

# Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer

Mangfoldet i traumeerfaringene til barn i BUP gjør at klinikerer trenger fleksible metoder som kan tilpasses den unges opplevelser. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er én slik metode.

**N**orske omfangsstudier dokumenterer at mange barn og unge utsettes for traumer (se Mossige & Stefansen, 2007; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015; Steine et al., 2012; Thoresen & Hjemdal, 2014). Noen utsettes for det som kalles komplekse traumer. Det kan være traumer som er forårsaket av ekstreme, vedvarende eller gjentakende hendelser som oppleves som svært truende og vanskelige å unnsnippe, som emosjonell vold, alvorlig omsorgssvikt, seksuelt og fysisk misbruk, å være vitne til vold i hjemmet eller å vokse opp under krig. Ved komplekse traumer blir ofte utviklingsmessige ressurser brukt til å håndtere et ustabil og skremmende oppvekstmiljø, på bekostning av normale utviklingsoppgaver. Komplekse traumer er derfor gjerne assosiert med vansker med tilknytning, affektregulering, biologisk regulering, dissosiasjon, regulering av atferd, kognisjon og selvbylde (Cook et al., 2005; Goldbeck & Jensen, 2017).

En norsk studie indikerer at nesten halvparten av henviste barn og unge (heretter kalt

barn) i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) hadde opplevd en potensielt traumatiserende hendelse. I snitt rapporterte barna å ha opplevd flere enn tre typer traumer. Dette inkluderte både enkelthendelser, som bilulykker og plutselig tap av nære omsorgspersoner, og interpersonlige traumer, som vold og overgrep (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012). Siden det er så mange barn med ulike traumeerfaringer som henvises til BUP, bør behandlere beherske fleksible metoder som kan benyttes for hele spekteret av traumetyper man møter i den kliniske hverdagen.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er én slik metode.<sup>1</sup> Metoden er evidens- og manualbasert, og behandlingseffekten er vel-dokumentert for barn med ulike typer traumer

1. For en beskrivelse av modellen, se Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017. Se også Jensen, Granly, Hoaas & Stormyren, 2012.

## TEKST

Else Merete Fagermoen, Tale Østensjø, Cecilie Ursin Skagemo, Gertrud Marie Moen<sup>1</sup> og Gry Kristina Husebø, psykologspesialister ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

<sup>1</sup> ansatt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nic Waals Institutt.

## KONTAKT

e.m.fagermoen@nkvts.no

## ILLUSTRASJON

Marie Payan





**Tabell 1:** Oversikt over utvalget

UtvalgsvARIABLER	n (%) / M, SD
<b>Kjønn (N = 575)</b>	
Jente	434 (75,5)
Gutt	141 (24,5)
<b>Alder (N = 543)</b>	
Range	6-20
Mean (SD)	14,8 (2,9)
<b>Omsorgssituasjon (N = 576)</b>	
Foreldre	424 (74,3)
Fosterhjem	94 (16,5)
Institusjon	21 (3,7)
Alene	22 (3,9)
Annet	10 (1,8)
<b><sup>a</sup> Hovedtraume (N = 576)</b>	
<sup>b</sup> Seksuelle overgrep	224 (38,9)
<sup>c</sup> Familievold	173 (30,0)
Mobbing	69 (12,0)
Alvorlig sykdom/død (traumatisk sorg)	36 (6,3)
Utsatt/vitne til vold utenfor familien	41 (7,1)
Ulykke/sykehustraume	29 (5,0)
Krig/terror/bortføring	23 (4,0)
Annet	29 (5,0)

<sup>a</sup> Noen av barna har opplevd flere hovedtraumer, derfor vil ikke total prosentandel beskrevet under hovedtraume adderes til 100 %.

<sup>b</sup> Seksuelle overgrep inkluderer følgende: Voksen eller en som er mye eldre, tatt på deg eller gjort ting med kroppen din som du ikke ville: N=85, noen tatt på eller tatt bilde av dine private kroppsdeler uten at du ville det: N=48, tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdeler uten at du ville det: N=56, voldtekt: N=127.

<sup>c</sup> Familievold inkluderer følgende: Sett noen i familien slåss eller angripe hverandre: N=81, blitt slått, sparket eller lugget av noen hjemme: N=138.

og komorbide tilstandsbilder (Arellano et al., 2014; Cary & McMillen, 2012; NICE, 2005) og på tvers av land og kulturer (Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus & Rosner, 2016; Jensen et al., 2013; Murray et al., 2013; O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty & Black, 2013).

Vi skal her vise hvordan TF-CBT kan brukes i møte med barn som strever med reaksjoner på komplekse traumer. Artikkelen bygger på data og den kunnskapen vi har tilegnet oss som klinikere og konsulenter i prosjektet «Veier til bedre psykisk helse: En studie av endringsprosesser og implementering av en behandlingsmetode for traumatiserte barn og unge» ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). To saker fra prosjektet brukes for å illustrere våre erfaringer. Begge sakene er anonymisert og godkjent for bruk i artikkelen.

#### IMPLEMENTERING AV TF-CBT I NORGE

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet og startet i 2011 som en del av tiltaksplanen etter 22. juli. Bakgrunnen for ønsket om at flere ansatte ved BUP skulle tilegne seg kunnskap om TF-CBT, var resultatene fra en norsk effektivitetsstudie (Jensen et al., 2013). Studien ble gjennomført ved åtte BUP-er, og fant at barn som mottok TF-CBT, rapporterte om signifikant større nedgang i posttraumatiske stressplager, depresjon og generelle psykiske helseplager enn de som mottok vanlig terapi.

Over halvparten av BUP-ene i Norge er involvert, og mer enn 300 terapeuter har mottatt opplæring i TF-CBT. Under opplæringen tar terapeutene opp terapiforløp på lydband. Disse lyttes til og danner grunnlag for den ukentlige veiledningen vi som konsulenter gir i metoden. Til nå er det lyttet til opptak og kodet nesten 600 traumesaker. Tabell 1 gir en oversikt over utvalget av barn som har mottatt TF-CBT i prosjektet så langt. Av tabellen fremkommer det at de fleste barna har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold, og at omtrent 20 prosent bor i fosterhjem eller på institusjon. Figur 1 viser deres symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) før, under og etter behandling målt med Child PTSD Symptom Scale (CPSS) og Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). Til tross for at de fleste av barna har opplevd alvorlige overgrep, viser tallene at deres posttraumatiske stressreaksjoner reduseres i betydelig grad i løpet av behandlingen.

### TF-CBT VED KOMPLEKSE TRAUMER

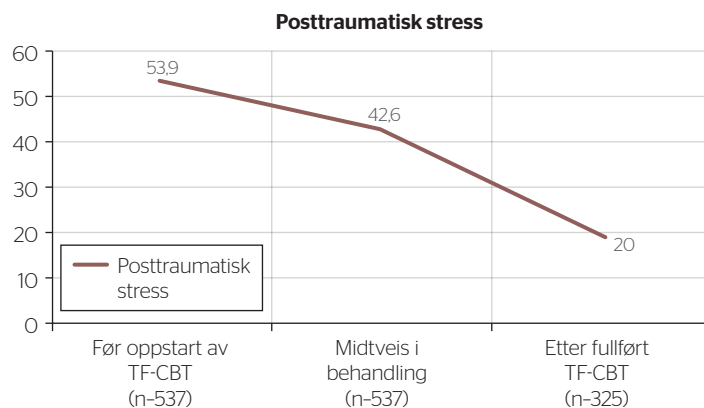
Mange anbefaler faseorienterte tilnærminger for barn som er utsatt for komplekse traumer (Ford, Cortois, Steele, van der Hart & Mijenhuis, 2005). TF-CBT er bygget opp av ni komponenter som kan deles inn i tre faser. Først en fase med *stabilisering og ferdighetstrening*, bestående av de fire komponentene psykoedukasjon, avspenning/stressmestring, affektregulering og kognitiv mestring. Deretter følger en *bearbeidingsfase* med de to komponentene traumenarrativ og kognitiv prosessering. Til slutt gjennomføres en avsluttende *konsolideringsfase* med de tre komponentene in vivo eksponering (ved behov), deling av traumenarrativ og styrking av fremtidig sikkerhet og utvikling. Foreldrearbeidet foregår parallelt gjennom hele behandlingsforløpet (se figur 2), og ofte vil også samarbeid med skole og nettverk skje parallelt.

Individuell tilpasning står sentralt i TF-CBT, og tiden man bruker på de enkelte komponentene, avhenger av barnets fungering. Har barnet store reguleringsvansker og utfordringer med å etablere tillit, noe barn som har opplevd komplekse traumer ofte har, vil de ofte trenge mer tid på stabiliseringskomponentene enn barn med enkelttraumer. Noen ganger kan denne første fasen utgjøre opp mot halvparten av behandlingsforløpet. I tillegg til en annen vektning av komponentene vil også behandlingens lengde kunne være lengre for komplekse traumer enn for enkelttraumer, med inntil 25 timer mot 8–16 timer ellers.

Utvikling og opprettholdelse av en god allianse er alltid viktig i TF-CBT (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2013), men kan bli særlig utfordret i arbeid med barn som er utsatt for komplekse traumer. De har ofte erfaringer med voksne som svikter dem, og trenger stor grad av trygghet og forutsigbarhet gjennom terapien. De vil også som regel ha stort behov for en gradvis tilnærming til traumelaterte temaer fra behandlingsstart (se Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012 for en nærmere beskrivelse av TF-CBT og komplekse traumer).

### SIKKERHETSVALDERING

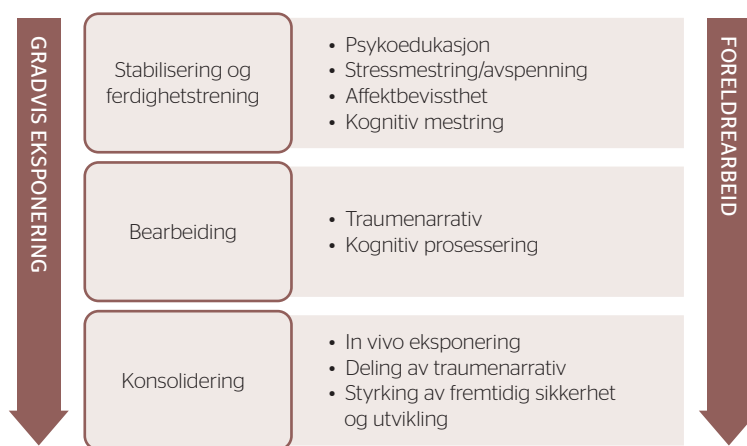
I en tidlig fase av behandlingen er det nødvendig å vurdere hvorvidt barnet har det trygt og ikke blir utsatt for nye overgrep. Sikkerhet er alltid en del av TF-CBT, men er særlig aktu-



**FIGUR 1.** Symptomer på posttraumatisk stress

Klinisk grenseverdi = 33,2. Vi bruker standardiserte cut-off skårer som ble aggregert. SD før oppstart av TF-CBT = 17,7, SD midtveis i behandlingen = 20,6, SD etter fullført TF-CBT = 17,5.

Ulik *n* ved ulike tidspunkt skyldes at data sendes inn fortløpende. Endelige resultater vil ikke være fullstendige før ved prosjektets slutt.



**FIGUR 2.** Komponentene i TF-CBT

elt ved komplekse traumer fordi mange av barna lever i truende livssituasjoner. Fare for pågående vold, seksuelle overgrep, pågående omsorgssvikt eller utilstrekkelig tilsyn kartlegges. Det må også vurderes om barnet utgjør en fare for seg selv eller andre, gjennom for eksempel selvmordsatferd, alvorlig selvskadning, rusmisbruk, vold eller overgrep. Er det grunn til bekymring for barnets sikkerhet, må dette alltid håndteres først. Det kan være behov for konkrete tiltak, som endring av samvær og tilsyn. Noen ganger vil TF-CBT utsettes til sikkerheten er bedre ivaretatt, men som regel er det tilstrekkelig å lage en sikkerhetsplan sammen med barnet og omsorgspersonene. I mange tilfeller må sikkerhetsarbeidet følges opp gjennom hele behandlingsforløpet i samarbeid med omsorgspersoner, og eventuelt skole, barnevern og politi.

Nicolai på 16 år kommer til BUP etter flere selvmordsforsøk. Han har sluttet på skolen og isolert seg sosialt. Nicolai har vært i kontakt med både barnevernet og BUP før på grunn av høyt skolefravær og sinneproblematikk. Han har imidlertid aldri fortalt noen om hva han har vært utsatt for hjemme. Han sier: «Det er vanskelig å snakke om når ingen spør.»

Under kartleggingen fremkommer det at Nicolai har vært utsatt for fysisk og psykisk vold fra far gjennom hele barndommen og vært vitne til vold mot mor. Han forteller og at han har vært mye for seg selv, og fått lite oppmerksomhet fra foreldrene. Kartleggingen viser omfattende PTSS og depresjonssymptomer og suicidal tanker.

Ved oppstart lager terapeuten og Nicolai en sikkerhetsplan for selvmordsatferden hans. Mor blir informert om de suicidal tankene, og hun inkluderes i sikkerhetsplanen. Hvis ikke impulsene kan håndteres av Nicolai og mor i fellesskap, er avtalen at de skal kontakte legevakten. Terapeuten gjør jevnlig selvmordvurderinger, og følger opp sikkerhetsplanen gjennom hele behandlingen. Far har besøksforbud, og Nicolai har ikke kontakt med ham, men om far plutselig dukker opp enten hjemme eller på skolen, er planen at Nicolai skal ringe politiet.

Uansett om sikkerhetsarbeidet består i suicidalvurderinger eller å beskytte barnet, må planene være konkrete. Dette kan gjøres ved å tydelig-

gjøre hvor og hvordan barnet skal komme seg i sikkerhet, og hvilke personer barnet kontakter i konkrete situasjoner.

### STABILISERING OG FERDIGHETSTRENING

Barn med komplekse traumer har gjerne utfordringer med selvregulering. I denne første fasen er målet at barnet skal få hjelp til å utvikle effektive ferdigheter for å regulere stressresponser, følelser, tanker og atferd. Det betyr at terapeuten øver på ferdighetene sammen med barnet i timene, i tillegg til at barnet må øve i hverdagen, helst sammen med støttende omsorgspersoner.

### Psykoedukasjon

Traumeutsatte barn strever ofte med å forstå egne reaksjoner i etterkant av traumehendelser. For å anerkjenne barnets opplevelser, normalisere traumereaksjonene og formidle håp om bedring, er psykoedukasjon første behandlingskomponent i TF-CBT, men komponenten løper gjerne gjennom hele behandlingen. Terapeuten gir både generell og individuelt tilpasset informasjon om traumer og vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser. Innholdet i og mengden av informasjon må være alderstilpasset, relatert til barnets traumeerfaringer og knyttet opp til barnets rapporterte symptomer. Gjennom psykoedukasjon starter også den gradvise eksponeringen for traumeminnene (Cohen et al., 2017).

Barn som har vært utsatt for traumer, kan være plaget av sterke kroppslige og følelsesmessige reaksjoner på traumepåminnere og har ofte unngåelsesatferd knyttet til disse. I behandlingsforløpet er det derfor viktig å identifisere og finne gode måter å håndtere traumepåminnere på. Eksempler på vanlige traumepåminnere ved komplekse traumer kan være høye stemmer, berøring, blick, hjertebank og følelse av avvising.

Vilde på ni år kommer til BUP etter omsorgsovertagelse av barnevernstjenesten. Hun har tidligere vært i et femårig forløp for utredning og behandling av gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og ADHD. Henvisningen beskriver ukritisk og seksualisert atferd i møte med fremmede, store vansker med personlig hygiene og alvorlig utagering i sosiale situasjoner. Det blir uttrykt bekymring om dissosiasjon fordi hun ofte er fjern og uttrykker seg med dyrelyder.

På skolen blir Vilde skjermet fra klassen med én-til-én-undervisning. Hun sover med fosterforeldrene og våkner ofte av mareritt. Hun blir for første gang kartlagt for traumeerfaringer, og det kommer frem at hun fra tidlig barndom har vært utsatt for omfattende seksuelle overgrep fra far, vold fra far og mor og omsorgssvikt.

Når Vilde og fostermor kommer til første time, forteller terapeuten at de skal snakke om vanlige reaksjoner etter skremmende hendelser, hvordan hodet og kroppen reagerer på frykt, og hva som kan hjelpe Vilde når hun blir redd. Vilde blir veldig urolig, begynner å mjaue/hyle og vrir seg rundt på gulvet. For å regulere ned Vildes følelser og gjøre henne mer mottakelig for informasjonen, forteller og tegner terapeuten en historie om endring fra utrygghet til trygghet:

«Her er et tre som står i flammer, og her står et menneske, lenket fast til treet. Kanskje er det et barn. Barnet kommer seg ikke bort og er redd og gråter, for det er skummelt. Så kommer en voksen og står sammen med barnet. De står der sammen og ser på flammene, og etter hvert blir flammene mindre og mindre, helt til treet blir til aske. Nå er ikke barnet redd lenger. Tårene til barnet faller ned på asken, og vet du hva som skjer? Det vokser frem en liten blomst. Der står de to; barnet og den voksne og ser på den vakre blomsten som vokser frem etter flammene.»

Vilde følger med på historien, kommer med spørsmål og kommentarer og vil tegne blomsten selv.

Det å ta til seg konkret traumeinformasjon var vanskelig for Vilde, men en metaforisk historie både engasjerte og roet ned hennes

aktivering. Vi ser at barn med komplekse traumer ofte er for dysregulerte til at de klarer å ta til seg mye ny informasjon så tidlig i terapiforløpet, særlig spesifikk informasjon knyttet til traumene de har opplevd. Da er det ofte nødvendig å lære konkrete strategier for selvregulering før de tar imot mer psykoedukasjon.

### Foreldreferdigheter

Mange foreldre opplever det utfordrende å forholde seg til traumene som barnet har opplevd. I TF-CBT følger foreldrearbeidet alle komponentene i parallelle timer. Målet er at foreldrene skal forstå og respondere adekvat på barnets traumereaksjoner, å styrke foreldrenes evne til å være trygge og beskyttende samt å fremme god kommunikasjon mellom barnet og foreldrene (Cohen et al., 2017).

I mange saker med komplekse traumer er det imidlertid foreldrene selv som utsetter barnet for traumer. For å ivareta barnets trygghet vil foreldrene i slike tilfeller normalt ikke delta i behandlingen. Er barna flyttet i fosterhjem eller til institusjon, er det naturlig at fosterforeldrene, eller de som jobber med barnet, involveres i behandlingen, eventuelt i tillegg til foreldrene.

Barn med komplekse traumer har levd med langvarig stress, men ofte uten hjelp fra en forelder til å regulere seg i situasjonen. Omsorgspersonene trenger å lære hvordan de kan hjelpe barnet sitt å regulere stress og overveldende følelser og har da god nytte av å lære de samme ferdighetene som barnet lærer. I tillegg arbeides det med å styrke positivt samspill og omsorgspersonenes validering av barnets følelser. Utover et traumefokus vil tema i foreldresamtalene variere ut ifra hvem som deltar. Biologiske foreldre har gjerne behov for å bearbeide egne følelser, som skyld og skam, slik at de bedre kan forholde seg til barnas reaksjoner og traumehistorie (Holt, 2016). Mange foreldre har også egne traumeerfaringer, og vil ha behov for egen behandling. Fosterforeldre har ofte nytte av hjelp til å forstå utfordrende atferd i lys av traumene barnet har opplevd. Slik kunnskap kan også øke det emosjonelle engasjementet hos fosterforeldrene (Dorsey, Canover & Cox, 2014). Siden barna strever med tillit til voksne, må terapeuten være åpen og tydelig med barnet om hvilke temaer som blir delt med de voksne.



**Metoden er evidens- og manualbasert, og behandlingseffekten er veldokumentert for barn med ulike typer traumer og komorbide tilstandsbilder**



For å ivareta Nicolais trygghet er det ikke hensiktsmessig å inkludere far i behandlingen, for han vil ikke erkjenne volden og opptrer fortsatt truende mot Nicolai. Nicolai er usikker på om mor bør delta. De har hyppige konflikter, og han vurderer å flytte hjemmefra. Samtidig ønsker han at moren skal forstå og støtte ham, men er redd for å bli skuffet. Mor er også ambivalent. Hun vil gjerne støtte, men vet ikke om hun vil få det til. Hun har skyld- og skamfølelser fordi hun ikke klarte å beskytte Nicolai i oppveksten, men viser også sinne og redsel i møte med hans sterke følelser. Behandleren forteller mor at det er viktig at hun forstår Nicolais reaksjonsmønster for å støtte ham, og begge velger å gi terapien en sjanse.

Når foreldre involveres i terapi, er mange barns hovedbekymring om foreldrene vil oppleve det som belastende. Tar terapeuten eksplisitt ansvar for å håndtere foreldrenes vonde følelser, lykkes de fleste terapeuter med å engasjere både barn og foreldre i behandlingen.

#### Avspenning og stressmestring

Barn med komplekse traumer har ofte et uregulert nevrobiologisk «alarmsystem» (Teicher & Samson, 2016) og trenger å lære seg å regulere stress. Avspenningsteknikker kan både redusere den generelle fysiologiske aktiveringen og gi innganger til å håndtere spesifikke stressreaksjoner som oppstår i møte med hverdagens traumepåminnere (Cohen et al., 2017). Barnet bør innledningsvis øve i trygge og rolige omgivelser, gjerne med en forelder til stede. Etter hvert utvides bruken til situasjoner relatert til barnets traumevansker, for eksempel innsovning.

Nicolai er plaget av kroppslige smerter, uro, vaksomhet og innsovningsvansker. Terapeuten viser ham hvordan progressiv muskelavspenning og kontrollert pust kan regulere «alarmsystemet». Nicolai kjenner seg umiddelbart roligere av muskelavspenningen og øver daglig på dette. Slik får han en inngang til å regulere sitt stressnivå.

Det er viktig å velge avspenningsmetoder som er tilpasset barnets symptombilde. Vi har best erfaring med at barna lærer én til to teknikker grundig, fremfor en overfladisk innføring



## Terapeuten øver på ferdighetene sammen med barnet i timene, i tillegg til at barnet må øve i hverdagen, helst sammen med støttende omsorgspersoner

i mange ulike teknikker. Det er også viktig å prøve øvelsene i terapirommet, og så øve på dem i hverdagen.

#### Affektregulering

Barn som er utsatt for traumer, opplever ofte intense negative følelser og/eller følelsesmessig nummenhet og fravær av følelser. Mange barn med komplekse traumer vokser opp i hjem med lite utviklingsstøtte til følelsesregulering, og barnas egne ressurser har blitt brukt til å håndtere et skremmende miljø. En del barn kan også ha erfaringer med at egne følelsesuttrykk har blitt straffet eller latterliggjort (Cook et al., 2005, Cohen et al., 2012). I denne komponenten lærer barnet å identifisere, uttrykke og regulere grunnleggende følelser. Gjennom å lære å håndtere sterke følelser blir de også bedre i stand til å håndtere følelser knyttet til traumepåminnere, og klarer i større grad å eksponere seg for og håndtere dem og ikke alltid unngå påminnerne (Cohen et al., 2017).

Barnet og terapeuten begynner gjerne med å identifisere og gjenkjenne grunnleggende og traumerelaterte følelser. Selv om skam og skyld er fremtredende følelser hos de fleste barn som har vært utsatt for traumer, er det sjelden de nevner disse følelsene uten at terapeuten spør etter dem.

Fostermor forteller at Vilde bruker dyrelyder for å uttrykke ulike følelser. Følelsesarbeidet starter med at Vilde og terapeuten setter ord på grunnfølelsene. Det viser seg at Vilde har begreper for å være lei seg, redd, sint og glad – og for kjærlighet. Hun setter farger på følel-



sene, tegner hvor i kroppen de forskjellige følelsene kjennes, og snakker om hvordan følelser kan ha ulik styrke. Wilde og terapeuten leter etter koblinger mellom bestemte følelser og ulike dyrelyder. Hun blir en katt når hun er redd, tiger når hun er sint, og sel når hun er lei seg. Terapeuten er nøye med å sette ord på følelsen hun tror Wilde har når hun reagerer med dyrelyder. Terapeuten sier: «Nå tror jeg katten er redd og trenger å strykes.» Fosteremor blir oppmuntret til å jobbe på samme måte hjemme. Etter hvert klarer Wilde å sette ord på følelsene sine og trenger ikke dyrelydene.

Når barn over lang tid har unngått følelser fordi de føles vonde eller skumle, kan de streve med å gjenkjenne følelser, også de gode. Det gjør det viktig å få følelser frem og opp i intensitet slik at de kan erfare at følelser ikke er farlige. Sammen fortsetter barnet og terapeuten og utforske praktiske måter å håndtere følelser på.

Nicolai kjenner seg igjen i både opplevelsen av intense følelser og nummenhet. «Den knallsterke tomhetsfølelsen» er tydeligst, men også sinne er en hovedfølelse. Bak sinne ligger det andre følelser, som tristhet, redsel og hjelpeløshet.

Når intense følelser skal reguleres, er det stort sett unngåelse han har å spille på. Han blir også sint, gjerne på mor. Sammen med terapeuten leter de opp andre strategier, slik som muskelavspenning og dyp pust. De henter også frem gode følelser, som å le sammen av «YouTube»-snutter. Gjennom rollespill øver de på å dele vanskelige følelser med mor. Og kommer tomheten og nummenheten mens han er hjemme, tar han fatt på aktiviteter som å gå tur med hunden, høre på musikk og etter hvert å ta kontakt med venner.

Mor lærer hvordan hun kan bekrefte Nicolais følelsesuttrykk, noe som er utfordrende for henne. Egne voldserfaringer gjør at hun også unngår følelser, og sammen med terapeuten arbeides det med egne vanskelige følelser knyttet til volden.

Grundig jobbing med følelser på mange nivå, slik som i behandlingen av Nicolai og Wilde, gjør at barnet blir tydeligere i sine følelsesuttrykk, både for seg selv og for sine nære.

### Kognitiv mestring

Hos barn som har levd med traumer over lang tid, ser vi at mange har utviklet uhensiktsmessige tanker om seg selv og verden. Denne komponenten er basert på klassisk kognitiv terapi, og lærer barnet og foreldrene hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen. Yngre barn, eller barn som strever kognitivt, kan bruke bilder og begreper som «røde og grønne tanker».

Wilde får høre om hvordan man kan «trylle med følelser» ved å påvirke tankene. «Det var da, nå er nå» er en foreslått hjelpetanke som forteller Wilde at traumet er historie og ikke vil skje igjen, og hjelper å regulere ubehaget ved traumepåminnere. Wilde og fostermoren får også i oppgave å være detektiver etter «grønne tanker» i hverdagen, og legge merke til hvordan hjelpsomme tanker påvirker Wildes følelser og handlinger.

I denne komponenten handler det først og fremst om å forstå og anvende kognitiv mestring. Vår erfaring er at dette læres best i situasjoner der barnet ikke er veldig aktivert. Endring av dysfunksjonelle tanker knyttet til traumet skjer først i bearbeidingsfasen.

### BEARBEIDINGSFASEN

Barnet trenger også å bearbeide og forstå egne traumeerfaringer. I denne delen av terapien kan barnet oppleve økt symptomtrykk, noe det er viktig å formidle og normalisere overfor både barnet og foreldrene. Gjennom bearbeiding av egne traumeerfaringer kan man også bidra til å utvikle selvregulering ved at barnet får nye erfaringer i å håndtere egne reaksjoner på minnene (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2011). Dette ser vi særlig ved komplekse traumer, at det er først når de har jobbet seg gjennom denne fasen, at de blir tilstrekkelig regulert.

### Traumennarrativ

Det er vanlig å kjenne på sterke følelser, kroppslige reaksjoner og vonde tanker knyttet til traumeminnene. Mange ønsker å unngå alt som minner om traumet. I denne komponenten lærer barnet gradvis, i trygge omgivelser, å håndtere reaksjonene knyttet til minnene. Slik blir de mindre sensitive overfor dem og kan overvinne unngåelsesatferd. Gjennom utvik-

»



ling av et traumenarrativ, som er barnets egen fortelling om det som har hendt, blir barnet eksponert for egne minner, tanker og følelser fra traumeopplevelsen. Prosessen bidrar også til å gi mening og sammenheng i hendelsene, og til å identifisere traumepåminnere og dysfunksjonelle tanker (Cohen et al., 2017; Ehlers & Clark, 2000; Glad, 2013).

Barn med komplekse traumer har gjerne erfart mange skremmende hendelser. Noen ganger blandes disse hendelsene sammen, og andre ganger huskes bare bruddstykker. Hva som skal inkluderes i traumbearbeidingen, kan derfor være vanskelig å velge. En tidslinje kan da være til hjelp. Tidslinjen har flere funksjoner. Både barnet og terapeuten får en oversikt over hendelsene, den anerkjenner at barnet har mange traumeerfaringer, og den gir mulighet til å inkludere gode hendelser fra oppveksten. Gjennom dette arbeidet blir ofte underliggende temaer som gjentatte erfaringer med svik og negative selvevalueringer synlige og tematisert. Terapeuten oppfordrer så barnet til å velge den episoden det synes har vært mest skremmende, og som barnet har mest plager knyttet til, for en mer detaljert eksponering. Eksponeringseffekten til en eller flere slike episoder vil deretter kunne generaliseres til de andre traumeerfaringene (Cohen et al., 2017).

Det anbefales å avgrense eksponeringsarbeidet, da hovedfokus i behandlingene skal være hvordan barnet og familien kan håndtere traumepåminnere og andre fremtidige utfordringer (Cohen et al., 2017). Hvor langt og detaljert narrativet blir, og hvor mange tanker og følelser det inneholder, vil avhenge av barnets emosjonelle og kognitive utviklingsnivå ved terapistart, og barnets alder da hendelse(n) skjedde. For Vilde, som var veldig liten da volden og overgrepene startet, ble narrativet kort, med relativt få detaljer. Hos Nicolai ble derimot utfordringen å avgrense eksponeringsarbeidet.

Nicolai og terapeuten velger de hendelsene som vekker mest påtrengende minner: én episode der han ble utsatt for slag, spark og nedskalling fra far, og en annen der han var vitne til at mor ble utsatt for grov vold. Nicolai jobber seg gjennom ett og ett narrativ. Hver hendelse fortelles i nåtid for å øke eksponeringseffekten. Sammen med terapeuten husker

han stadig flere detaljer. Han identifiserer de verste øyeblikkene, og inkluderer så i narrativet hvilke følelser og tanker han hadde under hendelsene. Deretter leser terapeuten narrativet opp høyt, for at Nicolai skal få trening i å tåle egne reaksjoner knyttet til hendelsene. Nicolai blir svært aktivert, og han får gjenopplevelser og dissosierer. Terapeuten bruker grunnings-teknikker (grounding), som å koble på ulike sanser og fokusere på «her og nå», og ved hjelp av innøvde pusteteknikker klarer Nicolai å regulere de sterke følelsene. Behandleren bruker en skala for å måle nivået av ubehag og aktivering, og tilpasser slik eksponeringen underveis. Nicolai minner seg selv på at «volden skjer ikke nå, den skjedde da». Etter hvert opplever han redusert ubehag og erkjenner at sterke følelser ikke er farlige i seg selv, men noe han kan håndtere.

Hos Nicolai ble ubehaget knyttet til å tenke på og snakke om volden gradvis mindre. For noen barn vedvarer ubehaget til tross for at episodene bearbeides over tid. Det kan da være at noe sentralt i narrativet ikke har kommet frem og må utforskes mer. Noen ganger vil ubehaget påvirkes av at eksponeringen vekker følelser knyttet til sterke uhensiktsmessige tanker, som at verden ikke lenger er trygg. For at ubehaget da skal gå mer ned, må man gå videre til neste komponent: kognitiv prosessering.

### Kognitiv prosessering

Ehlers og Clark (2000) understreker at uhensiktsmessige antagelser knyttet til traumehendelser spiller en viktig rolle i opprettholdelsen av traumesymptomer og negative emosjoner. Barn som har opplevd komplekse traumer, har ofte et hovedtema som går igjen i traumene de har opplevd: Det er min skyld, andre er ikke til å



**Mange foreldre opplever det utfordrende å forholde seg til traumene som barnet har opplevd**

stole på, jeg er ødelagt, verden er farlig, og livet mitt kommer aldri til å bli bra, er eksempler på vanlige antagelser som påvirker barnas relasjon til seg selv og andre. Antagelsene oppstår ofte i et forsøk på å skape mening og kontroll til traumehendelsene. Endring av kognisjonene kan skje spontant gjennom hele terapiforløpet, men i denne delen av behandlingen utfordres de konkret.

Yngre barn og barn med komplekse traumer opplever ofte de uhenksomme antagelsene som etablerte sannheter og ikke noe som kan endres på. Metaforen om «ugresstanker og blomstertanker» kan åpne for å luke vekk enkelte tanker, og skape plass for at blomstertankene kan sås, slå rot og vokse.

Nicolai mener han er ødelagt, kjenner skam og mangler håp for fremtiden. Han tenker at oppveksten hans har frarøvet ham mulighet til å være som jevnaldrende.

Sammen med behandleren utforsker han tanken om å være ødelagt ved å undre seg over spørsmål som: «Hva er det ved deg som er ødelagt?» «Når ble du ødelagt?» «Er alle barn som har opplevd vold, ødelagt?» En liste med bevis for og imot at han er ødelagt, blir laget for å nyansere. Etter hvert fremkommer et bilde av et strå som har ligget bøyd av vær og vind, men som er i ferd med å reise seg igjen. En tanke om at han er «reparerbar», begynner å vokse, og Nicolais skamfølelse reduseres. Han klarer å fortelle to gode venner om volden og hvordan han har det. Etter noe tid sier han: «Nå har jeg endelig mål og mening med livet, kanskje jeg til og med kan få barn en gang.»

Gjennom terapeutens spørsmål finner Nicolai selv frem til tanken om seg som «reparerbar». Vår erfaring er at terapeuter ofte er raske til å foreslå alternative tanker, men her bør en være tålmodig. Skal tankene være hjelpsomme, er det viktig at barnet har eierskap til dem.

### KONSOLIDERINGSFASEN

Den siste fasen handler om å konsolidere og generalisere det barnet har lært i terapien, til barnets dagligliv og fremtid. Det er også ønskelig at barnets evne til å danne en tillitsfull relasjon med terapeuten generaliseres til andre viktige personer i barnets miljø, for slik å bidra til barnets evne til å ta vare på egen sikkerhet i fremtiden (Cohen et al., 2012).

### Deling av traumenarrativet

Etter at narrativet er ferdig, anbefales det å ha en fellestime med både omsorgspersonene og barnet til stede. I denne timen deles hele traumenarrativet sammen med en oppsummering av endringer i kognisjoner og hva barnet har lært i behandlingen. Hensikten er å sikre god kommunikasjon om traumene og å legge til rette for at barnet klarer å dele eventuelle nye hendelser med omsorgspersonene. Delingstimen må forberedes godt med fokus på hvordan omsorgspersonene kan støtte og gi gode tilbakemeldinger til barnet. Dette kan være utfordrende for foreldre til barn som har opplevd komplekse traumer, fordi foreldrene selv kan føle skyld for det som har hendt, og fordi mange har egne traumeerfaringer. Frem mot deling jobbes det derfor med foreldrene slik at de kan ta imot historien.

Mor synes det er vanskelig å ha håp for Nicolai, fordi hun har liten tro på egen fremtid. Hun er preget av skyld og skam for ikke å ha beskyttet sønnen. Før delingstimen blir hun eksponert for Nicolais historie flere ganger. Målet er at hun skal klare å ha fokus på sønnen i delingstimen, fremfor egne følelsesmessige reaksjoner. Deling av traumenarrativet blir en god opplevelse for begge, og dette gir dem håp om at de skal klare å dele andre vanskelige temaer fremover.

Nicolai opplevde som de fleste andre barn at delingstimen gikk bedre enn han hadde trodd. I tillegg til å bidra til åpnere kommunikasjon i familien kan delingstimen også gi mot til å våge å stole på andre voksne i det utvidete nettverket.

### Styrking av fremtidig sikkerhet og utvikling

Forskning viser at barn som har opplevd traumer, har økt risiko for å oppleve nye traumer (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009). Dette gjelder ikke minst barn med komplekse traumer. Da gjelder det å hjelpe barnet til å gjenkjenne potensielle faresituasjoner og lære seg konkrete strategier som reduserer risikoen for nye traumatiserende hendelser. Det kan være behov for å styrke fremtidige sikkerhetsplaner, øve på selvhevdelse eller lære å be om hjelp og støtte fra voksne. Barnet kan også lære å sette trygge grenser og øve på kon-

»

krete problemløsnings- og konfliktløsningsferdigheter.

Når behandlingen er i ferd med å bli avsluttet, har ikke Nicolai selvmordstanker lenger og regulerer seg godt i hverdagen. Avsluttende kartlegging viser at både traume- og depresjonssymptomene er godt under klinisk grense. Sammen med behandler diskuteres potensielle utfordrende situasjoner og traumepåminnere som kan oppstå, og de lager en plan for hvordan Nicolai kan håndtere dem. Den sisten tiden bruker de på å etablere kontakt med skolen han skal begynne på, og han velger å informere lærer og helsesøster om erfaringene sine.

#### AVSLUTNING AV BEHANDLING

Avslutningen bør tematiseres og planlegges godt både for barnet og omsorgspersonene. Barn som har vært utsatt for komplekse traumer, har ofte erfaring med brutte relasjoner og voksne som har sviktet. Behandlingsrelasjonen kan derfor være den første trygge relasjonen der barnet får mulighet til å oppleve en god avskjed (Kliethermes & Wamser, 2012).

Det er fint for barnet å oppleve at det har noe innflytelse på avslutningen. En mulighet er å formulere den som et mål som er nådd, heller enn at barnet opplever å bli forlatt igjen. For noen gir det trøst å ha med et minne fra terapien, og mange opplever det godt å høre at terapeuten fortsatt vil huske og bry seg om barnet selv om behandlingsrelasjonen er over.

Ved avslutning av behandlingen fungerer Vilde mye bedre sosialt; hun klarer å delta i bursdagsfeiringer, roer seg lettere ned ved følelsesutbrudd og deltar mer i klassen. Kartleggingen viser at traumesymptomene hennes er under klinisk grense. For å få et innblikk i Vildes opplevelse av behandlingen velger terapeuten å rollespille et TV-intervju med henne. I intervjuet sier Vilde:

Før gikk jeg rundt og ville være med alle. Det var skummelt. Nå vet jeg at det er best å være sammen med kjente som jeg vet er snille. Barn trenger masse trøst og gode råd. Jeg synes man skal snakke med voksne og få hjelp. En

god mamma er modig og beskyttende, slik som fostermor Anne. Hun hjelper meg å passe på slik at ingen tar på mine private kroppsdelene. Før hatet jeg følelsene mine. På BUP har jeg lært om følelsene, og når jeg lærte om dem, så ble jeg venn med dem. Det liker jeg. Dra på BUP, og der lærer du å være vanlig!.

Mange barn med komplekse traumer deler Vildes ønske om å føle seg mer vanlig. Når de mestrer å regulere følelsene og adferden sin bedre i hverdagen, erfarer de også at mennesker rundt responderer mer «vanlig» på dem.

#### EN EGNET METODE

Det kan oppleves som utfordrende å hjelpe barn med komplekse traumer. Traumehendelsene har påvirket utviklingen deres, og hverdagen er ofte preget av små og store kriser i familier og nettverk med mange utfordringer. Etter å ha veiledet nesten 600 saker ser vi at TF-CBT er en egnet metode for å hjelpe barn med slike traumeerfaringer. Metoden er strukturert, men fleksibel, og tilpasninger er en del av metoden. Det er rom for å utvide komponenter og faser, men vår erfaring er at dette ikke alltid er nødvendig. Vi ser at et behandlingsforløp med konkrete mål og forventninger om fremdrift er særlig nyttig i saker med komplekse traumer. Strukturen gir terapeutene trygghet til å bevege seg fra stabilisering til terapiens traumbearbeidingsfase, som er sentral for å gi reduksjon i traumerelaterte symptomer, og for å bidra til en bedre hverdag for barnet. ✕



**Når barn over lang tid har unngått følelser fordi de føles vonde eller skumle, kan de streve med å gjenkjenne følelser, også de gode**



## REFERANSER

- Arellano, M.A.R. d., Lyman, D.R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., ... Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602.
- Cary, C.E., & McMillen, J.C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748–757.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528–541.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M., & Steer, R. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the traumanarrative and treatment length. *Depression & Anxiety*, 28, 67–75.
- Dorsey S., Conover, K.L., & Cox, J.R. (2014). Improving foster parent engagement: Using qualitative methods to guide tailoring of evidence-based engagement strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1–13.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411.
- Ford, J.D., Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O., & Mijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437–447.
- Glad, K.A. (2013). «Det er vel ikke sånn at jeg kommer til å gå ut herfra som et åpent sår?» En kasusbeskrivelse av det terapeutiske arbeidet med traumenarrativet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 1171–1177.
- Goldbeck, L., & Jensen, T.K. (2017). The Diagnostic Spectrum of Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. I M.A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (red.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 3–28). Cham: Springer International Publishing.
- Goldbeck, L., Mueche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of traumafocused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for children and adolescent: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159–170.
- Holt, T. (2016). Betydningen av foreldres reaksjoner og støtte. I C. Øverlien, M.-I. Hauge, & J.-H. Schultz (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 63–75). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, T.K., Granly, L.B., Hoaas, L., E.C., & Stormyren, S. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen, & R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 169–199). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., ... Wentzel-Larsen, T. (2013). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Kliethermes, M., & Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma. I J.A. Cohen, A. Mannarino, & E. Deblinger (red.), *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents. Treatment Applications*. New York: The Guilford Press.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. NOVA rapport.
- Murray, L., Dorsey, S., Skavenski, S., Kasoma, M., Imasiku, M., Bolton, P., ... Cohen, J. (2013). Identification, modification, and implementation of an evidence-based psychotherapy for children in a low-income country: the use of TF-CBT in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 1–12.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten*. NKVTS rapport.
- NICE (2005, 18.03.16). *NICE clinical guideline on post traumatic stress disorder. Nedlastet 18.03.16, fra* <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>.
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 359–369.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T., K., Hukkelberg, S.S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 234–240.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S.R. (2013). The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No Pagination Specified. doi:10.1037/a0033884.
- Steine, I.M., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 950–957.
- Teicher, M.H., & Samson, J.A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. NKVTS rapport.