Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling

Hvert år utsettes mange barn og unge for hendelser de opplever som skremmende, og som kan traumatisere dem. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode som ser ut til å ha god effekt på barn som plages med posttraumatiske stressreaksjoner.

TEKST
Tine K. Jensen

PUBLISERT 5. januar 2011

ABSTRACT:

Understanding posttraumatic stress in youth: guidelines for trauma-focused treatment

Several Norwegian studies have documented that a large number of children and adolescents in Norway experience traumatic events every year. Given the high prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in childhood, and a lack of treatment for children and adolescents who develop PTSD, effective treatment models for this population are needed. In this article common post trauma symptoms after childhood trauma are described. A trauma-focused cognitive behavioral treatment model (TF-CBT) is explored. TF-CBT has showed positive results through several randomized controlled trials, and there are ongoing studies for children experiencing sexual abuse, domestic violence, traumatic grief, terrorism, disasters and multiple traumas. Nevertheless, there is a need for more effectiveness studies as well as studies focusing on therapeutic process factors.

Keywords: childhood trauma, treatment, PTSD, trauma focused CBT.

EMNER Traumer hos barn · Behandling · PTSD · Posttraumatisk stress · Traumefokusert CBT

Illustrasjon: Jill Moursund

Diagnosemanualen DSM IV (Amerian Psychiatric Association, 2000) definerer en traumatisk hendelse som en situasjon hvor personen opplever, er vitne til eller er konfrontert med en eller flere hendelser som involverer død eller trussel om død, alvorlig skade eller psykiske krenkelser mot en selv eller andre. I tillegg må personen reagere med intense følelser av frykt eller hjelpeløshet. For barn kan reaksjonen også kjennetegnes ved desorganisert eller agitert atferd.

«Traumefokusert kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode som synes å ha god effekt på traumatiserte barn, og er i dag den mest anbefalte metoden for barn som strever med symptomer på posttraumatisk stress»

Antall studier som omhandler traumer hos barn, har vokst dramatisk de siste tiår. Barne-traumefeltet er likevel ungt. Så sent som på 1980-tallet var den rådende oppfatning i fagfeltet at barn ikke utviklet psykologiske vansker etter traumatiske hendelser, og Leonore Terr ble møtt med mistro da hun mente å kunne dokumentere at skolebarn utsatt for en dramatisk kidnapping utviklet posttraumatisk stress-reaksjoner (Terr, 1981). Nå vet vi at barn kan utvikle posttraumatisk stress-reaksjoner som har mange likhetstrekk med dem vi ser hos voksne.

Nye studier fra Norge viser at mange barn og unge utsettes for potensielt traumatiserende hendelser som vold og seksuelle overgrep. Blant 7033 norske 18- og 19-åringer oppgir 15 % av jentene og 7 % av guttene at de har opplevd grove seksuelle krenkelser i løpet av livet. Andelen som oppga minst ett tilfelle av fysisk vold fra en forelder, var 25 %, mens ca. 2 % var blitt slått mer enn 10 ganger (Mossige & Stefansen, 2007). En annen studie av 15930 15- og 16-åringer kartla hvorvidt de hadde opplevd vold eller seksuelle overgrep siste året. Av guttene rapporterte 24 % at de hadde opplevd vold fra annen ungdom, og 12 % av jentene svarte det samme, mens 3 % av guttene og 5 % av jentene hadde opplevd vold fra voksne. I alt 2 % av guttene og 6 % av jentene hadde opplevd seksuelle overgrep det siste året (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007). Prevalenstall for antall barn og ungdom i Norge som har opplevd andre typer traumer, som ulykker, plutselig død i nær familie eller krigsrelaterte traumer, er ikke kjent.

I denne artikkelen beskriver jeg først vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser som barn og unge kan ha. Dernest gjennomgår jeg behandlingskomponentene til det som per i dag betegnes som den foretrukne metoden for behandling av barn med posttraumatiske reaksjoner. Hensikten er å øke interessen for å arbeide med barn som har vært utsatt for en eller flere traumatiske hendelser.

Symptomer etter traumatiske hendelser

Potensielt traumatiserende hendelser kan føre til betydelige psykiske, sosiale og helsemessige vansker. Hva slags symptomer barnet utvikler, og hva slags hjelp barnet trenger, avhenger som regel av hva de har opplevd, varigheten av hendelsene, barnets individuelle reaksjoner på hendelsen og barnets muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner.

Barn kan utvikle *emosjonelle, kognitive og atferdsmessige* vansker etter traumatiske hendelser (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). De store ACE-studiene (Adversive childhood experiences) fra USA som så på sammenhengen mellom alvorlige barndomserfaringer og senere helseproblemer, viser også at slike erfaringer ikke bare fører til økt risiko for depresjon, angst og suicidforsøk i voksen alder, men også til økt risiko for utvikling av en rekke somatiske tilstander og økt dødelighet (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Felitti et al., 1998).

«Behandlingen legger vekt på at barnet og foreldrene lærer ferdigheter for å håndtere

vanskene barnet strever med. Dernest er fokus rettet mot en eksplisitt bearbeiding av den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene)»

De vanligste rapporterte symptomene etter en eller flere traumatiske opplevelser er posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD). I en meta-analyse som involverte 2697 barn utsatt for ulike typer traumer, hadde 36 % utviklet PTSD (Fletcher, 1996). Som hos voksne er PTSD hos barn og ungdom en svært sammensatt tilstand (Lipschitz, 1999). De tre symptomene som ofte viser seg etter slike traumatiske hendelser og som knytter seg til PTSD, er: Gjenopplevelse, Unngåelse/Nummenhet og Økt fysiologisk aktivering (DSM–IV, 2000). Jeg vil kort beskrive dem i det følgende.

Gjenopplevelse omfatter bl.a. påtrengende minner, repetisjonslek, tilbakevendende drømmer og ubehag eller kroppslig uro i situasjoner som minner om hendelsen. Gjenopplevelser kan oppstå i forhold til alle sansemodaliteter, men visuelle bilder er de mest vanlige. De kan fremstå som stillbilder eller som bevegelige bilder som i en film. Det er viktig å skille mellom det at barnet tenker mye på en hendelse og påtrengende minner. Påtrengende minner kjennetegnes ved at de kommer ufrivillig, gjerne fordi noe i situasjonen minnet barnet på det som skjedde. Det er viktig å forstå at traumepåminnere ikke bare minner barnet om det som skjedde, men at barnet opplever det som om det skjer igjen. Barnet kan oppleve de samme redsels- og fryktresponser i kroppen som de hadde da hendelsen(e) skjedde. Slike minner har en klar «her og nå»-kvalitet ved seg, og barnet snakker ofte annerledes om slike minner enn om andre typer minner. For eksempel kan de snakke om at de «ser» det for seg fremfor at de «husker» hendelsen. Noen barn kan fortelle at de klarer å holde påtrengende minner på avstand ved å holde seg i aktivitet. Straks barnet er alene, for eksempel når det skal legge seg, dukker gjerne minnene opp. Mange traumatiserte barn strever derfor med søvnvansker.

Påtrengende minner i form av «flashbacks» er gjerne det de fleste regner som selv kjernen i posttraumatisk stress. Likevel rapporterer barn ofte ikke om slike plager (Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010). Det kan hende dette først og fremst handler om at det er vanskelig for barn å rapportere om slike påtrengende minner, og terapeuter må gjøre nennsomme kartlegginger gjennom å spørre barnet direkte om de enkelte symptomene. Særlig kan det være vanskelig å kartlegge PTSD hos førskolebarn. På grunn av barns kognitive og språklige begrensninger har flere argumentert for at det bør lages egne PTSD-kriterier for yngre barn. De foreslåtte endringene går ut på å endre ordlyden i noen av formuleringene slik at de er mer alderstilpasset mindre barn, og å redusere antall symptomer som trengs for å oppfylle kriteriene for numming/unngåelse (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule & Dalgleish, 2008; Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putman, 2003)

Unngåelse og *nummenhet* omfatter unngåelse av tanker, følelser, aktiviteter, mennesker eller steder som vekker minner; redusert interesse for viktige aktiviteter; samt følelse av avstand eller distanse til andre og forkortet fremtidsperspektiv. Unngåelsesatferd handler mest sannsynlig om barnets forsøk på å håndtere påtrengende minner. Slike minner oppleves som så ubehagelige at barnet vil gå til store anstrengelser for unngå dem. Sensitive foreldre kan ofte forsøke å beskytte barnet mot å bli minnet om ting som har skjedd, og uten å mene det forsterke barnets problemer. For eksempel kan foreldre som har et barn som ble voldtatt på vei til skolen, støtte barnet på å være hjemme fra skolen. Eller de kan kjøre omveier for at barnet ikke skal bli minnet på en bilulykke det var involvert i. På denne måten bidrar foreldre indirekte til å signalisere at traumepåminnere er farlige og må unngås. Barnets unngåelsesatferd og engstelighet forsterkes dermed. Det er ikke uvanlig at foreldre sier at de prøver å ikke snakke om det som har skjedd, for å unngå at barnet blir opprørt. Å snakke om det som har skjedd, vil for mange i seg selv være en traumepåminner. For terapeuter utgjør dette en ekstra utfordring, siden forsøk på å samtale om hendelsen(e) kan utløse sterke følelser som barnet vil forsøke å unngå. For noen barn kan unngåelsesatferden bli så omfattende at de unngår sosial kontakt og mister interessen for aktiviteter de tidligere har hatt glede av. Mange slike barn blir opplevd som triste og kan bli feildiagnostisert som deprimerte.

Økt *fysiologisk aktivering* omfatter bl.a. søvnproblemer, irritasjon, sinne, konsentrasjonsvansker, hyperårvåkenhet og overfølsomhet overfor overraskende stimuli. Disse symptomene kan føre til betydelige plager og påvirke barnets utviklingsmuligheter. Barn som har erfart traumatiske hendelser, er stadig på vakt for nye farer. De kan fremstå som engstelige, irritable eller sinte. Konsentrasjonsvansker og problemer med å huske ting er ikke uvanlig, og barn kan utvikle skoleproblemer. Økt fysiologisk aktivering fører ofte til søvnvansker, som igjen påvirker barnets fungering. Økning i somatiske symptomer som hodepine og magesmerter forekommer også. Traumatiserte barn som viser mye tegn på fysiologisk aktivering, kan være generelt urolige og uoppmerksomme, og problematikken kan mistolkes som hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).

Utvikling av posttraumatisk stress

Det kan være mange forhold som virker inn på om et barn utvikler symptomer på posttraumatisk stress eller ikke. Omstendighetene rundt hendelsen og barnets subjektive opplevelse, inkludert opplevd livsfare og tapsopplevelser, vil spille inn (Bryant, Mayou, Wiggs, Ehlers & Stores, 2004; Jensen, Dyb & Nygaard, 2009; Vernberg, La Greca, Silverman & Prinstein, 1996). Andre forhold som kan øke risikoen for utvikling av posttraumatisk stress- reaksjoner, er hendelser som tidligere har produsert stress i barnets liv, for eksempel andre alvorlige livshendelser som familiekonflikter, vansker på skolen, dødsfall i familien og lignende (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009; Neuner, Schauer, Catani, Ruf & Elbert, 2006; Turner, Finkelhor & Ormrod, 2006). Studier har også vist at tilbakevendende traumer øker risikoen for å utvikle posttraumatisk stress, og spesielt kan interpersonlige traumer som for eksempel incest

være skadelig for barns utvikling (Copeland, Keeler, Angold & Costella, 2007; Finkelhor et al., 2009; Gabbay, Oatis, Silva & Hirsch, 2004).

Studier har dokumentert at utvikling av posttraumatisk stress-reaksjoner hos barn henger sammen med foreldrenes emosjonelle reaksjoner på den traumatiske hendelsen (Green et al., 1991; Jones, Ribbe, Cunningham, Weddle & Langley, 2002). Flere studier peker på at grad av familiestøtte kan moderere utviklingen av posttraumatisk stress-reaksjoner, mens høye nivåer av foreldrestress predikerer høyere nivåer av posttraumatisk stress hos barn (Cohen & Mannarino, 2000; Dyb, Jensen & Nygaard, 2010; Scheeringa et al., 2006). Selv om foreldrestøtte og foreldres egne reaksjoner påvirker barns utvikling etter en traumatisk hendelse, er det viktig å være klar over at det er store individuelle forskjeller også innad i familier på hvem som utvikler symptomer og ikke. For eksempel viste en norsk studie av familier som ble rammet av tsunamien i Sørøst-Asia, at søsken som hadde opplevd samme hendelse og var like eksponert for tsunamien, reagerte svært forskjellig (Nygaard, Jensen & Dyb, 2010).

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)

Det har vært gjort få behandlingsstudier av traumatiserte unge (Silverman et al., 2008; Stallard, 2006). Flere studier vil forhåpentlig gi oss mer differensiert kunnskap om hvilke intervensjoner som fungerer best på ulike problemområder. Ulike former for behandling av barn med posttraumatisk stress-symptomer har blitt vurdert med hensyn til effekt og grad av empirisk støtte (Finkelhor & Berliner, 1995; Saunders, Berliner & Hanson, 2003; Silverman, et al., 2008). Behandlingsmodellen som har fått mest empiriske støtte i randomiserte og kontrollerte studier per i dag, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (NICE, 2005; Silverman, et al., 2008).

TF-CBT har vært studert i 8 randomiserte studier som alle har vist at barn og unge som fikk TF-CBT opplevde større reduksjon i symptomer enn barn og unge som mottok annen behandling. (Cohen & Mannarino, 2008; Silverman, et al., 2008).[1] De fleste studiene har inkludert barn og unge som har vært utsatt for seksuelle overgrep, og/eller multitraumatiserte barn, mens en av studiene har sett på barn som har vært vitne til vold i hjemmet. I de fleste studiene utgjorde kontrollgruppen barn som fikk klientsentrert terapi eller vanlige terapeutiske tiltak. Resultatene tyder på at TF-CBT ikke bare fører til betydelig bedring i symptomer på posttraumatisk stress, men også til reduksjon i depressive symptomer, andre emosjonelle vansker og traumerelaterte atferdsvansker. Flere av studiene har oppfølgingsdata som tyder på at de positive effektene av behandlingen vedvarer over tid (Cohen & Mannarino, 1997; Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005; Mannarino, Cohen, Smith & Moore-Motily, 1991). To pilotstudier med behandling av barn som har opplevd traumatisk sorg, er gjennomført med gode resultater (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004; Cohen, Mannarino & Staron, 2006).

TF-CBT er en korttidsintervensjon og blir vanligvis gjennomført i løpet av 12–15 sesjoner. Behandlingen retter seg mot barn som har erfart traumatiske hendelser og hvor de presenterte problemene er relatert til disse. Modellen integrerer kognitive,

interpersonlige og familieterapeutiske prinsipper med traumeintervensjoner. Et sentralt element i behandlingen er at utformingen av teknikker og intervensjoner som brukes, må tilpasses det enkelte barns problematikk. Det blir lagt særlig vekt på å utvikle og opprettholde en god terapeutisk allianse (Cohen, Mannarino, Deblinger & Berliner, 2009).

Behandlingen legger vekt på at barnet og foreldrene lærer ferdigheter for å håndtere vanskene barnet strever med. Dernest er fokus rettet mot en eksplisitt bearbeiding av den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene). For hver komponent barnet gjennomgår, får foreldrene tilsvarende opplegg slik at de kan støtte barnet i hans/hennes bedringsprosess. Samtidig får foreldrene hjelp til å styrke sine foreldreferdigheter og håndtere sitt eget stress. Komponentene introduseres i en bestemt rekkefølge, men hver komponent gjentas og øves på etter behov gjennom hele terapiforløpet.

Før behandlingen kan begynne, må man forsikre seg om at barnet er i trygghet og ikke utsettes for ytterligere traumer. Hvis det fortsatt er i fare, bør barnets symptomer fortolkes i lys av dette. Symptomene kan være naturlige responser på en uakseptabel livssituasjon. Det er viktig at barnevernet i slike tilfeller gjør en vurdering av barnets totale omsorgssituasjon før behandlingen starter. Dersom barnevernet konkluderer med at barnet skal bo hjemme på tross av potensielt truende situasjoner, må TF-CBT-modellen tilpasses denne situasjonen. Det kan for eksempel gjøres ved at barnet lærer seg å skille mellom farlige og ufarlige situasjoner, lærer seg problemløsning og lærer hvordan situasjoner skal håndteres. For eksempel: Hvis barnet eller ungdommen ser at far begynner å drikke og vet at det kan utløse truende situasjoner, kan det lages en sikkerhetsplan. Hvem kan barnet ringe til for å få hjelp? osv.

Selv om hvert behandlingsforløp tilpasses det enkelte barnets spesifikke situasjon og vansker, så følger TF-CBT-modellen en logisk oppbygning som handler om at barnet først må lære seg ferdigheter i å håndtere stress før det kan prosessere traumeminnene. Nedenfor blir hver av komponentene kort gjennomgått.

Psykoedukasjon er særlig knyttet til kunnskap om hvilken hendelse (hvilke hendelser) barnet har opplevd, hvilke effekter slike hendelser vanligvis har på barn og deres familier, og på hvilke måter barnets symptomer kan knyttes til den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene). Denne typen informasjon bidrar til å bekrefte barnets følelser og reaksjoner. Målet er å normalisere barnets symptomer og formidle håp om endring.

Avspenningsteknikker brukes både for å bidra til å redusere fysiologiske forandringer som kan ha oppstått på grunn av den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene) og for å lære barnet å håndtere stressreaksjoner som kan oppstå i forbindelse med traumepåminnere. Dette kan bidra til å gi barnet en følelse av kontroll, dempe uro og minske unngåelsesatferd. En rekke metoder kan brukes og tilpasses barnets alder og interesser, slik som pusteøvelser, muskelavspenning eller å lytte til musikk. Spesielt har avspenningsteknikker vist seg nyttige i forbindelse med

søvnvansker. Mange barn strever med å få sove på grunn av påtrengende tanker, eller de våkner ofte av mareritt.

Affektregulering handler om å hjelpe barnet til å identifisere følelser slik at det blir bedre i stand til å håndtere og regulere dem. Barn som har vært utsatt for traumer, kan både ha intense følelser eller avflating av følelser. Ved at terapeuten hjelper barnet til et utvidet repertoar av følelser, hjelper det til å gjenkjenne egne følelser, samt observere i hvilken sammenheng de opptrer, lærer barnet å uttrykke følelser på mer adekvate måter. Dette bidrar også til at barnet lærer å eksponere seg for og håndtere traumepåminnere istedenfor å unngå dem.

Kognitiv mestring handler om å hjelpe barnet til å skille mellom følelser, tanker og handlinger, og å hjelpe det til å forstå hvordan følelser, tanker, og handlinger henger sammen og påvirker hverandre. Barna lærer å bli oppmerksomme på hva de tenker og at de kan *føle* seg bedre ved å *tenke* annerledes om en situasjon. De lærer også at ulike tanker kan føre til ulike *handlinger*. Målet er at barnet etter hvert skal kunne gjenkjenne og endre eventuelle dysfunksjonelle tanker som kan ha utviklet seg i forbindelse med traumet.

Når barnet og foreldrene har vært igjennom disse fire komponentene, skal de ha tilegnet seg tilstrekkelige ferdigheter til at arbeidet med traumenarrativen kan starte. Hvor mange timer man trenger på å oppøve disse ferdighetene, er avhengig av det enkelte barnet. Generelt brukes ca. fem til seks sesjoner på ferdighetskomponentene.

Konstruksjon av en *traumenarrativ* er en sentral del av det terapeutiske arbeidet med traumatiserte barn og deres foreldre. Traumenarrativen er barnets egen beretning om hva som har hendt. Barnet forteller sin historie gradvis fra time til time. Historien utvides til å romme hendelsen(e), tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og det verste øyeblikket. Som regel skrives historien ned i en bok, på PC, eller den kan tegnes. Fortellingen om den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene) hjelper barnet å få frem sine tanker og følelser knyttet til hendelsen(e) og til å forstå på hvilken måte den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene) har bidratt til de vanskene det har. Ved at traumenarrativen formuleres og gjentas i trygge omgivelser, vil barnet gradvis lære seg å tåle å bli minnet om traumet. En slik gjennomgang av traumehistorien er en form for eksponering og bidrar til å gjøre barnet mindre sensitivt for minner fra hendelsen og til å gjenkjenne traumepåminnere og overvinne unngåelsesatferd. Gjennom traumenarrativen kan terapeuten også få hjelp til å identifisere dysfunksjonelle tanker. I samarbeid med barnet deles traumenarrativen med foreldrene.

For noen barn vil en slik gjennomgang av traumanarrativen ikke være tilstrekkelig for å redusere gjenopplevelses- og unngåelsessymptomer. I slike tilfeller anbefales «in vivo» eksponering. Det vil si at barnet oppsøker stedet der den traumatiske hendelsen (eller de traumatiske hendelsene) fant sted. Slike intervensjoner må gjøres i tett samarbeid med foreldrene (Cohen et al. 2006).

Det anbefales at man ikke bruker mer enn 3–5 timer på traumenarrativen. Fokus i terapien skal ikke bare være på hva som har skjedd. Terapeuten skal hjelpe barnet til å se på seg selv som ikke bare et offer for traumatiske hendelser, men som en som kan håndtere traumeminnene sine og mestre fremtidige utfordringer.

Kognitiv bearbeiding innebærer at terapeuten hjelper barnet til å prosessere dysfunksjonelle tanker som bidrar til negative affektive tilstander, slik som skyld, skamfølelse og dårlig selvfølelse. Dysfunksjonelle tanker kan være upresise eller feilaktige, for eksempel «alle menn er farlige», eller de kan være realistiske men uhensiktsmessige, for eksempel at «naturkatastrofer kan skje hvor som helst». Vanlige dysfunksjonelle tanker som ofte forekommer etter traumatiske hendelser, handler om katastrofetanker: det kommer til å skje igjen, det kommer aldri til å gå bra, livet mitt blir aldri det samme, eller nedsettende tanker om en selv: det er min skyld, når andre får vite det, vil ingen være sammen med meg, alle kan se det på meg, jeg fortjener ikke å leve.

«Konstruksjon av en *traumenarrativ* er en sentral del av det terapeutiske arbeidet med traumatiserte barn og deres foreldre. Traumenarrativen er barnets egen beretning om hva som har hendt»

Trening i *sosiale ferdigheter* og gjenkjenning av risikosituasjoner ansees som viktig fordi det kan bidra til å øke barnets følelse av kompetanse og redusere unødvendig stress. Trening i ferdigheter kan dreie seg om å forsterke barnets evner og muligheter til å kommunisere til andre om skremmende opplevelser, og å rollespille risikosituasjoner og hva barnet kan gjøre i slike situasjoner. Det kan også være nyttig å fortelle barn om deres rettigheter og trene på å si nei og sette grenser for seg selv.

Foreldrearbeidet følger alle komponentene i parallelle sesjoner. Mange foreldre trenger hjelp til å forholde seg til overveldende tanker og følelser de kan ha om det som barnet har vært utsatt for. Det er viktig å lære foreldrene ferdigheter som kan hjelpe dem med å forholde seg adekvat til barnas erfaringer og symptomer. Målet med foreldrearbeidet er å forsterke foreldrestøtte, redusere foreldrenes eget stress og hjelpe foreldrene til hensiktsmessig grensesetting.

Metodiske begrensninger

TF-CBT er en intervensjon som har dokumentert gode resultater på barn som har erfart traumer og som har alvorlige symptomer på posttraumatisk stress. Det er imidlertid viktig å ha et reflektert forhold til hvilke begrensinger som ligger i modellen. For det

første var TF-CBT- modellen, i likhet med fleste nye metoder, i utgangspunktet testet ut i spesialiserte klinikker i USA. I de siste årene har modellen blitt prøvd ut i noen flere vanlige kliniske settinger, men foreløpig finnes det ingen publiserte artikler fra disse (J. Cohen, personlig meddelelse). Selv om mange av barna hadde erfart multiple traumer og var henvist for et vidt spekter av symptomer, inkludert depresjoner og atferdsvansker, så vet vi lite om hvordan modellen kan brukes i vanlige barne- og ungdomspsykologiske poliklinikker. Forhåpentlig vil en pågående studie som gjennomføres i Norge, gi flere svar på disse spørsmålene (se nkvts.no).

For det andre var et av inntakskriteriene i de tidlige studiene at barna hadde støttende foreldrefigurer som kunne følge opp og delta i terapien. Selv om modellen kan tilpasses multiproblemfamilier (Cohen, Berliner & Mannarino, 2010), er det grunn til å tro at mange barn som lever i vedvarende vanskelige livssituasjoner med ikke så godt fungerende foreldrefigurer, vil trenge flere bredspektrede hjelpetiltak. I tråd med dette er det utviklet en traumefokusert modell for barn og familier som opplever pågående stressende livsbetingelser som fattigdom, vold i og utenfor familien, mentale lidelser hos foreldre, og rusmisbruk (se Saxe, Ellis, Fogler, Hansen & Sorkin, 2005; Saxe, Ellis & Kaplow, 2007).

Det er også viktig at det gjøres en grundig og bred vurdering av barnets symptomer før terapimodell velges. Fordi arbeid med traumehistorien kan føre til midlertidig forverring av symptomene, bør ikke TF-CBT påbegynnes hvis barnet har alvorlige suicidale tanker. Mange barn blir også henvist til psykiske helsetjenester på grunn av atferdsproblemer. Selv om mange av disse barna også kan ha opplevd alvorlige traumatiske hendelser, er det viktig å kartlegge hvorvidt atferdsproblemene var til stede før traumehendelsene. I så fall anbefales det at det arbeides med å få kontroll over barnets atferdsvansker først (Cohen, Berliner & Mannarino, 2010).

Konklusjon

Artikkelen har beskrevet konsekvenser av traumatiske hendelser og en terapeutisk modell for behandling av barn med posttraumatisk stress-symptomer. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en behandlingsmetode som synes å ha god effekt på traumatiserte barn, og er i dag den mest anbefalte metoden for barn som strever med symptomer på posttraumatisk stress. Vi mangler fortsatt differensiert kunnskap om hvilke elementer i behandlingen og behandlingsprosessen som er virksomme. En pågående studie som gjennomføres ved 8 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge, kan forhåpentlig bidra til økt kunnskap om for eksempel betydningen av den terapeutiske alliansen og foreldrestøtte og hvilke barn som best kan hjelpes med denne metoden.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 1, 2011, side 57-63

TEKST

Tine K. Jensen, Professor og psykologspesialist. Psykologisk Institutt UiO og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

KONTAKT: t.k.jensen@nkvts.unirand.no

+ Vis referanser

Referanser

Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, K., Ehlers, A. & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. Psychological Medicine, 34, 335-346.

Cohen, J. A., Berliner, L. & Mannarino, A. P. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. Child Abuse & Neglect, 34, 215-224.

Cohen, J. A. & Mannarino, A. (1997). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during one year follow-up. . Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 36, 1228-1235.

Cohen, J. A., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: The Guilford Press.

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. Child Abuse & Neglect, 24(7), 983-994.

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. Child and Adolescent Mental Health, 13(4), 158-162.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. & Berliner, L. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. I E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & J. A. Cohen (red.), Effective treatments for PTSD. New York: The Guilford Press.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(10), 1225-1233.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. Child Abuse & neglect, 29(2), 135-145.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Staron, V. R. (2006). A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(12), 1465-1473.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costella, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Archives of General Psychiatry, 64, 577-584.

DSM-IV. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dyb, G., Jensen, T. K. & Nygaard, E. (2010). Children's and Parents' Posttraumatic Stress Reactions after the 2004 Tsunami. Clinical Child Psychology and Psychiatry.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. American Journal of Psychiatry, 160(8), 1453-1460. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.

Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, 1408-1423.

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.

Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. I E. J. Mash & R. Barkley (red.), Child psychopathology (s. 242-276). New York: Guilford Press.

Gabbay, V., Oatis, M. D., Silva, R. R. & Hirsch, G. S. (2004). Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. I R. R. Silva (red.), Posttraumatic stress disorder in children and adolescents (s. 1-17). New York: Norton.

Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. J., Leonard, A. C., Gleser, E. C., et al. (1991). Children and disaster: Age, gender and parental effects on PTSD symptoms. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30, 945-951.

Jensen, T. K., Dyb, G. & Nygaard, E. (2009). A longitudinal study of posttraumatic stress reactions in Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163(9), 856-861.

Jones, R. T., Ribbe, D. P., Cunningham, P. B., Weddle, J. D. & Langley, A. K. (2002). Psychological impact of fire disaster on children and their parents. Behavior modification, 26, 163-186.

Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B. & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38, 385-392.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A. & Moore-Motily, S. (1991). Six- and twelve-month follow-up of sexually abused girls. Journal of Interpersonal Violence, 6(4), 494-511.

Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. & Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. . American Journal of Psychiatry, 165, 1326-1337.

Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole.: NOVA.

Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M. & Elbert, T. (2006). Post-tsunami stress: A study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. Journal of Traumatic Stress, 19(3), 339-347.

NICE. (2005, 17.07.08). NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder from http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26

Nygaard, E., Jensen, T. K. & Dyb, G. (2010). Posttraumatic Stress Reactions in Siblings after Mutual Disaster: Relevance of Family Factors. Journal of Traumatic Stress, 23(2), 278-281.

Saunders, B. E., Berliner, L. & Hanson, R. F. (red.). (2003). Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for treatment. Charleston. SC: National Crime Victims Research and treatment Center.

Saxe, G. N., Ellis, H. B., Fogler, J., Hansen, H. & Sorkin, B. (2005). Comprehensive care for traumatized children: An open trial examines treatment using trauma systems therapy. Psychiatric Annals, 53, 443-448.

Saxe, G. N., Ellis, H. B. & Kaplow, J. B. (2007). Collaborative treatment of traumatized children and teens. New York: The Guilford Press.

Scheeringa, M. S., Wright, M., Hunt, J. & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 163, 644-651.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putman, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(5), 561-570.

Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen , S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. (Vol. 8). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D., Putnam, F. W., et al. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic

Events. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(1), 156-183.

Smith, P., Perrin, S., Yule, W. & Clark, D. M. (red.). (2010). Post Traumatic Stress Disorder. Cognitive Therapy with Children and Young People. London: Routledge.

Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46, 1051-1061.

Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. Clinical Psychology Review, 26, 895-911.

Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. American Journal of Psychiatry, 138, 14-19.

Turner, H. A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. Social Science & Medicine, 62(1), 13-27. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.05.030

Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K. & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. Journal of abnormal psychology, 105(2), 237-248.