet?

B:

25. Hva slags farge var det på bilen?

B:

26. Hva slags farger hadde \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet på klærne sine?

B:

27. Hva slags hårfarger hadde \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet?

B:

28. Hadde barnevernet med seg en hund da de hentet deg?

B:

29. Vet du hvor lenge du skal du være her du er nå? Hos/På \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_?

B:

30. Skal du fortsette i/på \_\_\_\_\_ barnehage/skole mens du bor her?

B:

31. Har du hatt besøk av noen fra barnehagen/skolen imens du har bodd her?

B:

32. Når skal du møte mor/mor og far neste gang?

B:

33. Nå når du bor her, hvor ofte får du lov til å møte mor/mor og far?

B:

34. Det er ofte vanskelig både for barn og voksne når barna må flytte. Hvordan var det for deg når barnevernet kom for å flytte deg?

B:

a) Hva gjorde du?

B:

b) Hvilke følelser gav du uttrykk for?

B:

c) Hva sa du?

B:

35. Gråt noen da barnevernet kom for å hente deg og du flyttet hit? \_\_\_\_\_. Hvem?

B:

36. Gråt \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet da?

B:

37. Hvem pakket sakene dine da du skulle dra?

B:

Hvem hjalp til?

B:

38. Hjalp forsker til med å pakke?

B:

39. Var det noen som hylte/gråt da barnevernet var hos dere for å flytte deg? Hvem?

B:

40. Var det noen som var sinte? \_\_\_\_\_. Hvem?

B:

41. Var det noen som var glade da barnevernet var hjemme hos mor/mor og far? \_\_\_\_\_.  
Hvem?

B:

B:

42. Var det noen som var redde? \_\_\_\_\_. Hvem?

B:

43. Da du kjørte hit til \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ (beredskaps-/fosterhjem/ institusjonen) hvem var i bilen sammen med deg?

B:

44. Ble noen andre med?

B:

a) mor?

B:

b) far?

B:

c) barnevernet?

B:

d) forsker?

B:

e) lærer/barnehage lærer?

B:

f) hunden?

B:

45. Kan du fortelle meg hva du hadde med deg da du kom hit?

B:

46. Fortell litt om hva som skjedde da du kom til fosterhjemmet?

B:

Hva var den neste tingen som hendte?

B:

Hva hendte etter det?

B:

Noe mer?

B:

47. Hvem var det som stod og ventet på deg da du kom til fosterhjemmet/institusjonen?

B:

Beredskapshjem/fosterhjem?

B:

Barnevernet?

B:

Mor/far?

B:

Lærer/førskolelærer?

B:

Andre?

B:

48. Da barnevernet (og forskeren) var der i beredskaps-/fosterhjemmet/ institusjonen sammen med deg, fikk \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ vite noe om hva du liker og ikke liker?

B:

Fikk de vite hva du spiser?

B:

Fikk de vite hva du leker med?

B:

Fikk de vite hva du gjør før du legger deg om kvelden?

B:

49. Var moren din der da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fikk vite om disse tingene?

B:

50. Var faren din der da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fikk vite om disse tingene?

B:

51. Var det andre der da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fikk vite om disse tingene? For eksempel læreren din?

B:

52. Var barnevernet der da \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fikk vite om disse tingene?

B:

53. Hva skjedde etter at de fikk vite om hva du liker/ikke liker, hva du spiser, leker og gjør før du legger deg?

B:

54. Noe mer?

B:

55. Hva gjorde du da mor /mor og far \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ fra barnevernet skulle dra?

B:

56. Hva sa du da moren din/ mor og far/ \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ sa hade i beredskaps-/fosterhjemmet/institusjonen?

B:

57. Hvordan reagerte moren din da hun sa hade i beredskaps-/fosterhjemmet/ institusjonen?

B:

58. Hvordan reagerte faren din da han sa hade til beredskaps-/fosterhjemmet/ institusjonen?

B:

59. Nå har jeg spurt det om en masse ting. Er det noe mer du vil fortelle fra den dagen da du måtte flytte til fosterhjemmet/institusjonen?

B:

#### **Del IV: Spørsmål om tiden etter plasseringen**

60. Hvordan var det da du møtte mor/far/søsken sist gang?

B:

Mer?

B:

61. Hvordan har du det nå?

B:

62. Hvordan har du hatt det etter du flyttet? Kan du fortelle litt om det?

B:

Det er veldig fint at du forteller alt du tenker på, selv om du ikke synes at det er så viktig!

63. Vet du hvorfor du måtte flytte? Hvorfor du ikke kan bo sammen med mamma/ mamma og pappa slik det er nå?

B:

a) Hvordan var det for deg?

B:

b) Har du fortalt noen andre om hvorfor du måtte flytte?

B:

c) Er det noe mer du vil fortelle?

B:

64. Hadde noen fortalt deg at du kanskje måtte flytte før den dagen du ble hentet og kom hit? *Evt. når og hvem?*

B:

65. Hvor ofte snakket mamma/pappa med deg om flyttingen?

B:

*Snakket de med deg:*

a) ikke i det hele tatt

b) en gang

c) to-tre ganger

d) daglig

66. Hvor godt skjønte/visste du hva som skulle skje?

B:

*Synes du at du visste det:*

a) ikke i det hele tatt

b) noe/litt

c) godt

d) svært godt

67. Er det noe som kunne vært annerledes den dagen barnevernet hentet deg og du kom hit til \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_?

B:

68. Hvis du kunne ønske deg at en ting skulle vært annerledes nå når du er her i beredskaps-/fosterhjemmet/institusjonen, hva ville det vært?

B:

70. Kan du fortell meg hvor moren din er/bor nå?

B:

71. Kan du fortelle meg hvor faren din er/bor nå?

B:

72. Hva med søsteren/broren din? Hvor bor hun/han/de?

B:

73. Hva gjør du vanligvis når du er sammen med din biologiske familie?

B:

74. Hva gjør du vanligvis her i løpet av dagen?

B:

Det var alle spørsmålene jeg hadde. Er det noe mer du vil si eller noe du vil spørre om?



**Avrunding**

Avslutt samtalen med ”her og nå ting” som å se på leker, rommet, tegne e.l. Gi barnet gaven og si takk for at han/hun vart så flink til å fortelle om så vanskelige ting til deg. Si at du kommer tilbake om en stund (oppfølging etter ca 3 mnd).

## Vedlegg 2

# TSCYC

### SYMPTOMSJEKKLISTE (TSCYC)

John Briere, PhD

Vennligst les nøye gjennom hele instruksjonen for du begynner. Marker av alle svarene på svararket (Answer Sheet) som ligger ved. Skriv kun der det bes spesifikt om. IKKE SKRIV i denne enhetsprotokollen.

På **svararket** (Answer Sheet), vennligst skriv inn dato, barnets navn, kjønn, kulturelle bakgrunn, alder, og livssituasjon slik det bes om. Videre ber vi deg i neste boks, om å skrive inn ditt navn, kjønn, og hvilken relasjon du har til barnet du fyller ut skjemaet på.

De enhetene som følger har å gjøre med ting som barnet gjør, foler eller erfarer. Vennligst merk av hvor ofte hver av de følgende tingene har skjedd **den siste måneden**.

Sett sirkel rundt <b>1</b> hvis svaret ditt er <i>Aldri</i> ; det har ikke skjedd den siste				måneden
	(1)	2	3	4
Sett sirkel rundt <b>2</b> hvis svaret ditt er <i>Noen ganger</i> ; det har skjedd den siste måneden, men ikke så ofte				
	1	(2)	3	4
Sett sirkel rundt <b>3</b> hvis svaret ditt er <i>Ofte</i> ; det har skjedd ofte den siste				måneden
	1	2	(3)	4
Sett sirkel rundt <b>4</b> hvis svaret ditt er <i>Svært ofte</i> ; det har skjedd svært ofte				den siste måneden
	1	2	3	(4)

Hvis du merker av feil eller ombestemmer deg i ditt svar, IKKE VISK UT! Sett et kryss "X" over det svaret som er feil, for du setter en sirkel rundt det korrekte svaret.

For eksempel:

1 ~~(2)~~ 3 (4)

Vennligst svar så ærlig som mulig på hver av enhetene. Forsikre deg om at du svarer på hvert enkelt av dem. Du kan bruke all den tiden du trenger for å gjøre ferdig alle enhetene.

1	2	3	4
aldri	noen ganger	ofte	svært ofte

De enhetene som følger har å gjøre med ting som barnet gjør, føler eller opplever. Vennligst merk av hvor ofte han/hun har gjort, følt eller opplevd hver av de følgende tingene **den siste måneden**.

1. Temperamentsutbrudd
2. Trist utseende
3. Fortalt en løgn
4. Skumle drømmer eller mareritt
5. Levd i en fantasiverden
6. Synes å vite mer om sex enn han/hun burde
7. Vært lettskremt
8. Vært motvillig til å gå et sted som minner han/henne om negative ting i fortiden
9. Bekymret seg for at hans/hennes mat er forgiftet
10. Veket tilbake eller hopper når noen har beveget seg bratt eller ved høy lyd
11. Plaget av minner av noe som har hendt han/henne
12. Bekymret for at noen kan komme til å gjøre noe seksuelt med han/henne
13. Ikke villet snakke om noe som har skjedd han/henne
14. Ikke gjort noe han/hun skulle ha gjort
15. Knust ting med vilje
16. Snakket om seksuelle ting
17. Hatt problemer med å konsentrere seg
18. Klandret seg selv for ting som ikke var hans/hennes feil
19. Blitt redd når han/hun har blitt minnet på noe som har hendt tidligere
20. Latt som om han/hun har hatt sex
21. Bekymret for at negative ting skal skje i fremtiden
22. Kranglet
23. Kommet opp i fysiske slåsskamper
24. Laget tegninger fra en opprørende ting som har hendt han/henne
25. Ikke merket selv hva han/hun holdt på med
26. Hatt problemer med å sitte stille
27. Lekt leker om noe negativt som han/hun faktisk har opplevd tidligere
28. Synes å være i en "tåke"
29. Hatt problemer med å huske vanskelige ting som har skjedd tidligere
30. Brukt narkotiske stoffer
31. Redd for mørket
32. Redd for å være alene
33. Virket fjern
34. Vært for aggressiv
35. Berørt andre barns eller voksnes intime kroppsdeler (innenfor eller utenpå klær)

1	2	3	4
aldri	noen ganger	ofte	svært ofte

Vennligst merk av hvor ofte han/hun har gjort, følt eller opplevd hver av de følgende tingene **den siste måneden**.

36. Plutselig sett, følt, eller hørt noe fælt som hendte i fortiden
37. Hørt stemmer som har bedt han/henne om å skade noen
38. Stirret ut i det uendelige
39. Skiftet tema eller ikke svart når han/hun har blitt spurt om en negativ ting som skjedde han/henne
40. Hatt et nervøst sammenbrudd
41. Ikke ledd eller vært glad som andre barn
42. Grått om natten fordi han/hun har vært redd
43. Slått voksne (inkludert foreldrene)
44. Vært redd for menn
45. Ikke vært i stand til å følge med
46. Virket fjern/vanskelig å få kontakt med
47. Blitt lett skremt
48. Hele tiden vært på vakt for mulige farer
49. Ikke lenger gjort ting som han/hun pleide å like
50. Blitt redd eller forstyrret når noe av seksuell karakter har blitt nevnt eller sett
51. Ikke sovet på to eller flere dager
52. Ikke fulgt med fordi han/hun var i sin egen verden
53. Gjort feil
54. Grått uten noen klar grunn
55. Ikke hatt lyst til å være sammen med noen som har gjort noe negativt mot han/henne, eller minnet han/henne om noe
56. Vært anspent
57. Vært bekymret for andre personers sikkerhet
58. Blitt veldig sint for små ting
59. Laget tegninger av seksuell karakter
60. Dratt ut håret sift
61. Kalt seg selv slem, dum eller stygg
62. Kastet ting på venner eller familiemedlemmer
63. Blitt opprørt over noe fra tidligere
64. Hatt forbigående blindhet eller lammelser
65. Blitt opprørt over noe av seksuell art
66. Ikke gått og lagt seg første gang han/hun har blitt bedt om det
67. Fryktet at han/hun skulle bli drept av noen
68. Sagt at ingen liker han/henne
69. Grått når han/hun har blitt minnet på noe som har skjedd tidligere

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
aldri	noen ganger	ofte	svært ofte

Vennligst merk av hvor ofte han/hun har gjort, følt eller opplevd hver av de følgende tingene **den siste måneden**.

70. Sagt at noe negativt ikke har hendt han/henne selv om det faktisk har
71. Gitt uttrykk for at han eller hun vil dø eller bli drept
72. Oppført seg som om han/hun ikke har noen følelser knyttet til noe som har hendt han/henne
73. Sutret
74. Ikke sovet godt
75. Bekymret seg for seksuelle ting
76. Blitt redd for ting som ikke har pleid å virke skremmende på han/henne
77. Hallusinert
78. Oppført seg som om han/hun har vært i en trance
79. Glemt sitt eget navn
80. Blitt opprørt når noe har minnet han/henne om noe negativt som har skjedd
81. Unngått ting som har minnet han/henne om ting som har hendt tidligere
82. Vært skvetten
83. Vært rotete
84. Vært trist eller deprimert
85. Vært så fraværende mentalt at han/hun ikke har lagt merke til hva som har foregått rundt han/henne
86. Ikke villet spise en viss type mat
87. Skreket til familie, venner eller lærere
88. Ikke lekt fordi han/hun har vært lei seg eller deprimert
89. Vært ulydig
90. Skadet andre barn eller familiemedlemmer med vilje

## Vedlegg 3

### Utregninger og klassifisering av spørsmål

**Åpne spørsmål:**

1-10, 34, 46, 59

**Åpne fokuserte spørsmål:**

18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 37, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 63

**Direkte ja/nei-spørsmål:**

13, 14, 15, 16, 17, 29, 30, 31, 35, 39, 40, 41, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 64

**Tvungne valg:**

11, 12, 43, 44 (a,b,c,d,e), 47

**Falsk hukommelsesspørsmål:**

28, 36, 38, 44 (f)

**Direkte spørsmål:**

Kategoriene direkte ja/nei og tvungne valg er slått sammen til kategorien direkte spørsmål