

Vitenskap og psykologi / Fagartikkel

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 11, 2011, side 1086–1090

Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem?



Dag Ø. Nordanger

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Vest – psykisk helse og barnevern (RKBU Vest), Uni Research

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Region Vest (RVTS Vest)

Kontakt Dag Ø. Nordanger. Tlf. 976 36 300

E-post dag.nordanger@uni.no

Hanne C. Braarud

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Vest – psykisk helse og barnevern (RKBU Vest), Uni Research

Senter for Krisepsykologi

Mogens Albæk

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Region Sør (RVTS Sør)

Venke A. Johansen

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Region Vest (RVTS Vest)

Dersom den inkluderes i DSM-V, kan diagnosen developmental trauma disorder potensielt motvirke at volds- og overgrepsutsatte barn feildiagnostiseres og feilbehandles. Diagnosen er omstridt og møter motstand i den amerikanske psykiaterforeningen.

Traumefeltet har lenge vært opptatt av følgene av traumatiske enkelthendelser – i litteraturen ofte referert til som «single trauma» eller «type I trauma» (Briere, Kaltman & Green, 2008; Terr, 1991). Eksempler på slike traumatiske belastninger er dødsulykker, katastrofer, overfall og ran. Etter hvert har søkelyset i økende grad blitt rettet mot konsekvenser av gjentatte og vedvarende og traumatiske belastninger som skjer i mellommenneskelige relasjoner – også referert til som «type II trauma» eller «complex trauma» (Herman, 1992). Eksempler på erfaringer som kan være komplekst traumatiserende er eksponering for visse krigshendelser, familievold, seksuelt misbruk og grov omsorgssvikt. Et bidrag til dreiningen av fokus har vært befolkningsstudier som viser at komplekse traumatiske belastninger er vanligere enn antatt, og i sum kan antas å utgjøre en større trussel mot folkehelsen enn traumatiske enkelthendelser (Felitti et al., 1998).

Eksempler på erfaringer som kan være komplekst traumatiserende er eksponering for

visse krigshendelser, familievold, seksuelt misbruk og grov omsorgssvikt

Diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) har siden 1980 stått i sentrum av en betydelig andel av forskning og behandlingstenkning på traumefeltet (Ford & Courtois, 2009). Diagnosen ble etablert med henblikk på traumatiske enkelthendelser, og har vist seg som et mindre egnet mål på konsekvensene av mer komplekse stressbelastninger (ibid.). Dette har ledsaget en innsats på barnetraumatologifeltet for å utvikle og fornye det diagnostiske rammeverket.

Forekomsten av komplekse traumer

Vi vil i det videre bruke «kompleks traumatisering» som samlebegrep for det å bli skadelidende på grunn av gjentatte eller vedvarende mellommenneskelige traumatiske belastninger. Miljøer i USA har vært førende når det gjelder forskning på og utvikling av begrepet kompleks traumatisering. Databasene til det landsomfattende kliniske nettverket National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) viser forekomster på opp mot 50 % av seksuelle/fysiske overgrep, vold i hjemmet eller omsorgssvikt i risikopopulasjoner (van der Kolk & Pynoos, 2009). Studien Adverse childhood experiences (ACE) i San Diego kartla krenkende barndomserfaringer som blant andre fysiske og seksuelle overgrep, familievold, og fysisk og emosjonell omsorgssvikt i en normalpopulasjon. Også i deres utvalg på over 17 000 voksne hadde halvparten opplevd en eller flere belastninger av denne typen (Felitti et al., 1998).

I Norge viser NOVAs undersøkelse at 11 % av norske ungdommer i løpet av oppveksten har opplevd grove seksuelle overgrep, mens 8 % har opplevd grov vold fra en forelder (Mossige & Stefansen, 2007). Andre kartlegginger viser at minst 200 000 norske barn lever med rusmisbrukende foreldre, og at minst 15 000 lever med foreldre med alvorlig psykisk lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Når man i tillegg vet at mer enn 1 500 barn hvert år overnatter på norske krisesentre (Norsk Krisesenterforbund, 2009), gir dette samlet sett et bilde av problemets omfang, også her i landet.

Funksjonsvansker forbundet med kompleks traumatisering

Den økte oppmerksomheten mot komplekse traumer har utløst et behov for mer kunnskap om hva som går igjen av symptomer og funksjonsvansker hos de eksponerte barna. I 2001 kom mange av de amerikanske profilene på barnetraumatologifeltet sammen og dannet arbeidsgruppen «Complex Trauma Task Force», for blant annet å utforske dette spørsmålet. De gikk gjennom kasus med potensielt komplekst traumatiserende erfaringer i databasene til NCTSN, i større surveys som Chicago Child Trauma Centre-studien og Western Michigan-studien, samt i nyere enkeltstudier på feltet (for et overblikk, se van der Kolk & Pynoos, 2009). Arbeidsgruppen identifiserte en rekke fellesnevne blant barnas vansker, som de mente kunne kategoriseres som *dysfunksjonell regulering* på tre ulike områder (ibid.):

- *Regulering av affekt og kroppslige tilstander*: Disse barna sliter ofte med vekslning mellom intense affektive tilstander, vansker med å roe seg ned etter sterke

affektive opplevelser, langvarig nedstemthet og samtidig hypersensitivitet for affektive stimuli. Typisk er også kroppslig dysregulering gjennom forsinket eller forstyrret motorisk utvikling, søvnforstyrrelser, spise- og fordøyelsesvansker, og hypersensitivitet for lyder og berøring. Relatert til dette ser man ofte manglende bevissthet om (og språk for) følelser og kroppslige tilstander, og manglende forståelse for hvordan en påvirkes av miljøet rundt seg.

- *Regulering av oppmerksomhet og atferd:* Dette innebærer ofte et innsnevret og trusselorientert oppmerksomhetsfokus, mistolkning av sosiale signaler og kontekst, sosial utrygghet og mistillit til andres intensjoner. Relatert er også svekkede evner til å gjøre konsekvensanalyser og beskytte seg selv, og draging mot spenningssituasjoner, inkludert kriminalitet og rus. Ofte er også impulsivitet en del av dette bildet. Svekkede selvbeskyttelsesevner kan hos mange også komme til uttrykk gjennom selvskading og andre inadekvate strategier for selvtrøst.
- *Sosioemosjonell regulering:* Barn med slike erfaringer føler seg ofte verdiløse og skammer seg over seg selv. For mange blir forholdet til andre preget av relasjonsvansker og separasjonsangst, uttrykt gjennom overopptatthet av å bli tatt vare på, konstant beredskap for avvisning, og vansker med å akseptere gjenforening etter atskillelse. Forsøk på kontaktetablering skjer ofte på måter andre kan oppleve som for fysisk voldsomme, seksualiserte eller selvutleverende. Opposisjonell atferd og vansker med å ta andres perspektiv er også en vanlig side ved dette problemområdet.

Dette innebærer at man vil se mange av barna med kompleks traumehistorikk igjen i barnevernet eller i psykisk helsevern for barn og unge som klienter med impulsiv, selvdestruktiv og utagerende atferd. De blir senere også overrepresentert i rusomsorgen (Felitti et al., 1998) og i fengslene (Teplin, Abram, McClelland, Dulcan & Mericle, 2002), blant annet som overgripere. Man vil også møte mange av dem igjen i ulike psykiatriske tjenester som pasienter med alvorlig personlighetsproblematikk (Herman, Perry & van der Kolk, 1989) eller som pasienter i somatiske sykehus med sviktende fysisk helse (Felitti et al., 1998). ACE-studien viser en nærmest lineær økning i risiko for blant annet hjerte/kar- sykdommer og ulike former for kreft i voksen alder, for hver ekstra type traumatisk belastning man ble utsatt for i barndommen. Resultatene er entydige på at man dør tidligere jo flere slike erfaringer man har, det være seg på grunn av sykdom, risikoatferd eller selvmord (ibid.).

Rent teoretisk har det blitt vanlig å forstå vanskene presentert over som dysregulering av de samme funksjonene som trygge omsorgsprosesser normalt sett fremmer (Braarud & Nordanger, 2011). I denne forståelsen blir særlig affektreguleringen tillagt mye vekt: I en omsorgssituasjon hvor den voksne hjelper barnet å regulere følelsene sine, er sensitiv til dets egen følelsesregulering, og oppmerksomt fortolker og benevner dets indre tilstander, vil barnet gradvis utvikle og internalisere denne evnen selv. Kompleks traumatisering involverer som regel en situasjon der omsorgsgiveren grunnleggende sett, og over tid, ikke er inntonet mot barnets behov. Barnet må da trygge/trøste seg selv og selv finne måter å regulere følelsene sine på. Over tid kan dette medføre dysregulering av disse funksjonene, og

svekket kontakt med, og manglende språk for, følelser og kroppslige tilstander (Cloitre et al., 2009). Grunnlaget for empatiutvikling vil også være mangelfullt, og barnet vil kunne få uklare indre relasjonsmodeller og representasjoner av seg selv og andre. Når den nære andre i tillegg utøver vold eller gjør barnet til objekt for egne lyster, skades barnets tillit til seg selv og til andre ytterligere, og man ville kunne se hele spekteret av reguleringsvansker skissert over (Braarud & Nordanger, 2011).

Komplekse traumer og diagnoser

Det er vanlig å måle nivået av traumerelaterte plager ved hjelp av symptomskalaer for PTSD (Stien & Kendall, 2004). For barn som har levd i en traumatiserende og utviklingsskadende relasjon, er mange fagfolks erfaring at PTSD-diagnosen kun fanger opp deler av symptombildet: Blant 7668 fosterbarn i Illinois, hvor flertallet hadde vært utsatt for seksuelt misbruk, familievold eller grov omsorgssvikt, oppfylte kun 5,5 % de diagnostiske kriteriene for PTSD (van der Kolk & Pynoos, 2009). I NCTSN-databasene, som inkluderer pasienter ved traumeklinikker over hele USA, oppfylte 24 % kriteriene for PTSD (Pynoos et al., 2008).

Traumefeltet har til nå savnet gode verktøy for å kartlegge de sammensatte vanskene man ser hos barn med kompleks traumehistorikk, noe som også gjør det vanskelig å utvikle tilpassede behandlingsopplegg

PTSD er da også kun en av mange diagnoser disse barna erfaringsmessig får. Putnam og kolleger (2008) fant at voksne med erfaring fra fire eller flere barndomstraumer i gjennomsnitt oppfylte kriteriene for mer enn seks diagnoser i DSM-systemet. I Ackerman og kollegers (1998) studie av 364 misbrukte barn var 58 % diagnostisert med separasjonsangst, 36 % med ulike fobiske forstyrrelser, 35 % med PTSD, 22 % med ADHD og 22 % med opposisjonell atferdsforstyrrelse. I en annen studie viste Hilkey (2004) at opp til 25 % av variansen av symptomer på opposisjonell atferdsforstyrrelse kunne forklares ved tidligere traumatisering, mens Lytle og Brodie (2007) fant at halvparten av 70 barn som hadde vært utsatt for fysisk eller seksuelt misbruk, oppfylte kriteriene for opposisjonell atferdsforstyrrelse.

Barnetraumatologifeltets problem

At barn og unge med en sammenlignbar belastningshistorie og trolig også et sammenlignbart neurologisk «avtrykk» (Braarud & Nordanger, 2011) havner i et landskap av såkalt komorbide psykiatriske tilstander, kan av ulike grunner være problematisk:

- Begrepet «komorbiditet» refererer til at ulike lidelser opptrer samtidig, uten nødvendigvis å være relaterte (se Maj, 2005). Ulik diagnose innebærer videre ofte ulik etiologisk forståelse. Eksempelvis anses ADHD som en lidelse med en sterk genetisk komponent (Høvik & von Plessen, 2010), mens ulike atferdsforstyrrelser gjerne knyttes til forhold ved oppdragelse eller familiesamspill. I dette ligger det en fare for at oppmerksomheten ledes bort fra mulige traumatiserende belastninger i barnets livssituasjon.
- Videre betyr ulik etiologisk forståelse ofte også ulik behandlingstenkning. Eksempelvis utløser ADHD og bipolare lidelser oftere medikamentelt vinklede

intervensjoner (Aanonsen, 2000), mens atferdsmodifiserende og samspillsorienterte programmer kan være naturlige valg ved opposisjonell atferdsforstyrrelse (Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010). Man kan lett se for seg hvor meningsløst det vil kunne føles for et barn å være medaktør i å løse sine atferdsvansker i et samspillsorientert opplegg, dersom vanskene bunner i usagte og uavdekkede overgrep i hjemmet.

- PTSDs særstilling som «traumediagnose» kan i verste fall også bidra til å tilsløre faktiske forhold. Hvis barnet ikke oppfyller kriteriene for diagnosen, kan man bli forledet til å tro at det ikke har funnet sted traumatiske belastninger. Oppfylles kriteriene, vil normalt sett en evidensbasert korttidsbehandling for PTSD være å anbefale (Bisson & Andrew, 2007). Enten man da ser bedring eller manglende bedring av PTSD-symptomene, kan det være nærliggende å konkludere at gjenstående problemer ikke er traumerelaterte.

Oppsummert har man en uklar situasjon med hensyn til kartlegging, måling og diagnostikk på barnetraumatologifeltet. Symptomer på komplekse traumer vil bli fanget opp av enkeltledd i instrumenter spredt over hele spekteret av psykiatrisk diagnostikk. I effektstudier dominerer fortsatt instrumenter basert på PTSD-kriteriene som indikator på grad av traumerelaterte plager (Briere & Spinazzola, 2009; Ford & Cloitre, 2009). Derfor mangler vi et godt nok grunnlag for å utvikle spesialtilpassede behandlingsopplegg og intervensjoner for barna med de største vanskene.

Forsøk på å løse problemet

I 1992 foreslo Judith Herman diagnosen *kompleks PTSD* inkludert i den da kommende DSM-IV. Kriteriene var basert på observasjoner av følgene av langvarig vold og overgrep i nære relasjoner (Herman, 1992). Kompleks PTSD ble ikke tatt inn i manualen som en egen diagnose, men problemområdene den beskriver ble inkludert under «relaterte kjennetegn» («associated features») til PTSD. Tross manglende formell status er kompleks PTSD (ofte også omtalt som «disorders of extreme stress not otherwise specified» – DESSOS) høyst levende i traumelitteraturen, og har hatt stor betydning for utvikling av terapiformer for komplekst traumatiserte voksne (f.eks. Ogden, 2006).

Dette har inspirert til et tilsvarende initiativ på barnetraumatologifeltet. Basert på arbeidet presentert over har arbeidsgruppen Complex Trauma Task Force jobbet frem kriterier for en ny diagnose: «*developmental trauma disorder*» (DTD), som er søkt inkludert i den kommende DSM-V (van der Kolk & Pynoos, 2009). Inklusjonskriteriet («A-kriteriet») er at barnet eller den unge over en periode på minst et år har opplevd (direkte eller som vitne) alvorlig mellommenneskelig vold i kombinasjon med sviktende omsorg (separasjon fra/skifte av omsorgsgivere eller alvorlig emosjonelt misbruk). De øvrige kriteriene sirkler rundt problemene som synes å gå igjen blant barn og unge utsatt for slike belastninger (se over), og inkluderer fire symptomer på affektiv og fysiologisk dysregulering, fem symptomer på dysregulering av oppmerksomhet og atferd, og seks symptomer på sosioemosjonell dysregulering. I tillegg stilles det krav om minst ett symptom i minst én av PTSD-diagnosens tre hovedsymptomgrupper (gjenopplevelser, unngåelse eller overaktivering), og funksjonsproblemer på arenaer som skole, familie, venner, med flere (ibid.)

Diskusjon

Dersom DTD blir inkludert i diagnosemanualer, vil diagnosen potensielt kunne rydde opp i et landskap preget av uoversiktighet og vanskelige kliniske og differensialdiagnostiske avveininger. Den vil kunne gi et mer dekkende bilde av vanskene mange barn og unge med kompleks traumehistorikk sliter med. Siden symptombildet koples til reelle livserfaringer, reduseres sjansen for at slike erfaringer overses. For dem det gjelder, vil dette også kunne gi anerkjennelse av vonde erfaringer. Diagnosen vil også kunne redusere risikoen for at barn med like terapeutiske behov spres over diagnostiske grupper med forskjellig årsaksforståelse og behandlingstenkning. Dermed styrkes forutsetningene for at det gis riktig behandling.

Å samle ettervirkninger av kompleks traumatisering i en felles begreps- og forståelsesramme vil også kunne gi et fundament for utvikling av mer hensiktsmessige kartleggingsinstrumenter, estimater av forekomst, og derigjennom tilpassede behandlingsopplegg for utsatte barn og unge. Man må også forvente økt oppmerksomhet og innsats rettet mot disse utsatte gruppernes behov, noe som vil kunne gi betydelige folkehelsegevinster i neste runde. Diagnoser uløser forsknings- og implementeringsmidler, noe som synliggjøres av den eksplosive veksten i antall publikasjoner som PTSD-diagnosen utløste da den kom i 1980. PTSD dominerer fortsatt forskningen på traumefeltet, selv om erfaringen tilsier at den har begrenset nytteverdi for de tyngste og mest klinisk krevende traumerelaterte sakene (van der Kolk, 2005). Mange behandlingsforskere og klinikere vi har vært i kontakt med, har påpekt paradokset som ligger i at den problematikken som utfordrer hjelpapparatet mest, er den som i minst grad uløser forskningsmidler.

Diagnosen DTD har også problematiske sider. For det første utfordrer den grunnlagsspørsmål knyttet til behandling generelt, og diagnostikk spesielt. Et spørsmål er i hvilken grad diagnoser er tjent med å være teoretiske funderte og bære i seg etiologiske antakelser. De to første DSM-utgavene bygget mye på en psykoanalytisk forståelse av psykiske vansker, blant annet i kategoriseringen av nevrotiske versus psykotiske lidelser (First, 2010). Fra og med DSM-III tok den amerikanske psykiaterforeningen (APA), som gir ut manualen, et oppgjør med denne praksisen. Man forsøkte å frigjøre seg fra etiologiske antakelser og i stedet orientere seg mot ateoretiske og deskriptive diagnoser (ibid.). DTD forutsetter et bestemt årsaksforhold og vil i sin begrepsbruk kunne hevdes å lene seg på teoretisk ladede begreper, da særlig fra nyere utviklingsteori. Motsvaret er imidlertid at diagnosen først og fremst representerer en systematisering av kliniske observasjoner (jfr. over), hvor utviklingspsykologiske og nevrobiologiske perspektiver mer trekkes inn som redegjørelse for hva man ser. Slik sett er DTD bygget etter modell av PTSD, som også er fundert på konsensus av kliniske observasjoner (Cantor, 2005) og som også representerer et unntak fra APA sin praksis ved å forutsette et konkret utløsende årsaksforhold (American Psychiatric Association, 2000).

Et annet grunnlagsspørsmål er om man må ha kjennskap til årsaksforhold for å kunne gi hensiktsmessig behandling. Oppfatningen har blitt utfordret blant annet gjennom fremveksten av ulike «løsningsorienterte» behandlingstilnærminger (Bannink, 2007),

og man har i dag ulike tradisjoner som trekker i ulike retninger. Heller ikke kognitiv atferdsterapi og andre evidensbaserte tilnærminger forutsetter nødvendigvis kjennskap til problematferdens opprinnelige kilder. For PTSD-behandling har det riktignok vært konsensus for nødvendigheten av en form for eksponering for traumerelaterte minner. Men ved behandling av ustabil personlighetsforstyrrelse – en diagnose med flere likhetstrekk med DTD enn hva PTSD har – pekes det gjerne på viktigheten av å fokusere på her og nå fremfor å søke innsikt i barndomserfaringers betydning (Bateman & Fonagy, 2010).

Det kan også være naturlig å tenke at ulike sider ved et svært komplekst tilstandsbilde vil kreve ulike tilnærminger med større eller mindre etiologisk fokus. Eksempelvis vil seksuelt misbrukte barn også kunne trenge atferdsmodifiserende tiltak. Man kan slik hevde at eksisterende diagnoser «utfyller hverandre», og at man i stedet for å lage en ny diagnose bør utvikle dem man allerede har til å bli mer sensitive i forhold til symptomenes mulige traumatiske opprinnelse. En innvending her vil være at man vil forstå opposisjonell atferd annerledes når man kjenner dens bakgrunn, og at de atferdsterapeutiske tiltakene da vil inngå som del av en større plan hvor det også tas høyde for barnets traumehistorikk.

En eventuell DTD-diagnose vil uansett møte utfordringer knyttet til spørsmål rundt skyld og stigma. Diagnosen vil i mange tilfeller plassere årsaken til barnets problemer på primære omsorgsgivere, og vil av den grunn utfordre både hjelpeapparatet og de involverte på en annen måte. Joseph Spinazzola, en av talspersonene for diagnosen, uttalte på en verdenskongress i Boston at «We are not going to win any popularity contest with this diagnosis» (Spinazzola, 2010). Man kan se for seg motstanden en slik diagnose vil møte i en familie man er avhengig av et godt samarbeid med, og også konsekvensene det kan ha for en familie dersom en slik diagnose gis på sviktende grunnlag. Man kan også se for seg drøftinger rundt hvilke juridiske implikasjoner en slik diagnose skal få i forhold til for eksempel barnefordelings- eller omsorgsovertakelsessaker.

Søknaden om å få DTD inkludert i DSM-V har da også vakt motstand i APA. Innvendingene er i hovedsak rettet mot diagnosens spesifisitet og sensitivitet. Blant annet påpekes det at de diagnostiske kriteriene er brede og vanskelige å operasjonalisere: «Nearly all problems that followed childhood maltreatment would have to receive this new diagnose» (Freedman, 2010, s. 3). Diagnosens overlapp med eksisterende diagnoser som depresjon og opposisjonell atferdsforstyrrelse fremheves i denne forbindelse som et problem. I ett perspektiv kan dette ses som en misforstått innvending, siden hensikten med diagnosen nettopp er å motvirke den fragmentering som nå preger feltet. Samtidig er det rimelig av APA å kreve trygghet for at diagnosens ulike symptomgrupper faktisk samvarierer og er uttrykk for et felles underliggende fenomen. Slike psykometriske kvaliteter har ennå ikke blitt demonstrert. APA etterlyser også prospektive valideringsstudier som viser at symptomene oftere inntreffer hos barn som oppfyller kriterium A, enn hos barn uten slik traumeeksponering. En slik dokumentasjon forutsetter gode kartleggingsinstrumenter og diagnostisk verktøy. Etter en omfattende mobilisering i NCTSS er dette nå under utvikling, og det er skaffet til veie midler til grundige

valideringsstudier av de diagnostiske kriteriene i institusjoner i 8 amerikanske stater (Ford, 2011). Diagnosens fremtid vil avhenge av resultatene fra disse feltstudiene, så det blir spennende å følge denne utviklingen videre.

Konklusjon

Traumefeltet savner gode verktøy for å kartlegge de sammensatte vanskene man ser hos barn med kompleks traumehistorikk, noe som også gjør det vanskelig å utvikle tilpassede behandlingsopplegg. Disse barna får ofte ulike diagnoser med forskjellig assosiert etiologisk forståelse og behandlingstenkning. Det kan tilsløre det reelle årsaksforholdet og føre til feilbehandling. Developmental trauma disorder kan potensielt bidra til å løse disse vanskene. Diagnosen er imidlertid omstridt, og resultater fra pågående valideringsstudier vil avgjøre dens mulighet for å bli tatt inn som formell diagnose i DSM-V.

Referanser

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (tekstreviðert 4. utg.)*. Washington DC, US: American Psychiatric Association
- Bannink, F. P. (2007). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 87–94.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*: JohnWiley & Sons.
- Briere, J., Kaltman, S. & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223–226.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 104–123). New York: The Guilford Press.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 848–851.
- Cantor, C. (2005). *Evolution and posttraumatic stress: disorders of vigilance and defence*. New York: Brunner-Routledge.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*,

22, 399–408.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (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.

First, M. B. (2010). Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: past experiences and future aspirations. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(11), 692–700.

Ford, J. D. (2011). DTD screening. Personlig korrespondanse per e-post 7. juni 2011.

Ford, J. D. & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York: The Guilford Press.

Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. I C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 13–30). New York: The Guilford Press.

Fossum, S., Handegård, B. H., Drugli, M. B. & Mørch, W. T. (2010). Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragelsespraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(7), 601–607.

Freedman, M. (2010). Review of Developmental Trauma Disorder proposal to the APA. Lastet ned 21.09.2010: www.goodworksintrauma.org/blog1/wp.../DTD-final-rejection-by-APA.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Barn som pårørende. Lastet ned 11.11.2010: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/barn-som-paerørende.html?id=506766

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.

Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.

Hilarky, C. (2004). Victimization as a risk factor for conduct disorder behaviors: Exploring connections in a national sample of youth. *Stress, Trauma, and Crisis: An international journal*, 7(1), 47–59.

Høvik, M. F. & von Plessen, K. J. (2010). Emosjonsregulering og motivasjon hos barn med AD/HD. *Tidsskr Nor Legeforen*, 130, 2349–2352.

Lyttle, S. & Brodie, S. (2007). Child abuse and its relationship to conduct disorder. Lastet ned 05.01.2011: priory.com/psych/abuse.htm

Maj, M. (2005). Psychiatric comorbidity: an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry*, 186, 182–184.

Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. Lastet ned

06.07.2011: www.reassess.no/id/15705.0

Norsk Krisesenterforbund. (2009). Landsdekkende statistikk fra krisesentrene 2009. Lastet ned 02.12.2010: www.norskkrisesenterforbund.no/articles/view/6982/861

Ogden, P. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.

Putnam, F., Perry, M., Putnam, K. & Harris, W. (2008). *Childhood antecedents of clinical complexity*. Presentasjon på The 24th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. 15.11.2008, Chicago, IL, US.

Pynoos, R., Fairbank, J. A., Briggs-King, E. C., Steinberg, A., Layne, C., Stolbach, B. & Ostrowski, S. (2008). *Trauma exposure, adverse experiences, and diverse symptom profiles in a national sample of traumatized children*. Presentasjon på The 24th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. 15.11.2008, Chicago, IL, US.

Spinazzola, J. (2010). *Developmental trauma disorder*. Presentasjon på The 21th annual international trauma conference. 19–21.05.2010, Boston, MA, US.

Stien, P. T. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. New York: Routledge.

Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K. & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1133–1143.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas– an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.

van der Kolk, B. & Pynoos, R. S. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM–V. Lastet ned 04.09.2010: www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

Aanonsen, N. O. (2000). *ADHD. Diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tidsskrift for Norsk
Psykologforening

Ansvarlig redaktør: Bjørnar Olsen
bjornar@psykologtidsskriftet.no

RSS | Tips og tekster:
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Postboks 419 Sentrum, N–
0103 Oslo

Tlf. (+47) 23 10
31 30

Telefaks: (+47) 22 42
44 20

Nettansvarlig: Arne Olav L. Hageberg
arne.olav@psykologtidsskriftet.no

Annonser og abonnement:
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Utgitt av Norsk Psykologforening: www.psykologforeningen.no