
Følgende sammendrag er laget i forbindelse med to prosjekter finansiert av Barne- og
Familiedepartementet og UDI.

Komplekse traumer hos barn og ungdom

White Paper from the National Child Traumatic Stress Network
Complex Trauma Task Force

2003

Et sammendrag

av Rolf Gjestad

Editors: Cook, Blaustein, Spinazzola og van der Kolk

Bidragstere: Blaustein, Cook, Cloitre, DeRosa, Ford, Henderson, Hubbard, Jentoft, Lanktree,
Levitt, Liautaud, Olafson, Kagan, Mallah, Medeiros, Pelcovitz, Pagonis, Putnam, Silva, Singh,
Smith, Spinazzola og van der Kolk

Se www.NCTSNet.org

Referansen til selve artikkelen er:

http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf

Denne artikkelen er svært god og absolutt å anbefale.

Hva er Komplekse traumer?

Kompleks traumatisk eksponering henspiller til erfaring med multiple traumatiske hendelser som forekommer innen barnets omsorgssystem. Dette omhandler både eksponering av traumatiske hendelser og den påvirkning denne eksponeringen har på kort og lang sikt. Eksempelvis vil dette kunne være simultan eller sekvensiell forekomst av barnemishandling, inkludert emosjonelt

misbruk og forsømmelse / neglekt, seksuelt misbruk, fysisk misbruk og vitne til familievold som er kronisk og begynner i tidlig barndom. Det vil videre ofte være slik at dette starter med neglekt og emosjonelt misbruk. Dette er igjen forbundet med emosjonell dysregulering, tap av trygghet og sikkerhet, tap av veiledning og manglende evne til å oppdage og reagere på faresignaler. Dette vil igjen ofte være forbundet til og medføre senere traumatisk eksponering som fysisk og seksuelt misbruk eller samfunnsvold.

Komplekse traumereaksjoner refererer til resultat av overnevnte type eksponering. Disse reaksjonene går langt utover posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD) og inkluderer svekkelse på en rekke affektive, kognitive, atferdsmessige og sosiale områder. Dette inkluderer:

- a. selvregulering og regulering av følelsesliv, tilknytning, angst, affektive tilstander hos spedbarn og barn (eksempelvis depresjon).
- b. avhengighet, aggresjon, sosial hjelpeløshet og spiseforstyrrelser.
- c. dissosiative reaksjoner og tilstander, somatoforme reaksjoner, kardiovaskulære problemer, problemer med metabolisme og immunsystem.
- d. Seksuelle problemer i ungdomstid og i voksen alder.
- e. Tendens til å bli offer for nye traumatiske hendelser.

Komplekse traumer har enorme kostnader medisinske, økonomiske, sosialt, psykologiske og i bruk av helsetjenester. Det er en skremmende grad av utbredelse (prevalens) av disse typer av eksponering.

Diagnostiske problemstillinger for komplekse traumer

Nåværende psykiatrisk klassifiseringssystem har ikke en egen kategori for å fange opp hele bildet av problemer som traumatiserte barn opplever. Forfatterne hevder at PTSD diagnosen ofte brukes, men at denne sjelden fanger opp grad av utviklingsmessige konsekvenser av multiple og kronisk traumeeksponering. Andre diagnoser som er vanlig hos misbrukte og forsømte barn er depresjon, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD), atferdslidelse, generalisert angstlidelse, separasjonsangst og reaktiv tilknytnings-forstyrrelse. Hver av disse representerer noe av bildet hos traumatiserte barn, men representerer likevel ikke det hele og fulle bildet. Dette kan ha behandlingsmessige konsekvenser, hvor bare enkelte symptomer og tilstander blir fokusert i stedet for det totale bildet av mangler og ettervirkninger forbundet med komplekse traumer.

Komplekse traumereaksjoner

Artikkelen presenterer et rammeverk for komplekse traumereaksjoner hos barn. Disse organiseres som svekkelse i tilknytning (Attachment), biologi, affektregulering (evne til å tåle og å regulere følelser), atferdsregulering, dissosiering, kognisjoner og selvbilde. Disse konsekvensene skjer innen en utviklingsmessig kontekst og vil igjen påvirke videre utvikling.

Tilknytningsproblemer kan bestå i: usikkerhet om pålitelighet og predikerbarhet om ulike forhold i verden, problemer med grenser, manglende tillit og mistenksomhet, sosial isolasjon, mellommenneskelige problemer, vansker med å tolke menneskers emosjonelle tilstander, vansker

med perspektivtaking og problemer med å se andre som allierte partnere.

Biologi: konsekvenser som omhandler sensomotoriske utviklingsproblemer, hypersensitivitet for fysisk kontakt, analgesi (å ikke kjenne smerte), problemer med koordinering, balanse og kroppslig spenningsnivå, vansker med å lokalisere hudkontakt, somatisering, medisinske problemer innen en rekke områder (smerter, astma, hudproblemer, autoimmunproblemer).

Affektregulering består av problemer med emosjonell selvregulering, problemer med å beskrive følelser og indre erfaringer, problemer med å vite og beskrive indre tilstander og vansker med å kommunisere ønsker og behov.

Dissosiering: Distinkte forandringer i bevissthet, hukommelsestap/amnesi, depersonalisering og derealisasjon, to eller flere distinkte tilstander av bevissthet med svekket hukommelse for tilstandsbaserte hendelser.

Atferdskontroll inkluderer problemer med dårlig håndtering av impulser, selvdestruktiv atferd, aggresjon mot andre, patologisk selvtrøstende atferd, søvnforstyrrelser, medikamentmisbruk, overdreven lydighet, opposisjonell atferd, problemer med å forstå og godta regler, kommunisering av traumatisk historie gjennom daglig atferd eller lek (seksuell eller aggressiv).

Kognisjon: Problemer med oppmerksomhetsregulering, og utførende funksjoner, manglende opprettholdelse av nysgjerrighet, bearbeiding av ny informasjon, problemer med fokus på og utførelse av oppgaver, objektkonstans, vansker med å planlegge og å forvente, problemer med å forstå eget bidrag til hva som skjer med en selv (attribusjonsstil), læringsproblemer, vansker med språkutvikling, med orientering i tid og rom, akustiske og visuelle perseptuelle problemer og svekket forståelse av komplekse visuelle spatsielle mønstre.

Selvbilde/begrep: Manglende kontinuerlig, predikerbar opplevelse av en selv, dårlig opplevelse av å være noe eget fra andre, forstyrret kroppsbilde, lavt selvbilde, skam og skyld.

Utviklingsmessige konsekvenser av komplekse traumer

Så lenge barnets miljø er preget av upredikerbare og ukontrollerbare omstendigheter vil barnets kropp disponere ressurser som vanligvis brukes for vekst og utvikling til overlevelse. Den største faren for et barn vil være fravær av omsorgspersoner som pålitelig og reaktivt gir barnet beskyttelse og næring. Manglende vedvarende regulering med en omsorgsperson skaper risiko for uadekvat utvikling av kapasitet til å regulere fysiske og emosjonelle tilstander. Tilknytningsrelasjonen er derfor svært essensiell i forståelsen av komplekse traumer.

Attachment

Tidlige omsorgsrelasjoner skaper en relasjonell kontekst hvor barnet utvikler sine første modeller av seg selv, andre og seg selv i relasjon til andre. Dette påvirker også svært mange av de utviklingsmessige kompetansene som dannes, som selvregulering, sikkerhet for å kunne utforske miljøet, tidlig kunnskap om at en har makt til å påvirke verden rundt og kapasitet for mottakelig og uttrykkende kommunikasjon. Denne viktige relasjonen til omsorgspersoner kan i seg selv innebære traumatisk eksponering, men også i stor grad bli påvirket av traumatisk eksponering. Et **trygt tilknytningsmønster** (i ca 55-65% av befolkningen) tenkes å være et resultat av sensitiv

omsorg. Omsorgspersonen reagerer på barnets signaler og gir barnet stimulering og næring. Barnet blir da i stand til å lære reguleringsstrategier og kommunikasjon, også tolkning av nonverbale signaler. Barn som har vært eksponert for traumer vil av sensitive omsorgspersoner bli gitt et støttende miljø som hjelper de med å mestre og å komme seg igjen og bearbeide den dramatiske hendelsen. Et uttrykt tilknytningsmønster (usikker/engstelig) har blitt vist å være tilstede hos over 80 % av mishandlede barn. Resultatet blir manglende ferdigheter i å danne gjensidige relasjoner og etterlate et miljø som er sårbart. Hvis voksne i tillegg selv er for stresset til å håndtere egne opplevelser adekvat, vil dette påvirke barnet ytterligere negativt. Barn med uttrykt tilknytning kan klassifiseres som unngående, ambivalent eller disorganisert. Unngående tilknytningsstil er knyttet til avvisende omsorg. Hvis foreldre avviser barnet vil dette lære å ignorere/avvise egne følelser, relasjoner og også egen kropp. Barnet kan videre unngå, avvise eller føle seg ambivalent angående relasjoner til omsorgspersonene, men også til andre barn og voksne. Ambivalent tilknytningsstil oppstår når barnet erfarer at foreldre skifter mellom validering og invalidering på en predikerbar måte. Barnet lærer da den voksnes forandring mellom avvisning og neglekt til overdreven påtrengning i et predikerbart mønster. Resultatet blir ofte at barnet mestrer med å fjerne seg fra andre ved det første tegn på at foreldre, lærere eller andre viktige voksne oppfører seg avvisende eller overdrevet involvert. Hvis et godt samspill ikke finner sted tidlig i barnets liv, vil det foreligge risiko for alvorlig typer av forstyrrelser av biopsykososiale ferdigheter. Dette har blitt beskrevet som dissorganisert tilknytning. Dette inkluderer lite hensiktsmessig atferd hos unge barn i relasjon til omsorgsgivere (eks. klengete, avvisende og aggressiv). Hos eldre barn, ungdom og voksne reflekterer denne stilen primitive overlevelsesbaserte relasjonelle arbeidsmodeller som er rigide, ekstreme og tematisk fokuserte. Disse kan ha sitt fokus i hjelpeløshet (oppgivelse, svik, nederlag, nedstemthet, uttrykk for følelser er vanskelig) eller i kontrollatferd (skyld, avvisning, påtrengende, fiendtlighet, misstillit, uttrykk for følelser er påkrevet og tro på at man kan tvinge mennesker til det man selv har behov for). Foreldre til barn med denne type atferd beskrives ofte som mangelfulle i å beskytte sine barn og føler seg selv hjelpeløse i deres rolle som omsorgsperson. Barn som lever med upredikerbar vold og gjentatte svik vil ha problemer med å utvikle passende språk og verbale bearbeidingsferdigheter. De mestrer dermed ofte truende hendelser og følelse av hjelpeløshet med begrenset bearbeiding av det som skjer rundt dem. Dette medfører igjen manglende organisering og adekvat håndtering av situasjonen.

Tilknytningsstil tenkes å innvirke på utvikling av nevralt forbindelser i spesifikke hjerneområder. Disse er forbundet med affektregulering, stresshåndtering, empati og prososial bekymring for andre og evne til å bruke språket for å løse relasjonelle problemer. Dissorganisert tilknytning kan dermed føre til utvikling av PTSD-symptomer, til borderline og antisosial personlighet. Tilknytningsstil er videre funnet å ha relevans til utvikling av sykdom og psykososial dysfungering. Denne forbindelsen utvikles pga. økt mottakelighet for stress, reduserte evne til å regulere følelser uten ytre hjelp, og endret evne til å søke hjelp. Disse konsekvensene kommer både pga. manglende utvikling av trygg tilknytning, men også av brudd i allerede utviklede bånd som kan gi slike vedvarende biologiske dysreguleringer.

Biologi

Artikkelen beskriver videre hvordan manglende sensitiv omsorg som følge av vedvarende mishandling, neglekt eller dysfunksjonell omsorg (eks.: alvorlig depresjon hos omsorgsgiver) kan føre til livslang reaktivitet i forhold til stress. Selv mildt stress hos personer som har en historie med tidlig deprivasjon kan utløse senere alvorlig reaktivitet og lite funksjonell fungering. I tidlig barndom utvikles hjerneområder som filtrerer sansemessig input for å identifisere brukbar og relevant informasjon (thalamus, somatosensoriske områder), å oppdage (amygdala) og reagere

forsvarsmessig på potensielle farer (insula), gjenkjenne informasjon eller miljømessige stimuli som består av meningsfulle kontekster (hippocampus) og koordinering av rakse målrettede reaksjoner (ventral tegmentum, striatum). I ung alder vil det skje et gradvis skifte fra høyre hemisfære dominans (føle og sans) til venstre hemisfære dominans (språk, abstrakt resonering og langsiktig planlegging). Et barn skal da lære å orientere seg både i forhold til det eksterne og interne miljø (i stedet for å reagere refleksivt på et gitt stimulus) og oppdage og reagere. Traumer forstyrrer integreringen av venstre og høyre hemisfære fungering. Under stress vil den analytiske kapasiteten i venstre hemisfære bli redusert og høyre hjerne baserte skjema av verden tar over, noe som gjør at barnet lett reagerer ukontrollert med hjelpeløshet eller sinne. Hjerneorganiske forhold er relatert til dannelsen av relasjonsskade (eks. separasjonsangst) og til problemer med modulering av følelser som reaksjon på stress (eks. depresjon, fobier).

Midt i barndommen og i ungdomstiden skjer den raskeste utviklingene i hjerneområdene forbundet med utførende fungering som er nødvendig for autonom fungering og engasjering i relasjoner. Disse egenskapene er bevisst selvoppmerksomhet og genuin engasjement for andre mennesker (anterior cingulate), evne til å vurdere valøren til og meningen av komplekse emosjonelle erfaringer (orbital prefrontal cortex) og evne til å avgjøre en handlingskurs basert på læring og dannelse av indre referanseramme påvirket av nøyaktig forståelse av andre personers forskjellige perspektiver. (dorsollateral prefrontal cortex). I ungdomsalder er det en sterk utvikling i disse områdene og i det limbiske system (hippocampus). Denne prosessen kan konsolidere ny læring i form av beslutningsstrategier og fundamentale meninger som blir en del av arbeidsminne som er stabilt og klart tilgjengelig. Traumatiske stressorer kan dermed forstyrre selvregulering, interpersonlig gjensidighet, realitetsorientering eller en kombinasjon av disse kritiske kompetanseformene. Dette danner derfor grunnlaget for utvikling av en rekke lidelser, som tankeforstyrrelser, borderline personlighetsforstyrrelse, spiseforstyrrelser og kronisk avhengighet.

Biologi og Resillience / motstandskraft

Artikkelen beskriver hvordan flere studier viser at stressorer tidlig eller senere i livet som er predikerbare, unngåelige eller kontrollerbare, eller hvor en sensitiv omsorgsperson er tilgjengelig og en trygg mulighet for utforskning er mulig, så vil dette forsterke en biologisk integritet. Hippocampus og prefrontal cortex øker i funksjonsnivå. Atferdsmessig innebærer dette økt grad av nysgjerrighet, sosial status, arbeidsminne, angstmestring og evne til å ta til seg det som trengs. Gjenoppretting av en trygg tilværelse etter tidlig eksponering for stressorer, vil kunne ha en beskyttende virkning. Dette reduserer biologiske og atferdsmessige svekkelser, selv når det bare er mulig med en symbolsk kontakt med omsorgspersonen, eller når miljøet blir bedret, eller selv om omsorgspersonen ikke er biologisk knyttet til barnet.

Affektregulering

Mangler i kapasiteten på å regulere emosjonelle erfaringer kan klassifiseres i 3 kategorier - identifisere indre emosjonelle erfaringer, vansker med å uttrykke emosjoner på en trygg måte og svekket kapasitet til å modulere disse emosjonene. Den første kategorien innebærer det å kunne differensiere mellom aktivieringstilstander, tolke disse tilstandene og anvende passende begreper på disse. Et spedbarn har i utgangspunktet lite kapasitet for dette med dets miljø gir mulighet til å lære dette, gjennom differensierte predikerbare og differensierte responser hos omsorgsperson på spesifikke behov. Barnet lærer også å tolke ikke-verbale holdepunkter gjennom konsistente assosiasjoner mellom andres affektive uttrykk og atferd. Hvis barnet får inkonsistente modeller ang. affekt og atferd eller inkonsistente reaksjoner på affektive uttrykk, så vil det ikke dannes noen

rammer for fortolkning av denne type erfaring. Mangler i evne hos mishandlede barn til å diskriminere mellom og fortolke affektive tilstander i både seg selv og andre er funnet helt ned i alderen 30 mnd.

Etter å ha identifisert følelser, må et barn være i stand til å uttrykke emosjoner trygt og så modulere eller regulere indre erfaringer. Barn som er komplekst traumatisert utviser svekkelse på begge disse områdene. Kapasitet til å uttrykke emosjoner og kapasitet til å modulere indre opplevelser er knyttet til hverandre. Barn med komplekse traumer viser ofte både atferdsmessige og emosjonelle uttrykk på svekket kapasitet til selvregulering og selvtrøst. Barn som er lite i stand til å konsistent regulere indre erfaringer kan pga. dette gå over til å anvende alternative strategier, som dissosiativ mestring (kronisk nummenhet av emosjonelle erfaringer), unngåelse av affektivt ladde situasjoner (også positive situasjoner) og/eller bruke atferdsmessige strategier (eks. medikamentmisbruk). Barn som ikke klarer å finne stabile strategier, kan bli oppfattet som ustabile emosjonelt og demonstrere ekstreme reaksjoner på mindre stress, med rask eskalering og problemer med selvtrøst. Over tid blir barn som er traumatisert sårbare for utvikling og opprettholdelse av lidelser assosiert med kronisk dysregulering av affektive opplevelser, som affektive lidelser. Dette kommer til syne som det relativt store innslaget av depresjon som mange av disse sliter med, spesielt barn som har opplevd seksuelt misbruk. Flere faktorer påvirker denne relasjonen mellom seksuelt misbruk og depresjon, som alder da misbruket startet, varighet av relasjonen til overgriperen, antall overgripere, bruk av overtalelse og akt, voksen støtte og type seksuelt misbruk.

Barndoms traumer påvirker sannsynligheten for depresjon, men denne type eksponering er også forbundet med dårligere prognose av depresjonslidelsen. Traumer påvirker til tidligere start av affektive problemer og jo tidligere disse kommer, jo dårligere prognose er det for lidelsen. Disse har også dårligere effekt av behandling, også som voksne. Dette bildet er forbundet med et mer negativt utviklingsforløp pga. barndomstraumer, med dårligere utdanning, mental sykdom, medikamentmisbruk, dårligere fysisk helse og arbeidsledighet. Oppsummert kan man derfor si det slik at den gruppen mennesker som er mest i risiko for depresjon, også er den gruppen som minst sannsynlig får behandling og som i minst grad kan nyttiggjøre seg behandling hvis de får dette.

Dissosiering

Dissosiering er et av hovedmønstrene ved komplekse traumer hos barn. Dissosiering kan defineres som manglende integrering eller assosiering av informasjon og erfaringer på en normal måte. Kognisjon kan derfor oppleves uten affekt/følelser, affekt kan oppleves uten kognisjon, somatiske sensasjoner kan oppleves uten oppmerksomhet på disse eller atferdsmessige repetisjoner kan forekomme uten bevisst oppmerksomhet. Dissosiering sees som et kontinuum fra normale typer av erfaringer som det å falle i tanker mens man gjør noe annet til peritraumatisk dissosiering under traumatisk eksponering og til dissosiative lidelser, slik disse er definert i diagnosemanualene. Dissosiering starter som en beskyttende forsvarsmekanisme når individet står overfor et overveldende traume. Imidlertid kan det under omstendigheter med kronisk traumatisk eksponering utvikle seg til en problematisk lidelse og som så kan bli fokus for behandling. Artikkelen refererer til forskning som viser at det har blitt mer fokus på sammenhengen mellom grad av dissosiering under traumatisk eksponering og utviklingen av posttraumatisk lidelse (PTSD).

Dissosiering har blitt forbundet med biologiske forhold som redusert volum i venstre Hippokampus og til cerebrosinalt veskenivå i nevrotransmittersubstansen og den metabolsme

som foregår her. Dissosiering er videre tenkt å være relatert til stress respons systemet (hypotalamus – Hypofyse – Adrenalin aksen). Putnam (ref i artikkelen) hevder at de primære funksjonene ved dissosiering er automatisering av atferd under psykologiske overveldende omstendigheter, klassifisering av smertefulle minner og følelser og det å skape avstand til seg selv når traumatiske minner blir konfrontert. Ved kroniske traumer (komplekse) vil barnet i stadig større grad bruke dissosiering for å mestre erfaringene. Dette medfører igjen vansker med regulering av atferd, affekt og selvbildet.

Atferdsregulering

Kroniske barndomstraumer er forbundet med både under- og overkontrollert atferd. Rigid kontrollert atferd kan være tvangsmessig enighet med det voksne ønsker og forlanger. Dette kan synes allerede i andre leveår. Mange traumatiserte barn synes endringer i rutiner er svært vanskelig og motsetter seg derfor dette. De kan fremvise rigid atferd, som rigide baderomsritualer og spiseproblemer med rigid kontroll av matinntaket. Underkontrollert atferd kan delvis bestå i mangler i utførende funksjoner: kognitiv kapasitet viktig for planlegging, organisering, utsatt reaksjon og kontroll over atferd. Resultatet blir da ofte økning i impulsive reaksjoner, som for eksempel aggresjon.

Atferdsmessige uttrykk kan også være forsvarsreaksjoner på overveldende stress, gjenopplevelser på ekstreme traumer, måter å mestre relasjoner på og måter å få nærhet og oppmerksomhet på (eksempelvis gjennom seksualisert atferd). Dette innebærer at en barndom preget av traumatiske erfaringer kan gi risiko for mange dårlige og skadelige konsekvenser som medikamentmisbruk, graviditet i tenårene, suicidalitet, selvskadende atferd, kriminell aktivitet og gjentakelse av offersituasjoner.

Kognisjon

Barn begynner tidlig å danne modeller av verden og utvikler grunnleggende kognitive begreper for senere liv. De utvikler tidlig en opplevelse av seg selv, en modell av sin relasjon til andre og en forståelse av grunnleggende årsak og effekt. Studier viser at kognitiv fungering er dårligere hos barn av misbrukende og neglisjerende foreldre enn andre barn allerede i sen spedbarnstid. Sansemessig og emosjonell deprivasjon er spesielt viktig for denne utviklingen. Dette fører til forsinket utvikling av språklig uttrykk og språkforståelse, i tillegg til manglende utvikling av den generelle intelligensen målt med IQ. Dette har igjen følger for skolegang, i forståelse og karakterer. Lavere frustrasjonstoleranse, mer sinne og ulydighet og større avhengighet av andre til hjelp forverrer dette ytterligere. Disse barna blir mindre utholdende og vil oftere unngå utfordrende oppgaver, også fordi læring ofte innebærer rutinebrudd, usikkerhet og krav til kompetanse og mestring. De er videre mindre fleksible og kreative i sin problemløsning i forhold til jevnaldrende. Senere, etter noen års skolegang, er disse barna overrepresentert mht. dårlige karakterer, disiplinproblemer og utvisninger. I sen barndom og i ungdomsalder kan flere diagnostiseres med PTSD og andre relevante diagnoser presentert her. De har da i økende grad fått svekkede funksjoner mht. prestasjon og utførelse av oppgaver, pga. konsentrasjonsproblemer, redusert evne til abstrakt tenkning og ferdigheter til å utføre oppgaver. Det blir dermed stadig mer sannsynlig at disse barna/ungdommene dropper ut av skolen pga. disse kognitive problemene, og ikke bare pga. atferdsproblemer. Artikkelen henviser til studier som demonstrerer dette for barn som har opplevd fysisk og psykisk misbruk, seksuelle overgrep, neglekt og eksponering for familievold.

Selvbilde / begrep

Tidlig omsorgsrelasjoner har selvfølgelig stor påvirkning på utvikling av opplevelsen av å være et selvstendig individ. Over tid vil barnet integrere og internalisere en trygg, stabil og integrert opplevelse av identitet (Bowlby, 1988, ref. i artikkelen). Repeterte erfaringer med skade og/eller avvising av viktige andre OG problemer med å utvikle aldersadekvate ferdigheter vil føre til en opplevelse av å være lite effektiv eller flink, hjelpeløs, mangelfull og ikke til å elske. Forandringer i barnets selvbilde kan påvirke deres kapasitet til å mestre traumatiske erfaringer. Barn som opplever seg selv som hjelpeløse, ikke i stand til å mestre og som forventer å bli avvist og foraktet vil mer sannsynlig klandre seg selv for negative erfaringer og ha problemer med å utløse og reagere på sosial støtte. Artikkelen beskriver at dannelsen av selvbilde skjer i tidlig alder. Allerede ved 18 måneders alder vil traumatiserte barn reagere på selvgjenkjennelse mer nøytralt eller negativt enn det ikke-traumatiserte barn gjør. I førskolealder vil traumatiserte barn være mindre villige enn andre til å snakke om indre opplevelser, spesielt de som er av negativ karakter. Videre har traumatiserte barn problemer med å beregne sin egen kompetanse. I senere alder finner man høy grad av skyldfølelse.

Dissosiering vil også påvirke utviklingen av selvbilde ved forstyrrelse av hukommelse og integrering av selvet. Identitetsutviklingen og integrasjon kan bli sterkt skadet som følge av tap av autobiografiske minner og som følge av manglende kontinuitet i det traumatiserte barnets erfaring.

Mestring av komplekse traumer i en familie kontekst

Hittil har traumatisk eksponering innen familien vært beskrevet og hvilke følger dette har. Dette innebærer at familiemiljøet er traumatiserende. Familien vil også ha en effekt på graden av traumatiske ettervirkninger som følge av dens reaksjon på traumene, på avsløringen av disse og av hvordan dette aktiviserer familiemedlemmers egne traumehistorier, tapsopplevelser, neglekt og andre relevante forhold.

Etter traumatisk eksponering vil foreldres støtte være en svært viktig faktor for hvordan barnet mestrer ettervirkningene. God støtte kan hindre utvikling av PTSD hos barnet og styrke barnets kapasitet til å håndtere symptomer. Finkelhor og Kendall-Tackett (1997, ref. i artikkelen) hevder at barnets sosial støttesystem, og spesielt mors støtte, er den viktigste faktoren for konsekvensene av seksuelle overgrep, mer viktig enn overgrepet i seg selv. Det er tre hovedtema i foreldres reaksjoner på barnets traumer: 1. Tro på og validere barnets opplevelser, 2. Tåle barnets følelser og 3. Håndtere egne emosjonelle reaksjoner. Tilknytningen mellom forelder og barn blir brutt hvis forelderen fornektet barnets opplevelser. I slike tilfeller vil barnet ofte oppføre seg som om traumene ikke skjedde. I tillegg lærer barnet at det ikke kan stole på voksne og at det ikke er lett å nyttiggjøre seg språk og kommunikasjon for å komme seg over det som har hendt. Manglende beskyttelse kan og bli en konsekvens av en slik tilnærming. Uten trygghet og sikkerhet kan ikke barnet begynne å integrere sine traumatiske erfaringer og finne nye måter å mestre på. I stedet blir hjelpeløshet, håpløshet og dysfunksjonell mestring ofte resultatet.

Foreldres stress skaper gjerne hindringer for den voksne i å imøtekomme barnet på gode måter. Det er når dette stresset overstiger eller tiltrekker så seg så mye oppmerksomhet bort fra barnets behov at barnet lider under dette. Barnet på sin side vil da reagere med å unngå eller undertrykke følelser og atferd som har utløst stress hos den voksne, ved å unngå den voksne, eller ved å bli

foreldregjort og forsøke å redusere stress for hos den voksne. Dette resulterer igjen i problemer med kommunikasjon.

Foreldre med egne uløste traumatiske opplevelser kan unngå å kjenne egne følelser. Dette kan gjøre det vanskelig å "lese" og reagere passende på barnets emosjonelle tilstand. Foreldre kan også ha problemer med å skape et trygt miljø for barnet / barna pga. egen historie fordi de kan ha problemer med å identifisere farefulle omstendigheter. Barnets tilknytningsatferd kan videre utløse foreldres egne smertefulle minner. Barnets atferd kan også bli fortolket som personlige trusler eller provokasjon i stedet for konsekvenser av traumatisk eksponering.

Pågående psykopatologi og medikamentmisbruk kan også komplisere foreldres kapasitet til å hjelpe barn i å mestre vanskelige kognisjoner, følelser og atferd. Det blir vanskeligere å være tilstede på en konsistent måte, noe som også kan skape en risiko for videre traumatisering. Vold eller misbruk i hjemmet gir ofte en spesiell tilpasning hos ikke-utøvende foreldre og barn. Når traumet er et resultat av predikerbar vold fra omsorgsperson, så vil barnet kunne bli helt og holdent medgjørlig. Barnet vil hele tiden være på vakt og forsøke å tolke holdepunkter for nye hendelser og forsøke å tilpasse egen atferd i et forsøk på å hindre foreldrevold. Upredikerbar aggresjon vil på den annen side medføre fluktueringer i barnets atferd og følelser, ettersom de er ute av stand til å skjønne når og under hvilke omstendigheter forelderen slår til.

Barn som ikke får behov dekket hjemme vil kunne søke støtte utenfor hjemmet. Dette innebærer imidlertid en risiko for utnyttning fra andre. Kronisk eksponering for trusler kan forstyrre barnets naturlige indre varselssystem og kan gjøre barnet lite sensitivt/numment overfor faresignaler.

Tilpasning til komplekse traumer i en etnokulturell kontekst

Barn (og voksne) tilhører til en etnokulturell gruppe og har en unik familie og kulturell arv og en genetisk kode. Alt dette interagerer og danner grunnlag for utvikling og erfaring av traumer. Selv om disse faktorene bidrar i dette bildet, er det viktig å understreke at det er stor individuell variasjon innen ulike kulturer. Når man studerer tilpasning til traumatisk eksponering, bør en starte med de store kategoriene av kulturell påvirkning, og så studere effekten av subkategorier som reflekterer grupper, samfunn, familie og individuelle forskjeller. Både flyktninger og immigranter, men også andre som kan få kritiske etnokulturelle bånd spent / brutt av katastrofer, krig, politisk undertrykking, fattigdom, rasisme og vold.

Kartlegging av traumehistorien og symptomatologi bør alltid skje i en kulturell kontekst som inkluderer bakgrunn, samfunn og kommunikasjonsmønstre som bringes inn i kartleggingen. Eksponering for forskjellige typer av traumer er variabelt på tvers av etnokulturell bakgrunn (eksponering for krig/drap, familievold, samfunns vold og barnemishandling). I tillegg vil kulturelle forhold påvirke hvordan traumerelaterte begrep blir fortolket og uttrykt. Eksempelvis kan mentale gjenopplevelser bli tolket som "syn", hyperaktivering som nerveattakk og dissosiering som åndelig besettelse. Dette innebærer at definisjonen av PTSD-reaksjoner som stressende og som et problem som trenger behandling vil varierer avhengig ulike forklaringer. Dette varierer på tvers av kultur, på tvers av subkultur, men også innen kultur. Resultatet kan bli at standardiserte kartleggingsprogrammer kan konfrontere barn og familier med spørsmål som blir sett som uakseptable, irrelevante, lite komplette eller uforståelige. Når det gjelder barn så vil kulturelle faktorer kunne påvirke innholdet eller uttrykket av utviklingsforskjeller i evne til å forstå og kommunisere begreper som sosial intensjon og årsak, forskjellen mellom en selv og

andre og evne til å symbolisere og få tilgang på kort og langtidshukommelse. Dette kan for eksempel gjøre det svært vanskelig å avsløre et seksuelt overgrep for et barn i en kultur hvor dette truer deres status som et verdifullt medlem av familien og samfunnet. Et kulturelt perspektiv som ser intensjonalitet og årsak som egenskaper ved grupper framfor isolerte individer kan for eksempel være en viktig forklaring til dette. Kulturelt sensitive tilnærminger til traumekartlegging har blitt utviklet for både voksne og barn. Imidlertid har disse ikke blitt evaluerte godt nok mht. psykometrisk reliabilitet, validitet og nytteverdi i forskjellige etnokulturelle grupper, kontekster og samfunn.

Forskjellige kulturer har også forskjellige begreper om familie ang. hvem som er medlemmer, roller og ansvar hos den enkelte. Dette styrer også engasjement fra voksne til barn. Dette påvirker tilnærming i behandling av barn. Behandling kan eksempelvis tilpasses et barns behov, men uten å bli tilpasset barnets rolle i familiesystemet. Dette blir ytterligere komplisert av at det kan eksistere forskjellige kulturelle holdninger innen en familie, ofte i forbindelse med at familien har flyktet og bosatt seg i et nytt land. Resultatet kan da bli kulturelle forskjeller innen familien fordi barna ofte har tilpasset seg den nye kulturen i større grad enn de voksne.

Artikkelen beskriver hvordan intervensjoner i stor grad har blitt utviklet innenfor et vestlig medisinsk modellperspektiv. Imidlertid viser artikkelen til en rekke studier som viser at evidensbaserte modeller, som kognitiv atferdsterapi, godt kan brukes i forhold til barn i et utviklingsmessig perspektiv og også innen et etnokulturellt perspektiv. Det er godt mulig å bruke egenskaper som er tenkt å styrke kulturelt spesifikke mestringsfaktorer som er utviklet fra empiriske studier av barn i forskjellige kulturer som har blitt eksponert for forskjellige typer av komplekse traumer.

Mestring og Beskyttende forhold

Komplekse traumer har potensielle ødeleggende konsekvenser for et barn i utvikling. Likevel vil mange barn kunne fungere effektivt og komplett på flere områder i eget liv. Begrepet resilience brukes for å betegne et multidimensjonalt begrep som omhandler kompetanse og krefter som interagerer mellom individ, familie og sosialt miljø. At dette må ses som multidimensjonalt er viktig, da et barn kan fungere godt på flere områder og langt dårligere på andre. Kompetanseområder kan også forandres etter som barnet blir stilt overfor nye stressorer og utviklingsmessige utfordringer. Resilience utvikles fra tilpasningsprosesser og er ikke begrenset til noen helt spesielle individer. Ulike faktorer påvirker resilience; tilknytning og forbindelse til emosjonelt støttende og kompetente voksne innen barnets familie eller miljø, utvikling av kognitive og selvregulerende ferdigheter, positivt syn på seg selv og motivasjon til å handle effektivt i eget miljø (ref i artikkelen). I tillegg finner man individuelle faktorer som er forbundet med resilience; "å ta det lett"-holdning, positivt temperament, sosial oppførsel, indre kontrollplassering (årsaksforklaringer) og ytre årsaksforklaring mht. skam, effektive mestringsstrategier, grad av mestring og kontroll, spesielle talenter og kreativitet. Familiære og miljømessige faktorer er "varm" oppdragelse, struktur, høye forventninger til barnet, sosioøkonomiske ressurser, bånd til utvidet familie, forbindelser til samfunnsmessige organisasjoner og effektive skoler (se artikkelen for referanser).

Det største trusselen mot et barns motstandskraft (resilience) vil dermed være sammenbrudd av beskyttende systemer, skader i hjernens utvikling og assosierte kognitive og selvregulerende ferdigheter, forringelse av relasjonen mellom omsorgsperson og barn, tap av motivasjon til å

interagere med ens eget miljø, lære og utvikle nye ferdigheter. Normale intellektuelle ferdigheter og god foreldrepraksis beskytter barnet og bidrar til vekst av kompetanse. Støttende forbindelser og kognitiv kapasitet tjener slik sett som en buffer mellom traumatisk eksponering og ettervirkninger.

Annen forskning har illustrert viktigheten av mestringsstrategier på langtids mental helse etter kompleks traumeeksponering i barndom (Vaillant, 1986 og Vaillant, Bond og Vaillant, 1986 – ref. i art.). Mestringsstrategier er representert av psykologiske forsvarmekanismer som utvikles i barndom som beskyttende responser som fremhever, begrenser eller blokkerer oppfattelse av indre eller ytre realitet som et middel for å håndtere traumer og deprivasjon. Jo mer alvorlig og omfattende traumatisk eksponering, jo sterkere vil visse mestringsstrategier, slik som sublimering, humor, altruisme og undertrykking, bli assosiert med vellykket håndtering av livsproblemer og fremvekst av positiv mental helse i voksen alder. I motsetning, vil bruk av primitive forsvarmekanismer som dissosiering, projeksjon, passiv aggresjon og hypokondri blir forbundet med større funksjonsmangler og mer alvorlig psykopatologi over tid.

Omfattende kartlegging av komplekse traumer hos barn

Artikkelen Complex Trauma in Children and Adolescents beskriver hvordan et klinisk intervju bør følge et bestemt format. Kartleggingen bør også inkludere bruk av standardiserte måleinstrumenter som inkluderer selv-rapportering og kartleggingsverktøy som henter opplysninger fra foreldre og lærere avhengig av type traumer, utviklingsfaktorer og tilgjengelighet av informanter. Denne type kartlegging vil gi mål for behandlingen basert på en faseorientert behandlingsmodell. Det er viktig at spørsmål blir stilt på en ikke-ledende måte og at alle relevante detaljerte opplysninger blir kartlagt, bl.a. for at informasjonen skal kunne bli brukt i rettssystemet. Selv der henvisning begynner som en klinisk vurdering, vil all avdekking som skjer være ryggraden i et lovmessig forsøk på å skape trygghet for barnet.

Områder som kartlegges i det kliniske intervju

En sammensatt kartlegging beskriver både kompleks traumatisk eksponering og komplekse traumatiske konsekvenser og tilpasning. Dette følges opp med psykologisk kartlegging av symptomatologi og historie. Til dette hører bakgrunnen for henvisningen, bekymringer og historien til de som presenterer problemene med. Viktig historisk informasjon er utviklingshistorie, familiehistorie, traumehistorie for barn og familie, tilknytningsrelasjoner for barn/ungdom og voksne, barnevernets involvering og eventuell plasseringshistorie, sykdom, tap, separasjon/oppgivelse fra foreldre, død, foreldre/families psykiske sykdomshistorie, medikamentmisbruk, kontakt med rettsvesen, mestringsferdigheter, barnets/ungdommens styrker, og andre stressorer (samfunns vold, økonomiske forhold, rasediskriminering osv.).

Klinikere bør vurdere alle typer av traumatiske erfaringer. Artikkelen beskriver at det i tillegg til informasjon angående hva som har hendt også er viktig å få oversikt over omstendighetene rundt avsløring av informasjon, reaksjoner fra familiemedlemmer og profesjonelle, sikkerhetsarbeid og barnets evne til å uttrykke følelser angående traumatiske opplevelser. Videre må tilpasning og mestring kartlegges og vurderes og innen følgende områder som er tidligere beskrevet: biologi, tilknytning, affektregulering, dissosiering, atferdsregulering, kognisjon og selv-persepsjon. Disse områdene bør kartlegges ut fra nåværende tilstand, men også ut fra deres utviklingsforløp.

Standardiserte mål

Forfatterne av artikkelen hevder at kartlegging gjøres ved inntak, etter 6 måneder, eller ideelt i 3-måneders intervaller for å spore behandlingseffekter og gi tilbakemelding i forhold til kliniske beslutninger. Kartlegging og måling vil også gi informasjon i forhold til når terapi bør avsluttes og videre legges inn som sjekk (follow-up) for at bedringen opprettholdes. Det er viktig å kartlegge flere områder av fungering og få informasjon fra flere informanter (barnet, foreldre, andre i familien, lærere) på tvers av ulike settinger (skole og hjemme). Kombinasjon av eksempelvis følgende skjema kan nyttes i denne kartleggingen.

Barn/Ungdom:

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briere), UCLA Trauma Reminders Inventory, Childrens PTSD-reaction index (Pynoos), Adolescent-Dissociative Experiences Scale (A-DES, Putnam), Youth Self-Report /YSR, Achenbach), Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs)

Foreldre/Omsorgsperson:

Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach), Child Dissociative Checklist (CDC, Putnam), Child Sexual Behavior Inventory (CSBI, Friedrich), Traumatic Events Screening Inventory (TESI, Ford).

Lærer:

Teacher Report Form (TRF, Achenbach).

Behandling av komplekse traumer hos barn - Fasebasert tilnærming

Behandlingsbehov

Behandling må være spesifikk i forhold til ulike områder av komplekse traumereaksjoner. Artikkelen opererer med 4 mål:

1. Sikkerhet. Miljøet (hjemme, skole og andre steder) må være trygt for barnet.
2. Ferdighetsutvikling innen områdene affektregulering og interpersonlig fungering.
3. Meningsskaping angående tidligere traumatiske hendelser slik at barnet kan bli til en person som ser mer positive, tilpasningsmessige syn på seg selv nå og også ha gode håp om fremtiden.
4. Styrke motstandskraft (resillience) og integrering i et sosialt nettverk.

Den første behandlingsoppgaven er å skape et miljø for barnet som gir trygghet og omsorg og som er på en slik måte at barnet kan begynne å få det bedre. Dette innebærer ofte barnevern og rettssystem. Det er også essensielt å aktivisere hjem og skole og andre aktuelle omsorgspersoner for å skape et så trygt og godt miljø som mulig. Først når dette er gjort, blir det mulig å gi behandling for psykososiale skader og hjelp med utvikling av ferdigheter som har gått tapt eller

som aldri har blitt utviklet. Utvikling av disse grunnleggende ferdighetene (affektregulering og relasjonskompetanse) skjer i en terapeutisk kontekst, men må også skje i et samarbeid med omsorgspersoner slik at dette kan bli forsterket hjemme og andre steder. Det er her disse ferdighetene skal praktiseres i hverdagslige situasjoner over tid.

Hvorfor fasebasert intervensjon

I artikkelen hevdes det at intervensjoner må være fasebasert for å unngå overbelastning på klienten. Risikoen blir at klienten aldri får fullført noe læring. Dette er spesielt viktig for barn, som har et mindre utviklet informasjonsbearbeidingsystem enn voksne. Behandling må derfor skje i blokker, slik at nylæring bygger på allerede ervervede kunnskaper og ferdigheter. Men det blir i tillegg ofte nødvendig å hente tilbake igjen gamle tema for å konsolidere denne læringen. Det blir derfor også en fram-og-tilbake prosess.

Før egentlig behandling kan skje, må det være sikkerhet og trygghet. Det blir umulig å ta inn ny informasjon samtidig som en person kjemper for å overleve. Dette innebærer å bygge nettverk for barnet og familien. Samarbeid med barnevern, skole og rettslige instanser hører med til dette arbeidet. I tillegg til en sikkerhetsplan for barnet og gjennomføring av dette, vil en terapiplan måtte lages på bakgrunn av barnets behov. I dette arbeidet, blir relasjonsarbeid med fokus på tillit og en positiv arbeidsrelasjon viktig.

Ferdigheter i emosjonsregulering (mestringsmetoder og økt kapasitet for affektregulering) hjelper personen i å bearbeide traumatiske opplevelser. Det blir da lettere å kommunisere og prosessere traumatiske minner. Resultatet blir reduksjon i psykologisk lidelse/stress omkring egen historie og reduserer reaktiviteten til traumatiske påminnere (i skole, hjemme og ute). Dette sammen med bedre sosiale ferdigheter gjør det lettere å se seg annerledes enn da de ble eksponert for traumatiske hendelser. Dette forsterker selvbilde og gir et håp om at endring kan skje.

Målet i den siste fasen er å etablere motstandskraft slik at man kan fortsette utviklingen på en positiv, helsemessig og funksjonell måte. Dette innebærer også å hindre senere offersituasjoner og/eller aggressiv atferd. Å identifisere forventninger og ansvar, arbeide med familie og samfunn for å skape størst mulig grad av trygghet og oppfordre til å utvikle unike talenter er en del av dette arbeidet. Den traumatiske oppveksten vil da etter hvert bli en del av en historie og mindre en del av livet nå.

Kompleks traume behandlingsprogram for barn og ungdom

Artikkelen beskriver flere programmer som er utviklet for barn og ungdom med komplekse traumereaksjoner. Disse skal være tilpasset traumenes karakter og utviklingspsykologisk nivå. Flere referanser er oppgitt og jeg vil ikke beskrive disse nærmere her, se artikkelen. Valg av behandling for spedbarn og små barn vil være fokusert på tilknytning, da dette er helt sentralt for en helsemessig god utvikling for barnet og også bedring etter traumatisk eksponering. Uten dette vil det ikke kunne god tilknytning hos barnet i førskolealder. For noe eldre barn som har blitt seksuelt misbrukt har Cohen og Mannarion (1998, referert i artikkelen) utviklet et behandlingsprogram hvor barn deltaer i et korttids traumespesifikt program, samtidig som foreldre deltar i separate terapisesjoner for å lære om barnets behandling og måter å hjelpe barnet til å mestre på. Dette har gitt reduksjon i depresjon og økning i sosial kompetanse, samtidig som barnet har fått direkte hjelp med traumespesifikke symptomer.

Artikkelen referer videre til flere programmer for gruppebehandling for ungdom som har vært utsatt for seksuelt og fysisk misbruk eller ungdom som har vært vitne til familievold. Eksempelvis har Cloitre og kollegaer utviklet et 16-sesjoners opplegg for ungdomsjenter som har vært utsatt for fysisk eller seksuelt misbruk. Dette bygger på tre av stadiene nevnt tidligere: Ferdighetstrening i emosjonsregulering og interpersonlig kompetanse, traume narrativ historiefortelling og bygging av motstandskraft (resillience). DeRosa m.fl. har et noe lignende opplegg og som fokuserer mye på mestring av det som skjer nå, ved å lære gode måter å regulere emosjoner og impulser når man opplever akutt stress, videre å bygge kompetanse og mestringsstrategier for mestre konsekvensene av traumene (bl.a. identifisere trigger), sinnemestring og problemløsningsstrategier. Til slutt har også disse tiltak rettet mot å styrke motstandskraft for å hjelpe ungdommene med å håndtere traumene effektivt. Preliminære data viser at faseorientert tilnærming er mer effektivt enn støttebehandling eller ensidig fokus på ferdigheter i å redusere PTSD symptomer, emosjonsregulering, depresjon, dissosiering, sinne og sosial kompetanse (Cloitre, 2002 – referert i artikkelen). Disse behandlingsprogrammene har blitt manualisert for å kunne dokumentere mekanismene i intervensjonen og for å sikre fidelity (troskap mot metoden) hos aktuelle behandlere. Dette gjør også at det blir lettere å sette standarder for behandling og opplæring av klinikere på tvers av ulike settinger i disse. Behandlingsmanualer har også begrensninger, en standard kan ikke nyttes på alle. Det vil alltid være individuelle forskjeller som gjør at et terapeutisk opplegg må tilpasses. Manualer må også tilpasses utviklingsforskjeller hos barn og ungdom. En klinisk vurdering bør uansett starte med en omfattende kartlegging av barnets behov, styrker og traume-ettermålinger for å få danne utgangspunkt for et individualisert, empirisk basert behandling opplegg.

Samfunnsfokus

Samfunnsintervensjoner har blitt mer vanlig innen det mentale helsesystem internasjonalt. Dette har medført at hjelp kan gis til personer som tidligere var vanskeligere tilgjengelig for intervensjon. Hjelpen kan også være mer omfattende innen områder som økonomi, psykologiske behov og praktiske barrierer for hjelp. Kollektive tiltak prøves nå ut, da disse kan fungere mer kostnadseffektivt. Flere som nå ikke får hjelp kan dermed få tilgang på dette.

Traumatiserte barn og ungdom er ofte de samme som i skolen blir vurdert til å ha kronisk reduserte ferdigheter til å regulere oppmerksomhet, emosjoner og atferd. Disse problemene medfører ofte spesialisert og/eller alternative skoler og omsorgsplasseringer. Lærere, ansatte i institusjoner og rådgivere blir ofte primære omsorgspersoner og tilknytningsfigurer. Når kronisk (komplekst) traumatiserte barn blir behandlet, bør derfor dette innebære vurdering av barn og kontekst som mål for intervensjon. Artikkelen nevner her en miljømodell av Cook, Henderson og Jentoft (2003) som er en miljømessig intervensjon som fokuserer på tre områder:

1. Bygge trygg tilknytning mellom barn og voksne,
2. Styrke/bygge selvregulerende ferdigheter og
3. Øke kompetansen på tvers av flere områder.

For å bygge tillit er 4 grunnleggende prinsipper viktige, så skape struktur og forutsigbart miljø (rutiner og ritualer), de voksnes evne til å være sensitiv overfor barnets emosjoner framfor å reagere på barnets atferd, være gode forbilder mht. emosjonsregulering (sette ord på og håndtere følelser) og gi ros, forsterkning og muligheter til å fokusere på det positive som barnet gjør for å

styrke barnets opplevelse av å ha kompetanse og ferdigheter. Dette danner grunnlaget for god tilknytning og hjelper barn/ungdom med å utvikle andre nødvendige ferdigheter. Disse prinsippene gjelder både i profesjonelle og ikke-profesjonelle settinger.

Punkt 2 innebærer å stryke kognitiv, emosjonell og fysisk mestring. Artikkelen gir flere eksempler på dette, som psykopedagogiske virkemidler, lek og historiefortelling. Fysisk mestring kommer som følge av fysiske aktiviteter (som trening, sport, dans, meditasjon og drama). Dette bidrar til nye måter å gi uttrykk på som reduserer aktivering, til større grad av tillit til omgivelsene og redusere isolasjon. Kroppsorientert behandling og aktiviteter kan lære barn/ungdom til å endre fysiologiske reaksjoner på truende stimuli, noe som igjen vil bidra til en generell bedring i funksjonsnivå. Dette er spesielt viktig for barn som er fysisk sårbare og som har forstyrret kroppsbilde.

Traumespesifikk miljøbehandling har vist seg å hjelpe for evne til emosjonsregulering, ved færre aggressive utbrudd, økt evne til å regulere oppmerksomhet med bedre evne til å fokusere på skolefaglige tema. Artikkelen referer også til økning av følelsen av gruppetilhørighet uttrykt ved færre konflikter og sterkere grad av innordning i forhold til regler og forventninger. Dette skaper en atmosfære for ytterligere styrking av tilknytningsbånd til andre personer.

Prinsippene fra skolebaserte programmer kan nyttes også i andre settinger, som hjemmeprogrammer, barnevernsinstitusjoner og krisesentre. Samfunnsintegreerte tiltak gjør det lettere å ivareta en fasebasert modell, med sikkerhet først, så ferdighetsbygging, det å skape mening og til slutt styrke motstandskraft (resilience).

Psykofarmakologiske intervensjoner

Artikkelen sier at psykofarmakologiske midler må ses på som en tilleggskomponent i behandlingen for øvrig. Disse brukes da gjerne for å skape / øke mulighet for psykoterapeutisk læring gjennom behandling av symptomer som virker forstyrrende. **Medikamenter må aldri brukes alene, men alltid i samsvar med traumespesifikk terapi.** Artikkelen refererer til studier på SSRI som har vist lovende resultater. Disse viser at det kan være gode grunner for å benytte tidlig medisinerings i ekstreme situasjoner og som tillegg til psykoterapeutiske tiltak for komplekse traumer. Det trengs imidlertid videre forskning på også dette feltet.

Behandling for komplekse traumer hos barn – Oppsummering

Studier viser symptombedring, bedret sosial kompetanse og mestring av emosjoner. Spesifikke programmer viser bedre resultat enn ikke-spesifikke støtteintervensjoner. Disse programmene er likevel bare i en startfase og artikkelen hevder at det trengs flere års forskning for å studere behandlingens virkningsmekanismer og tilpasse disse til kulturelle og geografiske betingede populasjoner. I tillegg er det viktig at dette kliniker- og forskningsfeltet fortsetter å utvikle og utforske nye multimodale empirisk baserte intervensjoner. Samtidig bør klinikere få opplæring og trening i disse metodene slik at disse programmene gjennomføres effektivt. Det er også enighet at intervensjoner både må fokusere på å redusere symptomer og bygge mestring og ferdigheter. Intervensjonsprogrammer for barn og ungdom vil på denne måten også tjene som forebyggende tiltak for helsemessig dårlig utvikling i voksen alder.