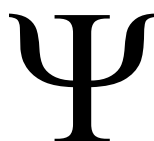




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Barn utsatt for komplekse traumer:  
diagnosebegrep og behandling***

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Synnøve Veien Teige  
Ragnhild Støren Løkke  
Christina Rønning**

Høst 2009

Veiledere  
**Unni M. Heltne**  
**Anita Lill Hansen**

## Forord

”Sometimes the whole is greater than the sum of its parts”

Judith Lewis Herman

Herman bruker disse ordene for å beskrive kompleksiteten man kan se hos barn utsatt for traumer i barndommen. Gjennom våre erfaringer i eksternpraksis i ulike deler av verden, og som assistenter innen psykisk helsevern, har vi sett hvordan traumatiske erfaringer setter dype spor. Vi opplever at det å forstå pasienter ut fra deres livserfaringer, gjør det lettere å se mennesket bak diagnosen. Av denne grunn appellerte Hermans perspektiv til oss, da det representerer en mer forståelsesfull måte å møte slike pasienter på.

## Takk til

Først vil rette en stor takk til våre veiledere Unni M. Heltne og Anita Lill Hansen for inspirasjon og nyttige innspill i denne prosessen. Takk til Unni som fører oss tilbake til den kliniske virkeligheten når vi blir fanget i litteratur og formuleringer, og takk til Anita som passer på at vi holder oss på vitenskapens sti. Vi vil også takke Senter for krisepsykologi, som ga oss muligheten til å skrive denne oppgaven.

Takk til våre kjære som alltid venter tålmodig.

Til slutt vil vi rette en takk til vår gruppedynamikk, som er et levende bevis på at helheten er større enn summen av delene.

## Abstract

The purpose of this thesis was to consider whether complex trauma disorders should be included as a diagnostic entity, and to evaluate if trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) is a suitable treatment model for children with complex trauma reactions. First, we reviewed arguments supporting the existence of a complex trauma diagnosis, and considered research that supports postulated core problems in these children. Second, we presented research on the TF-CBT model for children exposed to complex trauma. Based on what we found in the literature, we suggested that there is reason to argue that a complex trauma diagnosis should be established. We also argued that TF-CBT, to some extent, can be useful in the treatment of children with complex trauma reactions. However, more research is needed to reveal if the model addresses the complexity found in the symptoms of these children. Suggestions for further research are discussed.

## Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven var å vurdere om komplekse traumelidelser bør inkluderes som en egen diagnostisk kategori, og å se på om traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) kan brukes i behandlingen av barn med komplekse traumereaksjoner. Først har vi sett på argumenter som støtter en slik diagnose, og forskning som støtter opp under eksistensen av postulerte kjerneproblemer i forbindelse med denne tilstanden. Deretter har vi presentert forskning på TF-CBT modellen i forhold til barn utsatt for komplekse traumer. Basert på eksisterende litteratur fant vi at det er grunnlag for å argumentere for innføringen av en ny diagnostisk kategori. I tillegg fant vi at TF-CBT, i noe grad, kan være nyttig i behandlingen av barn utsatt for komplekse traumer. Mer forskning kreves imidlertid for å avdekke om modellen retter seg mot kompleksiteten i symptom bildet til disse barna. Forslag til videre forskning diskuteres.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Utvikling av PTSD diagnosen.....	2
1.2 Komplekse traumer.....	3
1.3 Behandling av komplekse traumetilstander hos barn .....	4
1.4 Evidensbasert traumebehandling.....	6
1.5 Avgrensning.....	6
1.5.1 Begrepsavklaring.....	9
2.0 Teoretisk gjennomgang.....	9
2.1 En utvidet traumeforståelse.....	9
2.2 Mot en ny diagnostisk kategori.....	10
3.0 Konsekvenser av komplekse traumer.....	12
3.1 PTSD.....	12
3.2 Tilknytning.....	13
3.2.1 Biologiske endringer assosiert med skadet tilknytning.....	15
3.2.1.1 Stress.....	16
3.2.1.2 Endringer i hjernens struktur og metabolisme.....	17
3.3 Utviklingen av selvet.....	18
3.4 Somatisk dysregulering.....	19
3.5 Affektdysregulering.....	20
3.6 Dissosiasjon.....	21
3.7 Hvordan kommer konsekvensene av komplekse traumer til uttrykk?.....	23
3.8 Reverserbarhet.....	24
4.0 TF-CBT modellen.....	25
4.1 Presentasjon av modellen.....	25
4.2 Målgruppe for TF-CBT.....	27
4.3 Evidens for TF-CBT.....	28
4.3.1 Presentasjon av studier.....	28
4.3.1.1 Barn utsatt for seksuelle overgrep.....	28
4.3.1.2 Barn utsatt for ulike typer traumer, i tillegg til seksuelle overgrep....	29
4.3.1.3 Omsorgsgivers deltagelse som medierende faktor.....	31
4.4 Oppsummering.....	32
5.0 Diskusjon.....	33
5.1 Diagnosebegrepet; PTSD og komplekse traumelidelser.....	33
5.1.1 Svakheter ved PTSD diagnosen for barn utsatt for komplekse traumer....	33
5.1.2 Fordeler knyttet til en ny diagnose.....	36
5.1.3 Problemer knyttet til en kompleks traumediagnose.....	37
5.2 TF-CBT i behandling av barn utsatt for komplekse traumer.....	40
5.2.1 PTSD.....	40
5.2.2 Tilknytning.....	41
5.2.3 Utvikling av selvet.....	42
5.2.4 Somatisk dysregulering.....	42
5.2.5 Affektdysregulering.....	43
5.2.6 Dissosiasjon.....	44

5.3 Kontraindikasjoner for behandling med TF-CBT.....	45
5.3.1 Uklare eller multiple minner.....	45
5.3.2 Alvorlig patologi hos barnet eller omsorgsgiver.....	46
5.3.3 Kognitive evner.....	47
5.4 Forslag til videre forskning.....	49
5.4.1 Hvordan kan man måle komplekse traumereaksjoner?.....	49
5.4.2 Hvordan kan man måle om TF-CBT er nyttig i behandling av barn med komplekse traumelidelser?.....	50
6.0 Avsluttende sammenfatning.....	52
Referanser.....	54

## 1.0 Innledning

I den senere tid har det blitt stilt spørsmålstegn ved hvorvidt posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er tilstrekkelig for å fange opp alle former for traumereaksjoner. Forskning har vist at personer som har blitt utsatt for traumer, da særlig av mer kompleks og omfattende art, viser flere alvorlige reaksjoner, utover kriteriene for PTSD (van der Kolk, 2005). Det har i denne sammenhengen blitt foreslått at man bør ha en diagnose som fanger opp disse alvorlige reaksjonene (Herman, 1992b; van der Kolk, 2005), og at det bør utvikles behandlingsmodeller tilpasset mennesker med denne typen kompleks problematikk (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). I utviklingen av behandlingsmodeller vil det være viktig å rette spesielt fokus på barn, blant annet fordi traumer i barndommen kan ha negativ innvirkning på barnets hjerneutvikling (Glaser, 2000). Tidlige intervensjoner kan bidra til å reversere negativ utvikling (Ford, 2009), og hindre at barnas vansker vedvarer inn i voksen alder. En av modellene for behandling av barn utsatt for traumer som har fått mest støtte, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Cohen, 2005). Ut fra det vi kjenner til, foreligger det lite forskning som fokuserer på behandling av reaksjoner på komplekse traumer. Mer kunnskap om komplekse traumelidelser, og symptomer knyttet til denne tilstanden, kan ha viktige implikasjoner for utvikling av adekvate behandlingsmodeller, men også målemetoder som kan benyttes med hensyn til behandlingsutfall. Hensikten med denne oppgaven er derfor å studere grunnlaget for å innføre en ny diagnostisk kategori, samt å vurdere om TF-CBT modellen er en god metode som kan benyttes i behandlingen av barn som har blitt utsatt for vedvarende og alvorlige traumer av kompleks art.



### *1.1 Utviklingen av PTSD diagnosen*

Van der Kolk og van der Hart viser til Janet, som allerede i 1889 påpekte sammenhengen mellom psykiske lidelser og traumer (van der Kolk & van der Hart, 1989). Likevel tok det over 100 år før denne sammenhengen ble gjenspeilet i diagnosemanualen til American Psychiatric Association (APA). Den første diagnosen som inkorporerte psykisk traume som et diagnostisk kriterium var PTSD. Denne diagnosen ble først innført i Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) i 1980 (Friedman, Resick, & Keane, 2007), og man ser at PTSD fremdeles er den eneste diagnosen som setter krav til at symptomene skal være resultat av et traume (American Psychiatric Association, 1994). I henhold til DSM kan denne lidelsen følge av det å bli utsatt for en ekstremt traumatisk stressor, for eksempel fryktet død eller alvorlig skade. Videre kan den forårsakes av andre former for trusler mot ens fysiske integritet, eller det å være vitne til en hendelse som innebærer død, skade eller trusler mot en annen persons fysiske integritet. Til slutt kan den følge fra det å høre om ikke forventet eller kriminell død, alvorlig skade, eller trusler om død eller skade opplevd av en nær person. PTSD karakteriseres av symptomene: gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, unngåelse av stimuli assosiert med traumet, generelt nedsatt responsivitet og vedvarende symptomer på forhøyet aktivering (APA, 1994). Diagnosen stammer opprinnelig fra observasjoner av tilstander hos overlevende etter Vietnamkrigen, men har etter hvert også blitt mye brukt for andre typer traumer som voldtekt, familievold, barnemishandling og neglekt (Courtois, 2004). Forskningen på traumefeltet har ekspandert kraftig etter utviklingen av PTSD diagnosen (Boschen, 2008). Flere teoretikere på feltet har hevdet at denne diagnosen ikke dekker mangfoldet av

symptomer man kan se hos personer utsatt for alvorlige, vedvarende traumer i barndommen (Herman, 1992a; Janoff-Bulman, 1992; Terr, 1991), og det har som følge av dette blitt postulert ulike diagnoser ment å favne om disse mer komplekse traumetilstandene.

### *1.2 Komplekse traumer*

Noen av de foreslåtte diagnosene er kompleks PTSD, komplisert PTSD, disorders of extreme stress (DES), og disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997). Complex Trauma Taskforce of the National Child Traumatic Stress Network har også postulert en ny diagnostisk kategori; developmental trauma disorder (DTD), ment å dekke det brede spekteret av symptomer man ofte ser hos barn utsatt for interpersonlige traumer (van der Kolk, 2005). Det er i per dag ingen vedtatt enighet omkring dette, og ingen ny diagnose er inkludert i diagnosemanualene. Isteden har mangfoldet av symptomer blitt inkludert som assosierte tilstander til PTSD (APA, 1994). På tross av dette, har det blitt hevdet at det fortsatt er behov for en egen diagnostisk kategori, da det er økende støtte for eksistensen av denne typen lidelser (Courtois, 2004) og fordi det har blitt hevdet at PTSD diagnosen fremdeles er for snever (Ford & Courtois, 2009).

Courtois og Ford (2009) benytter begrepet komplekse psykologiske traumer for å beskrive hendelser som kan føre til komplekse traumelidelser. De definerer komplekse psykologiske traumer som hendelser som:

- (1) er repeterende eller forlenget; (2) innebærer direkte skade og/eller neglekt og å bli forlatt av sine omsorgsgivere eller andre tilsynelatende ansvarlige voksne;
- (3) inntreffer på utviklingsmessig sårbare tidspunkt i offerets liv, slik som tidlig

barndom; og (4) har stort potensial for å innebære alvorlig risiko for barnets utvikling. (s. 1).

Videre postulerer de kjerneproblemer hos personer utsatt for komplekse traumer, som de mener behandling bør rettes mot. Disse inkluderer affektdysregulering, strukturell dissosiasjon, somatisk dysregulering, skadet selvkonsept og selvutvikling, desorganiserte tilknytningsmønstre, PTSD symptomer, samt enhver annen assosiert tilstand (Courtois & Ford, 2009). Ford og Courtois foreslår ikke eksplisitt hvordan en ny diagnose skal konseptualiseres. I stedet fokuserer de på kjerneproblemene ved komplekse traumelidelser. De hevder at det er viktig at klinikere og forskere forstår hvert kjerneproblem godt nok til at de blir i stand til nøyaktig å vurdere deres tilstedeværelse hos det enkelte barn (Ford & Courtois, 2009).

Komplekse traumelidelser henger nært sammen med en historie av gjentatt eksponering for traumatiske stressorer, og alvorlige forstyrrelser i relasjonene til omsorgsgiver (Ford & Courtois, 2009). Forfatterne trekker altså frem kjerneproblemet tilknytning som særlig sentralt, og tilknytning kan ses som både en medvirkende årsak til, og virkning av, komplekse traumer (Ford, 2009). I synet på skadet tilknytning som både årsak og virkning, ligger det at når tilknytning skades kan dette være traumatiserende i seg selv, og tilknytning kan derfor ses som et særlig viktig element i forhold til komplekse traumelidelser.

### *1.3 Behandling av komplekse traumetilstander hos barn*

Mangelen på en enhetlig diagnose vanskeliggjør utviklingen av behandlingsmodeller som kan vurderes empirisk. Man vet i dag lite om effektiviteten av traumebehandlinger i forhold til barn med ulike typer traumer, og multiple traumer

(Saxe, MacDonald, & Ellis, 2007). Studier av de best validerte behandlingsformene for barn med PTSD har ikke systematisk vurdert symptomer på mer komplekse traumbilder, og nytteverdien av slike behandlingsformer for disse barna er derfor usikker (Ford & Cloitre, 2009).

Det har også blitt påpekt at vanlig praksis ofte består av å gi barna en rekke komorbide diagnoser, i tillegg til PTSD, og å behandle disse lidelsene uavhengig av hverandre (van der Kolk, 2005). Man kan stille spørsmålstegn ved om dette er en adekvat tilnærming i behandling av barn utsatt for alvorlige og vedvarende stressorer (van der Kolk, et al., 2005).

Van der Kolk (2005) oppsummerer store deler av denne debatten med sitt utsagn:

However, because there currently is no other diagnostic entity that describes the pervasive impact of trauma on child development these children are given a range of “comorbid” diagnoses, as if they occurred independently from the PTSD symptoms, none of which do justice to the spectrum of problems of traumatized children, and none of which provide guidelines on what is needed for effective prevention and intervention. By relegating the full spectrum of trauma-related problems to seemingly unrelated “comorbid” conditions, fundamental trauma-related disturbances may be lost to scientific investigation, and clinicians may run the risk of applying treatment approaches that are not helpful. (s. 405 – 406).

Det er nettopp denne typen kritikk man prøver å møte ved å postulere begrepet komplekse traumer, og ved å forsøke å utvikle behandlingsmodeller som retter seg mot alle deler av det mangfoldige symptom bildet man ser ved komplekse traumelidelser (Courtios & Ford, 2009). I tråd med kravet om evidensbasert praksis, vil det være viktig

med økt forskning på både symptombildet og behandlingstilnæringer ved mer komplekse traumelidelser. Det vil også være nyttig å vurdere effekten av eksisterende behandlingsformer.

#### *1.4 Evidensbasert traumebehandling*

Det er i dag mye fokus på evidensbasert praksis. Dette kan defineres som ”integrasjonen av den best tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1127). Saunders og medarbeidere hevder at den eneste behandlingen for traumatiserte barn som møter vitenskapelige kriterier for effektiv intervensjon, er TF-CBT (Saunders, Berliner, & Hanson, 2003). Dette er en behandlingsmodell utviklet for å hjelpe barn, ungdom, og deres omsorgsgivere i etterkant av traumatiske hendelser. Komponentene i TF-CBT er spesifikt rettet mot symptomer på PTSD, depresjon og angst, og symptomer assosiert med disse tilstandene (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Cohen hevder at det er funnet bred empirisk støtte for at modellen er effektiv i behandlingen av barn utsatt for seksuelle overgrep. Hun sier videre at man finner økende evidens for effekten av denne behandlingen også for barn utsatt for andre typer traumer, og for barn utsatt for multiple former for traumer (Cohen, 2005), men modellen har ikke blitt systematisk vurdert i forhold til dette (Cohen, et al., 2006).

#### *1.5 Avgrensing*

I denne oppgaven vil vi først belyse en dreining på traumefeltet mot en mer kompleks forståelse av traumer. Deretter vil vi se på evidens som støtter eksistensen av kjerneproblemer knyttet til en kompleks traumelidelse. Med utgangspunkt i dette vil vi

vurdere om en av dagens evidensbaserte behandlingsmodeller for traumer, TF-CBT, kan være nyttig i behandlingen av barn med komplekse traumelidelser. Til slutt vil det bli diskutert hvorvidt slike lidelser bør inkorporeres i diagnosemanualene, og om TF-CBT modellen kan brukes for en populasjon utsatt for traumer av mer kompleks art.

I oppgaven vil vi besvare følgende problemstillinger:

1. Hvorfor bør det innføres en diagnose som bedre favner om symptom bildet man ser hos barn utsatt for komplekse traumer?
2. I hvilken grad er TF-CBT en egnet behandlingsmodell for barn med komplekse traumereaksjoner?

Dette er en teoretisk oppgave, og vi har foretatt strategiske litteratursøk for å belyse oppgavens problemstillinger. Tematisk fokus for oppgaven vil være komplekse traumer, og barns reaksjoner på slike hendelser samt behandling av dette. For å belyse dette vil vi benytte litteratur og forskning som ser på ulike former for overgrep mot barn. Vi velger å ta utgangspunkt i Courtois og Ford sin definisjon av komplekse psykologiske traumer, her omtalt som komplekse traumer. Ut fra definisjonen, tolker vi dette til å kunne innebære fysiske, emosjonelle og seksuelle overgrep i barndommen, av vedvarende, alvorlig og interpersonlig karakter. Mange av de foreslåtte kjerneproblemene i forhold til barn utsatt for komplekse traumer kan sies å være nært knyttet til biologi. Dette perspektivet kan være med på å forklare det mer vedvarende aspektet ved konsekvensene av denne typen traumer. Ved å belyse de biologiske korrelatene ved komplekse traumetilstander, vil vi også diskutere muligheten for å

utvikle objektive målemetoder. Da tilknytning ses som særlig sentralt i forhold til komplekse traumer, vil vi vektlegge biologiske endringer assosiert med dette.

Sammenhengen mellom disse biologiske endringene og de andre kjerneproblemene vil også i noe grad bli belyst.

Det meste av forskningen som har blitt gjort i forhold til TF-CBT har sett på barn utsatt for seksuelle overgrep. Mange av barna har blitt utsatt for overgrep av vedvarende karakter, og mange har også opplevd andre typer traumer. Man kan ut fra overnevnte definisjon hevde at slike overgrep kommer innenfor rammene av komplekse traumer, og at barna dermed har stor risiko for å utvikle komplekse traumelidelser. Slik kan man bruke forskning gjort på TF-CBT for å vurdere modellens nytteverdi i behandlingen av barn med komplekse traumetilstander. Vi tar utgangspunkt i TF-CBT modellen slik den blir lagt frem i ”Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents ” (Cohen, et al., 2006). Cohen og medarbeidere peker på at det finnes flere varianter av TF-CBT, og at de ulike modellene har mange fellestrekk (Cohen, 2003). Dersom man ser på nyere litteratur omtales de ulike modellene alle som TF-CBT, og vi har derfor også valgt å inkludere studier av disse i oppgaven.

Gjennomgående i oppgaven tar vi utgangspunkt i diagnosemanualen DSM, da dette er vanlig praksis i både norsk og internasjonal forskning.

Viktige aspekter i forhold til traumatisering som faller utenfor oppgavens fokus er andre anvendte behandlingstilnærminger for traumatiserte barn (Saxe, et al., 2007) og resiliens (Helmen Borge, 2003). Vi vil også i liten grad fokusere på risiko og beskyttelsesfaktorer, selv om dette er nevnt i forhold til konsekvensene.

### *1.5.1 Begrepsavklaring*

På traumefeltet kan man se en tendens til at ulike begrep benyttes om hverandre, for å beskrive både utløsende traumatiske hendelser, og reaksjoner på slike erfaringer. I denne oppgaven velger vi å benytte oss av begrepet komplekse traumer for hendelsene som ligger til grunn for barnets vanskeligheter. For å beskrive reaksjonene man kan se hos disse barna, bruker vi betegnelser som komplekse traumelidelser, reaksjoner, tilstander og symptombilder. Med barn vil vi her mene personer under 18 år. I beskrivelsen av barn som opplever traumatiske hendelser brukes mange ulike begrep, både i norsk og internasjonal litteratur. Dette kan være begrep som misbruk, mishandling, vold, fysisk misbruk, seksuelt misbruk, neglekt, abuse, domestic violence og maltreatment. Vi velger å benytte begrepet overgrep som en fellesbetegnelse for disse. På samme måte benytter vi betegnelsen affekt for begrepene affekter, emosjoner og følelser. Også begrepet dissosiasjon har blitt brukt noe ulikt i litteraturen (Blindheim, in press), og slik vi forstår det er begrepet en samlebetegnelse som blant annet inkluderer strukturell dissosiasjon. Av denne grunn vil begrepene dissosiasjon og strukturell dissosiasjon bli brukt om hverandre i oppgaven.

## 2.0 Teoretisk gjennomgang

### *2.1 En utvidet traumeforståelse*

Etter innføringen av PTSD diagnosen forsøkte som nevnt flere teoretikere å beskrive det mer komplekse symptombildet man ofte så hos mennesker utsatt for traumatiske hendelser. Leonore C. Terr lanserte i 1991 begrepene type I og type II traumer. Hun mente at ulike erfaringer kunne deles inn i to ulike typer traumer, og at



disse skilte seg fra hverandre på ulike områder. Type I traumer i barndommen etterfølger en uventet enkelthendelse, for eksempel det å være vitne til drap eller å være med i en alvorlig bilulykke. I følge Terr vil type I traumer ofte gi symptomer som er mest forenelige med PTSD diagnosen. I motsetning, vil type II traumer som oftest etterfølge langvarig og gjentatt eksponering for traumer, som for eksempel gjentatte seksuelle overgrep. De gjentatte traumene skaper en forventning om nye traumatiske hendelser hos barnet, og det setter i gang forsøk på å beskytte psyken og bevare selvet (Terr, 1991). Janoff-Bulmann har også presentert ett nytt syn på traumer, i tråd med en mer kompleks traumeforståelse. Han beskriver et symptombilde preget av desperasjon, skyldfølelse og fremmedgjorthet fra andre, som han hevder er karakteristisk for mennesker utsatt for interpersonlige traumer (Janoff-Bulman, 1992). Både Terr og Janoff-Bulmann beskriver som vi ser symptombilder som går utover de anerkjente PTSD symptomene, men de foreslår ingen ny diagnose ment å dekke dette.

### *2.2 Mot en ny diagnostisk kategori*

Judith Lewis Herman var blant de første til å foreslå en diagnostisk kategori ment å romme symptomene man kan finne hos ofre for vedvarende traumer. Hun hevder at mangelen på en riktig og helhetlig diagnose får alvorlige konsekvenser for behandling. Dette fordi det er fare for at man ikke legger tilstrekkelig vekt på sammenhengen mellom pasientens tilstedeværende symptomer, og de traumatiske opplevelsene vedkommende har vært utsatt for. Hun sier videre at den eksisterende PTSD diagnosen ikke er tilstrekkelig, da den verken rommer symptombildet man ser ved vedvarende traumer, eller endringene i personlighet man kan finne som resultat av dette. På grunnlag av dette foreslår hun diagnosen ”complex post-traumatic stress disorder” (CPTSD), og

hevder at reaksjoner på traumer bør ses som tilstander langs et kontinuum, heller enn en enkel tilstand. Disse går fra enkle forbigående stressreaksjoner, via den klassiske PTSD diagnosen, til kompleks traumatisk stresslidelse (Herman, 1992b). Videre sier Herman at de karakteristiske trekkene ved CPTSD blir forståelige dersom man ser på barnas utvikling i et relasjonelt perspektiv, og at overgrep nesten alltid ledsages av forstyrrelser i tilknytning (Herman, 2009).

I tråd med Hermans synspunkt, oppfordrer Ford og Courtois (2009) til utarbeidelsen av et enhetlig klinisk syndrom; komplekse traumatiske stresslidelser, resulterende fra komplekse traumer. Ford og Courtois skiller mellom enkle og komplekse traumer, og likestiller begrepene med Terrs (1991) begrep type I og type II traumer. Videre hevder de at komplekse traumatiske stresslidelser innebefatter symptomene på de tidligere foreslåtte diagnosene DTD og DESNOS. Ved å benytte en slik diagnosekategori vil klinikere kunne adressere både symptomer på PTSD, og andre symptomer karakteristisk for komplekse traumelidelser. Ut fra definisjonen til Courtios og Ford vil barn med mange ulike traumehistorier, og ulike symptombilder, falle inn under kategorien komplekse traumatiske stresslidelser. De trekker eksempelvis frem at det kan det handle om et barn utsatt for langvarige overgrep fra sine omsorgsgivere gjennom barndommen. Et annet eksempel kan være et barn utsatt for overgrep av en annen voksen som barnet i utgangspunktet skulle hatt et tillitsforhold til. I en slik situasjon vil man kunne finne at barnet utvikler komplekse traumatiske stresslidelser, på tross av at det ikke er de primære omsorgsgiverne som utfører overgrepet. Dette er fordi barnets tillit til sine omsorgsgivere som kilde til trygghet og beskyttelse kan svekkes dersom omsorgsgiver har gitt barnet mangelfull beskyttelse, selv om dette ikke var deres

intensjon. (Courtios & Ford, 2009). Videre kan man tenke seg at alvorlige, enkeltstående ulykker i visse tilfeller kan føre til komplekse traumereaksjoner. Dette kan handle om situasjoner hvor barnets omsorgsgivere selv blir traumatiserte, og ikke klarer å gi barnet tilstrekkelig støtte. Deres relasjon kan bli skadet, noe som kan komme i veien for den videre tilknytningsatferden mellom barnet og dets omsorgsgiver. Også kroniske sykdommer hos omsorgsgiver, hvor tilknytningsmønster og relasjonelle bånd svekkes, kan sies å være potensielle forløpere for kompleks traumatisk stresslidelse. I tråd med dette hevder Herman at mangelen på en ivaretagende omsorgsgiver, eller tilstedeværelsen av en passiv tilskuer, kan være like tyngende som tilstedeværelsen av en overgriper (Herman, 2009). Det er altså et mangfold av omstendigheter som kan føre til traumereaksjoner av mer kompleks art, og dette gjenspeiler seg også i symptombildene man kan finne hos disse barna.

### 3.0 Konsekvenser av komplekse traumer

Som nevnt hevder Courtois og Ford at konsekvensene av komplekse traumer inkluderer affektdysregulering, strukturell dissosiasjon, somatisk dysregulering, skadet selvkonsept og selvutvikling, desorganiserte tilknytningsmønster og PTSD (Courtios & Ford, 2009).

#### 3.1 PTSD

Symptomer på PTSD er en anerkjent konsekvens av traumer, og dette gjelder også traumer av mer kompleks karakter. Dette støttes blant annet av en studie som viste at 42 % av barn som hadde opplevd seksuelle overgrep oppfylte kriteriene for PTSD. Til sammenligning hadde 8 % av barna som ikke hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep

PTSD (McLeer, Callaghan, Henry, & Wallen, 1994). En annen studie fant at 33 % av barn utsatt for seksuelle overgrep, fysiske overgrep eller begge deler, oppfylte kriteriene for en PTSD diagnose (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998). Man kan tenke seg at barn med PTSD symptomer vil få problemer på mange områder i forhold til sin daglige fungering. Dette vil for eksempel kunne vise seg i barnets skolehverdag, der "flashback" og overaktivering vil kunne bidra til dårligere konsentrasjon.

I tillegg til at PTSD er et viktig aspekt ved traumatisering, vektlegger Courtois og Ford også andre kjerneproblemer ved komplekse traumer.

### *3.2 Tilknytning*

Tilknytning kan defineres som et medfødt system som påvirker og organiserer barnets atferd i forhold til sin omsorgsgiver (Bowlby, 1969). Tilknytning påvirkes av om barnet oppfatter sin omsorgsgiver som tilgjengelig og responderende (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), og tilknytningssystemet kan bli forstyrret dersom barnet utsettes for overgrep av sine nære omsorgspersoner (Allen, 2001). Bowlby vektlegger at barnet gjennom tidlig interaksjon med sine omsorgsgivere vil gjøre seg erfaringer om seg selv, sine omsorgsgivere og omstendighetene rundt. Disse erfaringene generaliseres, og vil, innen barnets første leveår, danne utgangspunkt for utviklingen av arbeidsmodeller. Arbeidsmodellene bruker barnet så i møte med nye erfaringer, og slik vil de tidlige relasjonelle erfaringene påvirke barnets videre relasjoner og generelle utvikling (Bowlby, 1969, 1973).

Bowlby beskriver altså tilknytning som en prosess som skjer gjennom tidlig interaksjon. Individuelle forskjeller i hvordan mor og barn forholder seg til hverandre

kan identifiseres ved hjelp av fremmedsituasjonen (Ainsworth, et al., 1978), og atferden inndeles ofte i de ulike kategoriene; sikker, unngående og ambivalent (Main & Hesse, 1990). Main og Solomon har også identifisert og utarbeidet retningslinjer for en fjerde kategori kalt desorganisert tilknytning. Denne tilknytningsstilen kommer til uttrykk gjennom at barnet viser atferd som er kontrastfylt, lite retningsgivende eller stereotypisk, samt som er preget av "freezing" responser (Main & Solomon, 1990). Desorganisert tilknytning kan videre beskrives som tap av den ellers konsistente og organiserende strategien for affektregulering (Main & Hesse, 1990). Man har funnet at de ulike tilknytningsmønstrene i høy grad er knyttet til omsorgsgiverens sensitivitet (Ainsworth, et al., 1978), men dette kan imidlertid ikke sies å være tilstrekkelig for å forklare desorganisert tilknytning. Man har funnet at desorganisert tilknytning i høy grad kan ses hos barn som er utsatt for overgrep fra sine omsorgsgivere (van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Det kan tenkes at det karakteristiske ved omsorgsgivers atferd som kan lede til desorganisert tilknytning, er upredikerbar atferd som skaper frykt hos barnet. Barnet stilles i slike tilfeller ovenfor det paradoksale faktum at omsorgsgiver både er kilde til trusler og frykt, og samtidig kilden til trygghet og trøst. I en review, som inkluderte nærmere 80 studier, fant man at omtrent 48 % av barn utsatt for overgrep viser desorganisert tilknytningsstil, sammenlignet med 17 % av barna i kontrollgruppen (van Ijzendoorn, et al., 1999).

Det å ha denne typen tilknytning vil være hemmende for barnet, blant annet fordi det påvirker barnets evne til affektregulering (Main & Hesse, 1990). Barnet vil kunne ha vansker med å danne trygge og vedvarende relasjoner, eksempelvis fordi omgivelsene kan ha vansker med å forstå og respondere adekvat på deres kontrastfylte atferd.

### *3.2.1 Biologiske endringer assosiert med skadet tilknytning*

Flere har sett på sammenhengen mellom tilknytningsstil hos barnet og biologiske endringer. Utgangspunktet for dette er at utviklingen av hjernen er regulert av gener, men også av barnets tidlige erfaringer og miljø (De Bellis, Keshavan, et al., 1999). Glaser hevder at jo yngre barnet er, jo mer blir disse miljømessige faktorene mediert av barnets omsorgsgiver. Hun hevder at dersom barnet blir utsatt for overgrep vil dette kunne påvirke utviklingen av barnets hjerne på en avgjørende, og mulig skadelig måte (Glaser, 2000). Dette er i tråd med Fords beskrivelse av forskjellen mellom læringshjernen og overlevelshjernen. I følge Ford jobber den lærende hjernen med å forme barnets personlighet gjennom et komplekst samspill mellom gener og erfaringer, der barnet lærer og mestrer gjennom kreativ utforskning (Ford, 2009). Erfaringene kan danne spor som endrer strukturen i systemet permanent (Lewis, 2005). Gjennom dette samspillet blir forbindelsene i hjernen selektivt styrket, og i tillegg gradvis mer fikserte. Dette innebærer at det blir stadig vanskeligere for nye forbindelser å utvikle seg. Ford hevder at denne prosessen i den lærende hjernen er sentral i utviklingen av et stabilt, integrert selv. Et miljø hvor hjernen har mulighet til å fokusere på læring vil derfor fungere som en beskyttende faktor i forhold til mulighet for optimal utviklingen av selvkonseptet (Ford, 2009).

Dersom barnet utsettes for traumatiske hendelser vil hjernens fokus skifte fra kreativ utforskning og læring, mot defensive tilstander innstilt på å fremme overlevelse. Nevrale nettverk blir etablert der forventingen om fare fører til at barnet blir opptatt av å oppdage, og beskytte seg mot, trusler på alle arenaer i livet. Dette kaller Ford overlevelshjernen. Han hevder at de mest komplekse tilfellene av psykologiske

traumer ofte involverer interaksjon med personer som lærer barnet å fokusere på fare og overlevelse, istedenfor tillitt og læring. Å utsettes for overgrep gjennom barndommen kan være eksempel på slike traumer. Overlevelsesshjernens fikseres på automatisk, ubevisst leting etter og flukt fra trusler. Ut fra dette kan man forstå komplekse traumelidelser som noe som oppstår dersom barnet er fanget i et slikt overlevelsesmodus. Dette kan resultere i ekstreme tilstander av blant annet affektdysregulering og dissosiasjon (Ford, 2009). Trolig kan det Ford beskriver som overlevelsesshjernen ses i nær sammenheng med utviklingen av desorganiserte tilknytningsmønstre.

Man kan se på læringhjernen som en beskyttelsesfaktor i forhold til å lære seg strategier for å håndtere stress på en adaptiv måte, mens overlevelsesshjernen vil kunne fungere som en risikofaktor i forhold til å ikke være i stand til å håndtere stress.

*3.2.1.1 Stress.* Flere studier har vist at det å bli utsatt for overgrep kan føre til endringer i kroppens stresssystem (Carpenter, et al., 2007; De Bellis, Baum, et al., 1999). Hertzgaard og medarbeidere utførte en studie som så på sammenhengen mellom tilknytningsstil og stress. Forskerne målte kortisolnivå i spyttet til barn med desorganisert tilknytning, etter at de gjennomgikk fremmedsituasjonen. Funnene viste at disse barna hadde signifikant høyere kortisolnivå enn barn som hadde en sikker tilknytning (Hertzgaard, Gunnar, Erickson, & Nachmias, 1995). En annen studie undersøkte voksne menn og kvinner med PTSD som overlevde Hollocaust som barn. Man fant at personer med PTSD hadde et lavere nivå av kortisol enn overlevende som ikke led av PTSD, og en kontrollgruppe (Yehuda, et al., 1995). Den fysiologiske

responsen på stressende situasjoner virker altså å være kompleks, og den er ennå ikke fullt ut forstått (De Bellis, 2002; Gunnar & Donzella, 2002).

Mangelfull kunnskap på feltet gjør det vanskelig å trekke noen konklusjoner om kortisolens rolle i forhold til traumatiserte individer. Studiene viser imidlertid at forstyrret tilknytningsmønster, som et resultat av negative erfaringer i barndommen, er med på å påvirke kroppens system for stressregulering. I følge De Bellis og medarbeidere kan endringer i stresssystemene ha negativ påvirkning på hjernens utvikling (De Bellis, Keshavan, et al., 1999).

*3.2.1.2 Endring i hjernens struktur og metabolisme.* Man har i flere studier funnet signifikante endringer i hjernens struktur hos barn som har blitt utsatt for overgrep, og som lider av PTSD. (De Bellis, Keshavan, et al., 1999; De Bellis & Kuchibhatla, 2006; Smith, 2005). Man har også funnet at traumatiske tilknytningserfaringer kan virke negativt på tidlig organisering av høyre hjernehalvdel. Dette kan føre til at barnet får vanskeligheter med å emosjonelt forstå, og å reagere på, kroppslig og miljømessig stimuli (Schore, 1994). Et eksempel på dette kan være at barnet har vanskeligheter med å forstå sosiale signaler, og ofte tolker dem negativt. En annen studie har sett på hvordan vedvarende stress kan føre til endringer av strukturer i hjernen, og endringer i kontakten mellom disse. Man undersøkte en gruppe barn, adoptert fra rumenske barnehjem til amerikanske familier på 1990 - tallet. Barna hadde blant annet problemer med oppmerksomhet, affektregulering, sosiale relasjoner og atferdsvansker. Barna ble undersøkt med PET scan etter at de i gjennomsnitt hadde vært i adoptivfamilien i 5,6 år, og man fant at barna viste dysfunksjon i flere hjernestrukturer, blant annet prefrontale områder. Strukturene som viste dysfunksjon henger nært



sammen, og er kjent for å bli skadet av vedvarende stress (Chugani, et al., 2001). Man har også funnet at prefrontale områder er sentrale i forhold til eksekutive funksjoner (Luria, 1980), slike funksjoner kan for eksempel være målrettet atferd som impuls kontroll og planlegging (Welsh, Pennington, & Groisser, 1991). I tråd med De Bellis, Keshavan og medarbeidere (1999) og Glasser (2000), foreslår Chugani og medarbeidere at kronisk stress under barnehjemsperioden førte til endret hjerneutvikling hos barna, noe som igjen fikk konsekvenser for deres atferd (Chugani, et al., 2001).

Man ser altså at det er en nær forbindelse mellom tilknytningserfaring og biologiske endringer i hjernen. Dette kommer blant annet til uttrykk når man ser på det komplekse samspillet mellom traumatiske tilknytningserfaringer, endret stressaktivering, og endringer i hjernestrukturer. I tråd med dette hevder Lewis (2005) at psykososiale vansker involvert i komplekse traumelidelser, kan skyldes endringer i utviklingen av nevralt nettverk som skjedde tidlig i livet. Dette kan sies å ha sammenheng med både Chugani og medarbeideres (2001) funn hos de rumenske barnehjemsbarna, og Fords (2009) beskrivelse av skiftet fra lærningshjernen til overlevelshjernen, der overlevelshjernen blant annet kan ha ført til endringer i stressnivå, som igjen kan ha ført til biologiske endringer i hjernen.

### *3.3 Utviklingen av selvet*

Et aspekt ved barnets utvikling, som henger tett sammen med tilknytning og utviklingen av arbeidsmodeller, er utviklingen av selvet. Karterud oppsummerer Kohuts syn på selvet, og hevder at han blant annet så på selvet som ”en følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne emosjoner, tanker og handlinger” (Karterud, 1997, s. 17). The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) påpeker at

responderende, sensitive omsorgsgivere og positive erfaringer tidlig i livet muliggjør barnets utvikling av en positiv modell av selvet. Dersom barnets omsorgsgiver ikke er sensitiv til barnets behov vil barnet kunne utvikle en negativ selvfølelse, blant annet vil det kunne føle seg hjelpeløst og ikke verdt å elske (NCTSN, 2003). I tråd med dette har man funnet at overgrep skader barnets evne til refleksjon og følelse av selv (Fonagy & Target, 1997). Man kan også tenke seg at et barn utsatt for overgrep ofte vil føle ansvar, skyld og skam (Blindheim, in press). Barna vil også kunne få problemer med å utløse og respondere på sosial støtte fra andre (NCTSN, 2003). Ut fra dette ser man altså at negative tilknytningserfaringer vil kunne bidra til skadet utvikling av selvet, noe som igjen vil kunne være en risikofaktor for senere vansker.

### *3.4 Somatisk dysregulering*

Et annet kjerneproblem hos barn utsatt for komplekse traumer er somatisk dysregulering. En form for somatisk dysregulering er endret smerteopplevelse (Ford, 2009), og man har funnet at barn utsatt for seksuelle overgrep kan vise økt grad av smerte, i tillegg til kvalme, oppkast, utslett (Friedrich & Schafer, 1995). Personer som rapporterer å ha blitt utsatt for overgrep eller neglekt i barndommen, har forhøyet risiko for å oppleve økt smerte i voksenlivet (Bailey, Freedomfield, Kiser, & Gatchel, 2003; Bell, Schjødt, & Paulsberg, 2000; Davis, Luecken, & Zautra, 2005). Synet på endret smerteopplevelse som et viktig element ved komplekse traumereaksjoner, støttes blant annet av Kendall-Tackett. Hun hevder at det er viktig å også ta med dette aspektet i det kliniske møtet med barn utsatt for overgrep, da det kan tenkes at de atferdsmessige og emosjonelle problemene man ser hos disse barna kan skyldes smertetilstander (Kendall-Tackett, 2001).

### *3.5 Affektdysregulering*

Affektdysregulering har av Sommerfeldt og Skårderud blitt beskrevet som ”manglende evner til å tolerere ubehaglige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll” (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, s. 757). NCTSN hevder at svekkelser i kapasiteten til å regulere emosjonell erfaring kan klassifiseres i tre kategorier, og studier finner støtte for at barn utsatt for komplekse traumer har vansker i forhold til alle tre. Kategoriene er, barnets evne til å identifisere indre emosjonell erfaring, problemer med uttrykk av følelser, og svekket evne til følelsesmodulering (NCTSN, 2003). Når barnet blir født har det i liten grad evne til å skille mellom ulike aktiveringstilstander, og det er omsorgsgivers respons som er med på å lære barnet å skille mellom emosjonell erfaring og respons. Trolig henger dette tett sammen med tilknytning. Når omsorgsgiver ikke fungerer som en adekvat modell, men i stedet gir inkonsistens responser til barnets affektive uttrykk, vil det være vanskelig for barnet å tolke erfaringene.

Affektdysregulering kan være kritisk i forhold til utviklingen av negative psykologiske konsekvenser (Moore, Zoellner, & Mollenholt, 2008). I tråd med dette har man funnet at barn utsatt for overgrep viser ulike symptombilder. Dette kan for eksempel være separasjonsangst, depresjon og eksternaliserende atferd (Ackerman, et al., 1998). I tillegg har man funnet at barna kan vise symptomer på angst, PTSD, ADHD og korte psykotiske episoder (Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996). Flere studier har også sett på sammenhengen mellom traumer i barndommen og psykiske lidelser i voksen alder. En stor retrospektiv studie, the Adverse Childhood Experience Study (for beskrivelse se f.eks. Felitti, et al., 1998), undersøkte i hvilke grad negative

barndomserfaringer påvirket funksjonsnivå i voksen alder. Blant de negative erfaringer som ble undersøkt var: seksuelle, emosjonelle og fysiske overgrep mot barnet. Man fant at det å ha hatt denne typen erfaringer i barndommen blant annet var korrelert med depresjon (Chapman, et al., 2004), suicidforsøk (Dube, et al., 2001) og annen mental sykdom (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003). I tillegg har man funnet en sammenheng mellom overgrep i barndommen og utviklingen av psykose, (Bebbington, et al., 2004) og ulike typer personlighetsforstyrrelser, i voksen alder (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999; Zanarini, et al., 1997). Ut fra dette kan man anta at det å utvikle evnen til god affektregulering, blant annet gjennom tilknytningserfaring, vil fungere som en beskyttelsesfaktor, mens mangelfull utvikling av gode affektreguleringsstrategier vil kunne gjøre barnet sårbart i mange ulike situasjoner.

Oppsummert kan man si at affektregulering kan komme til uttrykk ved at barnet har problemer med å tolke og mestre affekter. Dette kan gi seg uttrykk i ulike maladaptive strategier for å endre aktivering, som for eksempel selvskading eller rusmiddelmissbruk. Videre kan dårlig affektregulering ses som en sårbarhetsfaktor for utviklingen av psykiske lidelser, som også vedvarer over tid.

### *3.6 Dissosiasjon*

Strukturell dissosiasjon er som nevnt også beskrevet av Courtois og Ford som et av kjerneproblemene ved komplekse traumer. Steele og van der Hart definerer dette som en deling av personligheten. Man tar utgangspunkt i personligheten som et biopsykososialt system, og forutsetter at dette systemet normalt sett er integrert. Ved strukturell dissosiasjon deles isteden systemet inn i to eller flere subsystemer av

personligheten (Steele & van der Hart, 2009). Ved dissosiasjon etter traumatisering oppstår det en splitt mellom de delene som ivaretar personens daglige fungering, og de delene som bearbeider traumatiske minner. Splittelsen vil kunne hemme bearbeidelsen av traumene (Benum, 2006; Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2005).

Man har sett at dissosiasjon hos barn kan komme til uttrykk på andre måter enn hos voksne, blant annet ved at de dissosierte delene ikke i like høy grad er autonome. Følelser, tanker og impulser som oppleves fremmede kan heller projiseres inn i objekter som dukker eller fantasivenner. Disse objektene kan ses som reelle, i langt større grad enn det som er vanlig på barnets utviklingsnivå. Dissosiative symptomer hos barn kan også typisk være transelignende tilstander, glemsomhet, samt atferdsmessige og emosjonelle svingninger (Silberg & Dallam, 2009).

En studie som indikerer betydningen av traumer i forhold til dissosiasjon, fant at barn utsatt for seksuelle og fysiske overgrep i større grad enn kontrollgruppen viste dissosiasjon (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001). Liotti hevder at desorganisert tilknytningsstil kan være en potensiell forløper for utviklingen av dissosiasjon, og at en slik tilknytningsstil, sammen med tilstedeværelsen av vedvarende traumatiske omstendigheter, øker sannsynligheten for at en slik lidelse vedvarer videre i livet (Liotti, 1992). Lyons-Ruth og medarbeidere trekker i et review frem flere studier som støtter synet på desorganisert tilknytning som forløper for dissosiasjon, og hevder at det er omsorgsgiversnes evne til å kommunisere affektivt og å modulere barnets fryktrespons som har størst innvirkning på utviklingen av dissosiasjon over tid. De påpeker at dette kan ha negativ innvirkning på barnet gjennom hele barndommen, og at slike opplevelser blir en del både av barnets identitet og biologisk stressregulering (Lyons-Ruth, Dutra,

Schuder, & Bianchi, 2005). Dette kan sies å stemme overens med tidligere presenterte studier i forhold til konsekvenser av komplekse traumer. Man kan tenke seg at det skjer en vekselprosess, mellom skadet tilknytningen og avvik i biologiske strukturer, og at dette igjen bidrar til barnas vansker med blant annet dissosiasjon.

### *3.7 Hvordan kommer konsekvensene av komplekse traumer til uttrykk?*

Konsekvensene av komplekse traumer vil kunne manifestere seg i barnas atferd på mange ulike måter. I det kliniske møtet med et barn med slik problematikk vil man kunne oppleve at barnet har vansker med å gjenkjenne og regulere sine følelser. For eksempel vil barnet kunne utvise sterke reaksjoner ved stress, og ikke klare å roe seg selv ned. At denne evnen er mangelfull, vil kunne føre til at barna blir utagerende, eller spesielt vaktsomme. Man vil også kunne se at barnet har et spesielt nært forhold til fantasivenner, og ikke aksepterer at disse ikke eksisterer. Videre vil man kunne oppleve at barnet klager mye over diffuse kroppslige smerter, som spesielt kommer til uttrykk i situasjoner hvor barnet kjenner seg uttrygt. I tillegg vil barnet ha manglende evne til å oppsøke trøst og sosial støtte fra sine omsorgsgivere, eller andre nære voksenpersoner. Barna vil også kunne ha vansker med sosial samspill, da de kan tolke nøytrale signaler som fiendtlige.

Som et resultat av det brede spekteret av symptomer man kan se hos komplekst traumatiserte barn, vil man ofte oppleve at barna viser mange ulike symptombilder. Som nevnt har det blant annet vist seg å være sterke sammenhenger mellom overgrep i barndommen og ADHD, PTSD, separasjonsangst, depresjon og eksternaliserende atferd (Ackerman, et al., 1998; Famularo, Kinscherff, & Fenton, 1992). Dersom man legger til grunn den nevnte diskusjonen rundt praksisen å gi barna komorbide diagnoser (van der

Kolk, 2005), vil man kunne tenke seg at en mer hensiktsmessig praksis vil være å forstå barnas symptombilde i lys av et komplekst traumeperspektiv. Det å se barnas symptombilde som resultat av underliggende traumer, vil gi et annet og bedre utgangspunkt for behandling, enn å se som symptomene som uavhengige tilstandsbilder (Herman, 1992b; van der Kolk, 2005).

I gjennomgangen av konsekvensene har vi sett at det skjer et komplekst samspill mellom biologiske og miljømessige faktorer, og at tilknytning kan ses som særlig sentralt. Interaksjon mellom biologi og miljø får konsekvenser for flere faktorer. Dette samspillet vil igjen kunne ha en negativ, selvforsterkende effekt, da barna gjerne får negative responser fra sitt miljø. Dersom endringer i hjernens biologiske strukturer og funksjon oppstår som et resultat av miljømessige faktorer, vil det da også være mulig å endre disse skadede strukturene ved å endre barnets miljø gjennom behandling?

### *3.8 Reverserbarhet*

Man har sett at psykoterapi har potensial til å modifisere dysfunksjonelle endringer i hjernen, blant annet i prefrontale områder, hos mennesker med ulike psykiske lidelser (Goldapple, et al., 2004; Paquette, et al., 2003). Slike funn tydeliggjør hjernes plastisitet, og viktigheten av behandling. Ford beskriver ungdomsalderen som en periode i barnets liv der det er mulighet for å reversere noen av de negative effektene som oppstår grunnet traumatiske hendelser tidlig i livet. Dette kan forklares med at det i denne perioden foregår en rask konsolidering av nevralt forbindelser (Ford, 2009). Man ser altså at skader ikke nødvendigvis er endelige, men derimot i mange tilfeller kan være reverserbare gjennom behandling.

## 4.0 TF-CBT modellen

### *4.1 Presentasjon av modellen*

TF-CBT modellen inkorporerer elementer fra ulike retninger, og bygger blant annet på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi, familierapi, samt elementer fra tilknytningsteori, nevrobiologi og humanistiske retninger. Modellen er bygget opp av ti komponenter; psykoedukasjon, foreldreevner, avspenning, affektuttrykk og affektmodulering, generell kognitiv prosessering, traumenarrativ, kognitiv prosessering av traumatisk hendelse, in vivo eksponering, fellestimer med barn og omsorgsgiver og fremtidig utvikling (Cohen, et al., 2006).

Den første komponenten, psykoedukasjon, retter seg mot å gi barnet og omsorgsgiver informasjon om behandlingsmodellen TF-CBT, og om den traumatiske hendelsen de har opplevd. Det vektlegges også å informere om vanlige reaksjoner på et slikt traume, og å normalisere følelsene deres. Den neste komponenten, foreldreevner, handler om å øke omsorgsgivers bruk av positive oppdragelsesteknikker som ros, selektiv oppmerksomhet og ”time-out”. Komponent tre i modellen fokuserer på avslapning. Arbeidet rettes blant annet mot kroppslige reaksjoner som hyperventilering, muskelspenninger og generell overaktivering. Teknikker som benyttes er blant annet fokusert pust og progressiv muskelavspenning. I arbeidet med affektuttrykk og affektmodulering, i komponent fire, fokuseres det på å identifisere og uttrykke affekter, stanse negative tanker og å lære seg teknikker for å skape positive forestillingsbilder. Man søker å lære barnet å få kontroll over sine tanker, øke barnets følelse av sikkerhet, samt å forbedre evner til problemløsning og sosiale evner. Den femte komponenten fokuserer på grunnleggende kognitiv prosessering. Her vektlegges det å lære barnet og



dets omsorgsgiver om sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd, og ulike typer feilaktige og lite hensiktsmessige tanker (Cohen, et al., 2006).

En sentral komponent i modellen, komponent seks, er dannelsen av et traumenarrativ. Dette er viktig blant annet for å skille barnets tanker og minner om traumet fra overveldende negative emosjoner. Dette skjer gjennom gradvis å eksponere barnet for detaljer rundt den traumatiske hendelsen, og slik skape et fullstendig narrativ av det som har hendt. Hensikten med å skape et slikt narrativ er å desensitivisere barnet i forhold til traumatiske påminnere, minske graden av unngåelse og hyperaktivering, samt å hjelpe barnet med å integrere traumet som en del av sitt liv. Komponent syv i modellen retter fokus på kognitiv prosessering av den traumatiske hendelsen. Arbeidet rettes her mot å identifisere, undersøke og korrigere barnets feilaktige tanker og slutninger relatert til det opplevde traumet. In vivo eksponering av påminnere om traumet i komponent åtte, innebærer å gradvis overkomme frykten og unngåelsesatferden for situasjoner som objektivt sett ikke er farlige, men som barnet knytter til den traumatiske hendelsen. Den niende komponenten består av fellestimer hvor både barnet og omsorgsgiver deltar. Her går man gjennom teknikkene lært gjennom behandlingen, barnets traumenarrativ kan bli opplest, og målet er mer åpen kommunikasjon mellom barn og omsorgsgiver. Den siste komponenten i modellen retter fokus mot barnets fremtidige sikkerhet og utvikling. Dette handler blant annet om å øke barnets mestringsfølelse, følelse av å være foreberedt og å vite hvordan det skal handle, hvis noe truende skulle skje igjen (Cohen, et al., 2006).

Komponentene i modellen bygger på hverandre, noe som betyr at nye komponenter tar utgangspunkt i evner tillært på et tidligere tidspunkt i terapiforløpet. Av

dette følger at komponentene bør innføres i bestemt rekkefølge, men det åpnes likevel for fleksibilitet på dette området. I følge Cohen og medarbeidere kreves terapeutisk skjønn og individuell tilpasning, slik at behandlingsmodellen i høyest mulig grad tilfredsstillende det enkelte barnets behov (Cohen, et al., 2006).

#### *4.2 Målgruppe for TF-CBT*

I følge Cohen og medarbeidere ble deres behandlingsmodell utviklet for barn utsatt for traumer, og som viste traumerelaterte vanskeligheter, som for eksempel PTSD, depresjon, angst, samt skamfølelser knyttet til traumet (Cohen, et al., 2006). Forfatterne påpeker viktigheten av å undersøke om de traumerelaterte problemene til barna er primære, eller om andre psykiatriske lidelser bør ha forrang i behandlingen. Dersom dette er tilfelle, hevder de at annen behandling må skje samtidig med TF-CBT behandling. Et annet alternativ er at TF-CBT behandlingen blir utsatt til man har stabilisert barnets situasjon og adressert de primære problemene (Cohen, et al., 2006). Cohen og medarbeidere skriver også om komplekse traumer, og at barna som blir utsatt for vedvarende traumer kan vise mer gjennomgripende vanskeligheter på flere områder. De hevder at noen av deres studier har inkludert denne typen barn, men at de ikke systematisk har sett på effekten av TF-CBT for denne gruppen (Cohen, et al., 2006).

#### *4.3 Evidens for TF-CBT*

Mesteparten av forskningen gjort på TF-CBT ser på modellens effekt i forhold til barn utsatt for seksuelle overgrep, dette er også tilfelle for studiene som blir trukket frem her. Opplevelsene til majoriteten av barna i disse studiene kommer inn under Courtois

og Ford (2009) sin definisjon av komplekse traumer. Dette ved at de 1) er repeterte eller forlenget; de fleste av barna har blitt utsatt for mer enn ett overgrep, mange også over lang tid, 2) innebærer direkte skade og/eller neglekt av en nær omsorgsperson; overgrepene har ofte blitt utført av nære omsorgspersoner, 3) inntreffer på utviklingsmessig sårbare tidspunkt; barna i studiene er mellom 3 og 14 år, og 4) innebærer utviklingsmessig alvorlig risiko; barna har blitt utsatt for minimum ett overgrep, og i mange tilfeller har barna blitt utsatt for gjentatte overgrep og neglekt. Med bakgrunn i dette kan resultatene benyttes til å drøfte hvorvidt TF-CBT kan brukes for barn utsatt for komplekse traumer. Utfallsmålene man har brukt i disse studiene er i hovedsak strukturerte selvrapporтерingsmål, administrert til barna og omsorgsgiverne. Har man så funnet at TF-CBT er effektiv i behandlingen av disse barna?

### *4.3.1 Presentasjon av studier*

*4.3.1.1 Barn utsatt for seksuelle overgrep.* Cohen og Mannarino har undersøkt forskjellen mellom TF-CBT og "nondirective supportive therapy" (NST) hos 67 barn fra 3 til 6 år. NST er en ikke-dirigerende støttebehandling som fokuserer på følelsesuttrykk, men som ikke er spesifikt designet for å adressere seksuelle overgrep. Studien viste at omsorgsgiverne til barna som hadde blitt behandlet med TF-CBT, rapporterte større bedring hos sine barn, enn omsorgsgiverne i NST gruppen. Dette viste seg på alle utfallsmål, med unntak av sosial kompetanse. Barna i TF-CBT gruppen viste større nedgang i problematferd totalt, samt i forhold til internaliserende og eksternaliserende problemer. I tillegg hadde TF-CBT behandlingen effekt på seksuelt uakseptabel atferd (Cohen & Mannarino, 1996b). Oppfølgingsstudier etter 6 og 12 måneder, viste at resultatene i favør TF-CBT gruppen ble opprettholdt (Cohen & Mannarino, 1997).

*4.3.1.2 Barn utsatt for ulike typer traumer, i tillegg til seksuelle overgrep.* En lignende studie av Cohen og Mannarino undersøkte 49 barn i alderen 7 til 14 år, altså var de noe eldre enn i den overnevnte studien. Barna i denne studien hadde opplevd trusler og vold i forbindelse med det seksuelle overgrepet. Man fant her ikke like sterk støtte for TF-CBT, sammenlignet med NST. Resultatene viste at barna i TF-CBT gruppen rapporterte signifikant mindre depressive symptomer etter endt behandling, enn barna i NST gruppen. Ellers fant man ikke statistisk signifikante forskjeller på de andre målene. Forfatterne undersøkte også i forhold til klinisk signifikans, og fant da at barna som hadde blitt behandlet med TF-CBT viste større klinisk bedring i forhold til depresjon, seksualisert atferd, sosial kompetanse og problematferd. I forhold til angst, internaliserende og eksternaliserende atferd var det ikke forskjeller mellom gruppene (Cohen & Mannarino, 1998b). Selv om resultatene fra denne studien også peker i favør TF-CBT, og da særlig i forhold til klinisk signifikans, ser man at de i liten grad repliserer de statistisk signifikante resultatene fra den forrige studien. Hva kan så være grunnen til dette? Forfatterne peker på at utvalget i denne undersøkelsen var mindre, og at disse barna viste flere symptomer enn de yngre barna. Cohen og Mannarino peker også på at NST kan være bedre egnet for de eldre barna. De hevder at mye forskning støtter viktigheten av å diskutere den traumatiske hendelsen, og at større barn oftere vil gjøre dette automatisk (Cohen & Mannarino, 1998b). Barna i denne populasjonen hadde som nevnt også opplevd andre traumer i forbindelse med det seksuelle overgrepet, noe som videre kompliserer bildet, og kan vanskeliggjøre behandlingen. Kan man så tenke seg at disse barna med større sannsynlighet har en kompleks traumelidelse, og at TF-CBT er mindre egnet for å behandle disse barna?

En oppfølgingsstudie ble gjort med den samme populasjonen etter 6 måneder og etter 1 år. Etter 6 måneder viste barna som fikk TF-CBT behandling signifikant større bedring i forhold til angst, enn barna i NST gruppen. De viste også nedgang i forhold til traumerelatert depresjon, seksuelle problemer, angst og dissosiasjon. Etter ett år fant man at denne gruppen viste signifikant større bedring i forhold til traumerelatert PTSD og dissosiasjon (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005). Som man ser fant man altså vedvarende bedring hos barna som ble behandlet med TF-CBT, til tross for at de hadde et mer komplekst bilde.

En annen studie som også viser effekten av TF-CBT for barn utsatt for ulike former for traumatisering, ble utført av Cohen, Deblinger, Mannarino og Steer. De så på effekten av TF-CBT og Child Centered Therapy (CCT) for 229 barn mellom 8-14 år. CCT er en barn/foreldre sentrert modell, som fokuserer på å skape en tillitsfull behandlingsrelasjon. 89 % av barna oppfylte kriteriene for PTSD når studien begynte. Omsorgsgiverne rapporterte også flere andre psykologiske og atferdsmessige problemer hos barna. 89 % av barna viste skårer som indikerte psykopatologi over normalen, og hos hele 35 % av barna fant man skårer som indikerte svært alvorlig psykopatologi (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004). Man fant også at 90 % av barna i denne populasjonen hadde opplevd andre typer traumer, i tillegg til seksuelle overgrep (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006). I gruppen som fikk behandling med TF-CBT viste kun 21 % PTSD etter behandlingen, mot 46 % av de barna som ble behandlet med CCT. Man fant også at barna behandlet med TF-CBT viste større nedgang på mål av depresjon, atferdsproblemer og skam, og de viste mer interpersonlig tillit enn de som fikk CCT (Cohen, et al., 2004). I en oppfølgingsstudie etter 6 og 12 måneder fant man at

de positive resultatene hadde vedvart for barna som ble behandlet med TF-CBT. Et annet interessant funn forfatterne gjorde, var at de barna som hadde opplevd flere traumer, og som skåret høyt på depresjon, i mindre grad viste bedring ved hjelp av CCT. Dette fant man ikke med TF-CBT, og forfatterne peker på at dette kan indikere at modellen også kan være nyttig i behandling av barn med mer alvorlig problematikk (Deblinger, et al., 2006).

*4.3.1.3 Omsorgsgivers deltagelse som medierende faktor.* I tillegg til å måle barnas vansker i den overnevnte studien, undersøkte man også omsorgsgiver i forhold til egne problemer. Man fant at de som var i TF-CBT betingelsen viste mindre depresjon og overgrepssrelatert stress etter behandling. De viste også mer foreldrestøtte og bedre foreldreevner ovenfor sitt barn (Cohen, et al., 2004). I oppfølgingsstudien fant man at omsorgsgiverne til barna i TF-CBT gruppen rapporterte mindre alvorlig stress relatert til overgrepene (Deblinger, et al., 2006). Deblinger, Lippmann og Steer undersøkte en gruppe barn i alderen 7 til 13 år, inndelt i betingelsene: TF-CBT administrert til mor alene, TF-CBT til barnet alene, og TF-CBT til begge. I betingelsene hvor mor var deltagende beskrev mødrene nedgang i barnas eksternaliserende atferd, og større forbedringer i forhold til egne foreldreevner. I disse betingelsene rapporterte også barna nedgang i forhold til egen depresjon. I forhold til PTSD fant man imidlertid signifikant større reduksjon i betingelsene hvor barnet deltok i behandlingen, enn der mor var alene (Deblinger, Lippmann, & Steer, 1996). I oppfølgingsstudien som så på resultatene mellom 3 måneder og 2 år etter endt behandling, fant man at resultatene i forhold til barnas symptomer ble opprettholdt. Man fant noe nedgang i forhold til foreldreevner etter 1 år, men man fant ikke videre nedgang etter 2 år (Deblinger, Steer, & Lippmann,

1999). Samlet sett viste altså studien best effekt av behandlingen i betingelsen hvor både omsorgsperson og barn deltok.

En studie som vektla omsorgsgivers egne vansker, fant at deres emosjonelle stress var en sterk prediktor for utfall, uavhengig av behandlingstype. Studien tok utgangspunkt i den samme populasjon som den tidligere nevnte studien av Cohen og Mannarino (1996b). Her fant man at depresjon og emosjonelt stress hos mor signifikant korrelerte med blant annet internaliserende, eksternaliserende og atferdsmessige problemer hos barna. Man fant også at depresjon hos mor var signifikant korrelert med seksualisert atferd hos barna (Cohen & Mannarino, 1996a). I oppfølgingsstudien fant man at i hvilken grad mor selv hadde sosial støtte, og i hvilken grad mor støttet barnet, var sentralt for barnets videre vansker. Mors emosjonelle stress, som var den sterkeste prediktoren like etter behandling, var mindre signifikant etter 6 og 12 måneder. Studiene indikerer at omsorgsgiverne til disse barna bør inkluderes i behandlingen, og at man bør fokusere på omsorgsgivernes emosjonelle reaksjon og støtte, for at den skal bli vellykket. I oppfølgingsstudien fant man imidlertid at TF-CBT var den sterkeste prediktoren for utfallet etter 12 måneder (Cohen & Mannarino, 1998a).

#### *4.4 Oppsummering*

Studiene på effekten av TF-CBT indikerer at modellen fører til bedring hos barn utsatt for komplekse traumer. Man har undersøkt populasjoner av barn utsatt for seksuelle overgrep, men også barn som i tillegg har blitt utsatt for andre former for overgrep. Resultatene indikerer at barna generelt viser større symptomnedgang ved behandling med TF-CBT, og at disse vedvarer over tid. Noen av resultatene man har funnet er reduksjon av symptomer på PTSD, dissosiasjon, angst og depresjon, noe som

trolig kan dette indikere at barna har fått bedre affektregulering. I tillegg har man sett på omsorgsgivers deltagelse i behandlingen som medierende faktor. Trolig kan man tenke seg at dette bedrer samspillet mellom barnet og omsorgspersonen, og slik påvirker tilknytningen mellom dem. Ut fra dette kan man tenke seg at modellen adresserer noen av de tidligere nevnte kjerneproblemene ved komplekse traumer. Å drøfte dette er viktig for å kunne vurdere om TF-CBT er en egnet behandlingsmodell for barn utsatt for komplekse traumer, og dette vil derfor bli videre diskutert. Bakteppet for dette er imidlertid diskusjonen omkring diagnosebegrepet i forhold til reaksjoner på komplekse traumer.

## 5.0 Diskusjon

### *5.1 Diagnosebegrepet; PTSD og komplekse traumelidelser*

#### *5.1.1 Svakheter ved PTSD diagnosen for barn utsatt for komplekse traumer*

Som nevnt har man i DSM inkorporert symptomer som samsvarer med mange av de tidligere foreslåtte diagnosene ment å dekke mer komplekse traumelidelser. Disse symptomene er klassifisert som assosierte karakteristikk ved PTSD (APA, 1994). Her finner man symptomer som kan forekomme i forbindelse med interpersonlige stressorer. Disse inkluderer blant annet svekket affektmodulering, selvdestruktiv og impulsiv atferd, dissosiative symptomer, somatiske problemer, skam, hjelpeløshet, sosial tilbaketrekning, følelse av konstant trussel, og relasjonsskader (APA, 1994). Symptomene kan sies å ta høyde for det mer komplekse symptombildet observert hos barn utsatt for vedvarende, alvorlige traumer i barndommen. På tross av at APA har inkorporert flere elementer i PTSD diagnosen, har teoretikere på området lenge etterlyst



en egen diagnostisk kategori for denne typen lidelse. Hvorfor trenger man så en ny diagnose?

Tidligere så man på PTSD som forårsaket av hendelser av plutselig og katastrofepreget karakter, mens diagnosen nå er utvidet til å inkludere hendelser som befinner seg nærmere området av hva som kan forventes i løpet av et liv (Margolin & Vickerman, 2007). Det er imidlertid fortsatt et etablert syn at PTSD skal forårsakes av en ekstremt truende stressor (APA, 1994), og man kan stille spørsmålsteget ved hvorvidt vedvarende eksponering for traumer i barndommen kan inkorporeres i diagnosen på en hensiktsmessig måte. Margolin og Vickerman fokuserer på barn utsatt for vold i familien, og ser på i hvilken grad denne typen traumer er i overensstemmelse med en PTSD diagnose. De trekker frem flere faktorer ved vold mot barn som kompliserer bruken av den eksisterende PTSD diagnosen for denne gruppen barn. Blant disse er den ofte kroniske naturen til vold rettet mot barn, mangelen på en spesifikk traumatisk hendelse, og det faktum at volden ikke nødvendigvis representerer livsfarlige omstendigheter for barnet (Margolin & Vickerman, 2007). Margolin og Vickerman hevder videre at dette er et paradoks, da det nettopp er den kroniske naturen til volden som bidrar til å gjøre dette til et traume for barnet. Videre hevder de at vold i familien bidrar til å ødelegge barnets syn på sine omsorgsgivere som støttende, og som kilde til beskyttelse. Dette er i tråd med den tidligere nevnte beskrivelsen til van Ijzendoorn og medarbeidere, om at barnets erfaringer med omsorgsgivere som er kilde til både frykt og beskyttelse, kan føre til skadet tilknytning (van Ijzendoorn, et al., 1999). Man kan tenke seg at også andre former for overgrep ikke vil passe inn i den eksisterende PTSD diagnosen. For eksempel kan man tenke seg at emosjonelle overgrep og neglekt vil

kunne gi komplekse traumereaksjoner, men at dette ikke nødvendigvis vil bli fanget opp av kriteriene for PTSD. Ut fra dette kan man hevde at PTSD diagnosen ikke vil favne om barn utsatt for vedvarende traumer i nære relasjoner på en hensiktsmessig måte.

Også Ford og Courtois kritiserer bruken av PTSD diagnosen for barn utsatt for komplekse traumer. En slik bruk av diagnosen kan føre til feilaktig forståelse og behandling av disse barna. Blant annet peker de på muligheten for feildiagnostisering eller overdiagnostisering av alvorlige lidelser. Videre hevder de at bruken av en PTSD diagnose, sammen med eventuelle komorbide tilstander, gjør at klinikere kan rette for mye fokus på de ulike tilstandene, og for lite hensyn blir tatt til de underliggende faktorene i lidelsene. Dette kan igjen føre til nedsatt klinisk effektivitet, og at klinikere retter fokus mot mentale lidelser, i tilfeller der lidelsen skyldes en posttraumatisk tilpasning til en vanskelig situasjon (Ford & Courtois, 2009).

Hos barn utsatt for vedvarende, alvorlige traumer kan man som nevnt se på symptomene på PTSD som en del av det komplekse traumbildet. Dette gir en viktig endring i perspektiv. Dersom PTSD symptomene ikke lenger ses på som hovedproblematikken i traumelidelsen, åpnes det for at andre problemområder som tilknytningsskader og dissosiasjon, i større grad kan vektlegges og dermed likestilles med disse symptomene. Med et slikt perspektiv hvor man ser på PTSD som en del av, og ikke hovedaspektet, ved symptombildet, vil man stå bedre rustet til å møte barn utsatt for komplekse traumer. Man har funnet at barn utsatt for alvorlige traumatiserende hendelser, kan utvikle mange forskjellige vansker, også uten å utvikle PTSD (Ackerman, et al., 1998). Disse barna kan risikere ikke å bli fanget opp, eller bli feildiagnostisert,

dersom man benytter en PTSD diagnose med assosierte symptomer, heller enn en helhetlig diagnose.

Det finnes altså flere svakheter ved PTSD diagnosen i forhold til barn som har blitt utsatt for sammensatt traumatisering over tid. Blant annet er ikke diagnosen tilstrekkelig sensitiv i forhold til de mangfoldige symptomene disse barna viser. Det kan derfor være nyttig å innføre en ny diagnose. Hva vil så være fordelene med dette?

#### *5.1.2 Fordeler knyttet til en ny diagnose*

En ny diagnose vil gi retningslinjer for hva som skal inkluderes og ekskluderes i forhold til komplekse traumelidelser. Videre vil utarbeidelsen av en slik diagnose kunne bidra til å generere ny forskning, slik at feltet kan jobbe sammen for å skape et best mulig behandlingstilbud for barn utsatt for komplekse traumer. Man vil kunne undersøke hvilke symptomer som kjennetegner denne pasientgruppen, og som skiller den fra andre grupper, slik at pasienter med komplekse traumelidelser, får den riktige diagnosen. Dette igjen, gjør det enklere å utvikle kartleggingsinstrumenter for bedre å kunne identifisere denne pasientgruppen, og å identifisere hvilke vansker som i størst grad gir funksjonsnedsettelse hos hver enkelt pasient. For pasienten og dens familie vil det at man identifiserer at vanskene skyldes posttraumatisk tilpasning, og ikke ulike psykiske lidelser, kunne redusere stigma knyttet til disse tilstandene (Ford & Courtois, 2009).

Forskning på en kompleks traumediagnose vil også kunne generere evidens for hvilke behandlingsformer man bør bruke i forhold til denne pasientgruppen. Blant annet kan man bedre undersøke om TF-CBT er egnet i forhold til barn utsatt for komplekse traumer. På denne måten genereres evidensbaserte behandlingsmodeller som kan brukes

i behandlingen av barn med komplekse traumetilstander, og man møter målsetningen om evidensbasert praksis.

### *5.1.3 Problemer knyttet til en kompleks traumediagnose*

Ford og Courtois (2009) foreslår som nevnt ikke en konkret diagnose for komplekse traumelidelser. I stedet vektlegger de behandlingstrengende kjerneproblemer. Disse kjerneproblemene spenner svært vidt og inkluderer, i tillegg til de tidligere beskrevne problemene, ”enhver annen assosiert tilstand og komorbiditet”. Ut fra dette vil alle i en populasjon av psykisk syke personer kunne vise symptomer forenelig med komplekse traumetilstander. Ford og Courtois påpeker selv at bredden i problemområder, bidrar til at komplekse traumereaksjoner kan være vanskelig å diagnostisere nøyaktig, og å behandle effektivt (Ford & Courtois, 2009). Kartleggingsprosessen blir derfor svært viktig, for å undersøke om barnet faktisk har vært utsatt for komplekse traumer, eller om vanskene kan skyldes andre forhold.

Ut fra definisjonen ser man at det som karakteriserer hendelser som potensielt kan føre til komplekse traumetilstander, er at de er av vedvarende karakter, utføres av nære omsorgspersoner, skjer på sårbare tidspunkt og med stor sannsynlighet vil skade barnets utvikling (Courtois & Ford, 2009). Dersom man bygger en kompleks traumediagnose på denne definisjonen møter man på flere problemstillinger. Blant annet vil man se stor variasjon hos barn som kan diagnostiseres med en slik type lidelse. I utarbeidelsen av en kompleks traumediagnose, vil man måtte ta stilling til om det skal kreves at spesifikke hendelser med visse karakteristikk skal ha skjedd, for at diagnosen skal kunne gis. Dette kan for eksempel være vedvarende seksuelle eller fysiske overgrep, eller alvorlig omsorgssvikt. Dersom man har slike klart definerte kriterier for

hva som skal ligge til grunn for en slik lidelse, vil man ende opp med en diagnosekategori lignende den eksisterende PTSD diagnosen, men som også tar hensyn til det vedvarende aspektet ved traumene. Slik vil en kompleks traumediagnose møte noe av kritikken rettet mot PTSD diagnosen. Likevel kan man tenke seg at en slik diagnose fremdeles ikke vil fange opp alle barn med en kompleks traumeproblematikk. Dette fordi mindre tydelig avgrensede hendelser av vedvarende art, også vil føre til komplekse traumereaksjoner. Et eksempel på dette, kan være et barn som opplever ikke å bli sett og tilstrekkelig møtt av sine omsorgspersoner. Dette er noe alle barn vil oppleve, men det er det vedvarende aspektet som kan gjøre slike erfaringer skadelig. I forhold til bruken av en slik diagnose, kan man hevde at det å inkludere hendelser innenfor normalområdet, vil gjøre den for lite spesifikk, og derfor begrense dens nytteverdi. Man kan stille spørsmålstegn ved om en så vidtfavnende diagnose, med så vidtfavnende symptomer, vil kunne klare å skille mellom nyanser av ulike hendelser. Det kan være fare for at veldig mange pasienter vil oppfylle kriteriene for diagnosen, og at man derfor overdiagnostiserer komplekse traumetilstander. En undersøkelse, hvor man så på frekvensen av traumer i en populasjon med pasienter som hadde en alvorlig psykisk lidelse, fant at 98 % hadde opplevd ett eller flere traumer i løpet av livet (Mueser, et al., 1998). I ytterste konsekvens vil dette kunne innebære at nesten alle alvorlig syke pasienter vil tilfredsstille denne diagnosen, noe som kan ses som problematisk i forhold til dagens kategoriske diagnoseforståelse. Imidlertid vil nok mange av teoretikerne på traumefeltet se dette som positivt, da de mener at traumelidelser bør ses langs et kontinuum (Cohen, et al., 2006; Herman, 1992b).

Et annet problem dersom man skal stille krav til spesifikke hendelser med visse karaktertrekk, er om barn i alle tilfeller vil være i stand til å gi en beskrivelse av slike opplevelser. Man kan tenke seg tilfeller med for eksempel emosjonelle overgrep, hvor barnet ikke vil være i stand til å gjøre rede for slike erfaringer. Dette fordi mindre alvorlige hendelser, men av vedvarende karakter, ikke nødvendigvis vil ses som traumatisk av barnet selv. Videre kan man tenke seg at dissosiasjon eller infantil amnesi kan gjøre at barnet ikke er i stand til å identifisere slike hendelser. Men igjen, uten slike kriterier, kan diagnosen bli for vidtfavnende.

Et annet viktig aspekt ved utviklingen av diagnosebegrepet er den nære sammenhengen mellom skadet tilknytning, og andre konsekvenser av komplekse traumer. Det kan stilles spørsmålsteget ved om komplekse traumetilstander kan ses på som en tilknytningsforstyrrelse. Man ser for eksempel at det skjer et komplekst samspill mellom tilknytning og biologi. Barna kan blant annet få endret stressaktivering, og som et resultat av dette få vedvarende endringer i hjernen. Dette kan igjen føre til svekket evne til affektregulering, negativ selvutvikling og dissosiasjon. Slik kan man altså si at skadet tilknytning kan være en faktor som bidrar til utviklingen av mange av de andre konsekvensene, men er det så tilstrekkelig for å forklare utviklingen av komplekse traumetilstander? Som nevnt innledningsvis hevder flere teoretikere at skadet tilknytning er et viktig aspekt ved både komplekse traumer, og reaksjonene på disse (Ford & Courtois, 2009; Herman, 1992b). Likevel kan man hevde at forstyrret tilknytning ikke er tilstrekkelig for å utvikle komplekse traumelidelser, da barnet også må ha blitt utsatt for komplekse traumer. Imidlertid kan man trolig tenke seg at negative

tilknytningserfaringer kan være traumatiserende i seg selv. Dette er aspekter det blir viktig å avklare i utviklingen av en ny diagnose.

Gjennom oppgaven har det blitt presentert flere argumenter for at det bør innføres en ny diagnostisk kategori. Det har også blitt presentert forskning som indikerer at det å utsettes for komplekse traumer, vil gi et mangfold av konsekvenser. Tilslutt har det blitt trukket frem utfordringer knyttet det å innføre en slik type diagnose. Ut fra elementene belyst i denne oppgaven, mener vi at mye taler for at inkludering av en slik diagnose kan være hensiktsmessig. Det er samtidig viktig å ta hensyn til problemene knyttet til dette, og undersøke disse nærmere. Med utgangspunkt i eksistensen av komplekse traumelidelser, er det også viktig å utarbeide behandlingsmodeller for barn med denne typen lidelser. TF-CBT er per i dag en av de best dokumenterte behandlingsmodellene for traumatiserte barn (Cohen, 2005), og det vil derfor være hensiktsmessig å vurdere modellens nytteverdi i behandlingen av barn med reaksjoner på komplekse traumer.

### *5.2 TF-CBT i behandling av barn utsatt for komplekse traumer*

For å vurdere TF-CBT modellens nytteverdi for barn med komplekse traumelidelser, kan det være hensiktsmessig å se på modellen i forhold til de foreslåtte kjerneproblemene.

#### *5.2.1 PTSD*

TF-CBT modellen har vist seg å være effektiv i behandlingen av PTSD (Cohen, 2005), og også studiene presentert i denne oppgaven har funnet dette. Man kan dermed tenke seg at kjerneproblemet PTSD vil adresseres på en hensiktsmessig måte ved TF-

CBT behandling. I hvilken grad vil så TF-CBT modellen være nyttig i forhold til de andre kjerneproblemene?

### *5.2.2 Tilknytning*

O' Connor og Zeanah hevder at ingen behandlingsmetoder gjennom forskning entydig har vist seg å være effektive i forhold til behandling av barn med tilknytningsforstyrrelser. Noen metoder har imidlertid vist seg å ha moderat effekt, men de underliggende mekanismene i behandlingene i forhold til behandlingsutfallet er ikke tilstrekkelig klarlagt (O' Connor & Zeanah, 2003). Tilknytning blir i liten eller ingen grad eksplisitt nevnt i TF-CBT modellen, og så vidt vi kjenner til har det ikke blitt direkte undersøkt om behandling med TF-CBT påvirker tilknytningen mellom omsorgspersoner og barn. Cohen og medarbeidere (2004) fant imidlertid at barn som ble behandlet med TF-CBT, viste mer interpersonlig tillit etter endt behandling. Man kan også tenke seg at TF-CBT indirekte påvirker tilknytningen mellom omsorgsgiver og barn. En metaanalyse fant at barn av deprimerte mødre i større grad enn kontrollgruppen viste unngående eller desorganisert tilknytningsstil (Martins & Gaffan, 2000). Noen av de tidligere nevnte studiene på TF-CBT fant at dersom omsorgsgiverne var deltagende i TF-CBT behandlingen, viste også de symptomlette, blant annet i forhold til depresjon. Trolig vil omsorgsgivers symptomlette kunne gjøre dem til bedre omsorgspersoner. Dette vil igjen kunne bedre tilknytningen mellom dem og barna, og eventuelt være med på reparere en skadet tilknytning. Utover foreldredeltagelse kan man tenke seg at relasjonen til terapeuten er viktig i forhold til tilknytningsproblematikk. Terapeuten kan fungere som modell for god interaksjon med barnet, noe som vil kunne hjelpe foreldrene å bli bedre omsorgspersoner. Trolig kan man også tenke seg at barnets relasjon til



terapeuten vil kunne kan gjøre at barnet opplever en relasjon av en annen karakter enn det er vant til. Dersom man ønsker å benytte TF-CBT modellen i behandling av barn utsatt for komplekse traumer, blir det særlig viktig å undersøke modellens nytteverdi i forhold til å bedre barnas tilknytning.

### *5.2.3 Utvikling av selvet*

Man har funnet at det å fortelle om traumatiske hendelser kan endre selvpersepsjon, og resultere i et mer robust selvkonsept. Dette skjer blant annet gjennom økt følelse av mestring og aksept for seg selv (Hemenover, 2003). Så vidt vi kan se, er det gjort få eksplisitte studier av effekten av TF-CBT i forhold til positiv selvutvikling. Dersom man legger de overnevnte funnene til grunn kan man likevel anta at behandling med TF-CBT kan ha effekt på dette, da utarbeidelse av et traumenarrativ blir sett som sentralt i modellen. Som nevnt kan også barnets følelse av skam være relatert til barnets selvbylde. Cohen og medarbeidere (2004) fant nedgang i barnas skamfølelse etter endt TF-CBT behandling, noe som trolig kan indikere en bedring i barnets selvfølelse. Det kan altså synes som at TF-CBT modellen har effekt i forhold til utvikling av selvet, men det blir viktig å undersøke dette direkte.

### *5.2.4 Somatisk dysregulering*

Smerte kan som nevnt ses som en form for somatisk dysregulering (Ford, 2009). Ut fra det vi kan se har ikke TF-CBT blitt vurdert i forhold til dette, og somatisk dysregulering blir heller ikke nevnt eksplisitt i modellen. Det er imidlertid funnet evidens for at psykologisk behandling, som avslapningsteknikker, kan være effektiv i forhold til å redusere kronisk smerte hos barn (Eccleston, Morley, Williams, Yorke, & Mastroyannopoulou, 2002). Man kan dermed si at TF-CBT modellen kan ha noe effekt i

forhold til denne problematikken, da det blant annet fokuseres på å lære barnet avslapningsteknikker. Også andre elementer i kognitiv atferdsterapi kan være nyttig i behandlingen av smertetilstander. Teknikker som psykoedukasjon, positive forestillingsbilder og kognitiv restrukturering kan være viktige i en slik behandling (Sanders, et al., 1989). Dersom man inkluderer fokus på somatisk dysregulering i modellen, vil man potensielt kunne øke modellens effekt i forhold til denne typen problematikk.

#### *5.2.5 Affektdysregulering*

En av kjerneverdiene i TF-CBT, og også et langtidsmål for behandlingen, er ”self efficacy”, som inkluderer selvregulering av affekt (Cohen, et al., 2006). Slik kan man altså si at det er et overordnet mål i modellen å hjelpe barna med denne typen vansker. Dette ser man eksempelvis i komponent tre i modellen, avslapningsteknikker, som hjelper barnet å redusere spenninger og å tåle stress. I komponent fire, følelsesuttrykk og følelsesmodulering, søker man å hjelpe barnet med å uttrykke, og å håndtere følelser på en mer effektiv måte. Dette gjøres gjennom ulike øvelser som blant annet har som mål å lære barnet at det selv kan ha kontroll over egne tanker. Det sistnevnte kan også sies å være knyttet til selvkontroll, et annet viktig aspekt ved affektregulering. En annen komponent som hjelper barnet å bedre tolerere affekter, er komponent seks, traumenarrativ. Barnet lærer å skille tanker om den traumatiske hendelsen fra overveldende negative emosjoner. Dette kan som nevnt føre til mindre unngåelsesatferd, samt at barnet blir mindre overveldet av traumeopplevelsen. Slik kan barnet få bedret evne til affektregulering. Tidligere nevnte studier av TF-CBT indikerer at barna får symptomnedgang i forhold til for eksempel internaliserende og eksternaliserende atferd,

depresjon og angst. Dette kan sies å være et indirekte mål på bedret affektregulering, og støtter slik TF-CBT modellens effekt i forhold til dette. Som man ser søker Cohen og medarbeidere å redusere affektiv dysregulering hos det traumatiserte barnet gjennom både direkte og mer indirekte intervensjoner. Ut fra dette kan man si at TF-CBT adresserer denne problematikken.

### *5.2.6 Dissosiasjon*

International Society for the Study of Dissociation (ISSD) har postulert terapeutiske mål for behandling av dissosiasjon hos barn og unge (ISSD, 2004). Flere av disse målene kan sies å være i overensstemmelse med komponentene i TF-CBT, og målene kan derfor tenkes å bli adressert på en hensiktsmessig måte, ved behandling med denne modellen. Dette gjelder blant annet fokuset på å hjelpe barnet med å få en følelse av sammenheng mellom affekt, kognisjon og atferd. I TF-CBT modellen kan dette sies å bli vektlagt, blant annet gjennom komponenten grunnleggende kognitiv prosessering. Videre peker ISSD på viktigheten av å jobbe med desensitivisering i forhold til traumeminnet, noe som kan sies å bli direkte adressert i TF-CBT, gjennom arbeidet med traumenarrativ. Affektregulering blir også vektlagt som essensielt i behandlingen av dissosiasjon. Som nevnt ovenfor, kan man hevde at man også i TF-CBT modellen adresserer dette. ISSD legger imidlertid også frem mål for behandling av dissosiasjon, som ikke blir direkte møtt av TF-CBT modellen. Dette gjelder blant annet viktigheten av å hjelpe barnet med å løse konfliktfylte aspekter i seg selv. De peker her for eksempel på at det kan være konflikt mellom barnets fantasivenner, og at det er viktig at terapeuten hjelper barnet med å uttrykke slike konflikter direkte. ISSD peker også på viktigheten av å fremme sunn tilknytning, og det er som nevnt usikkert i hvilken grad TF-CBT

behandlingen retter seg mot dette. Studier gjort på kognitiv atferdsterapi har blitt kritisert for ikke å ha undersøkt effektivitet i forhold til strukturell dissosiasjon (Steele & van der Hart, 2009). Så vidt vi har sett, har bare en studie sett på effekten av TF-CBT i forhold til symptomer på dissosiasjon. Her fant man imidlertid nedgang i traumerelatert dissosiasjon (Cohen, et al., 2005).

Forskning indikerer at TF-CBT modellen kan føre til reduksjon i forhold til flere av problemene man ofte ser hos barn med komplekse traumetilstander. Som vist er det likevel lite direkte forskning på effekten av TF-CBT modellen i forhold til de presenterte kjerneproblemene, med unntak av PTSD. I tillegg finner man også andre faktorer som gjør at man kan stille spørsmålsteget ved TF-CBT modellens egnethet i forhold til denne pasientpopulasjonen.

### *5.3 Kontraindikasjoner for behandling med TF-CBT*

Ford og Cloitre peker på at TF-CBT modellen ikke bør brukes i tilfeller hvor barnet ikke har et klart, spesifikt minne om den traumatiske hendelsen, hvis barnet har alvorlige atferdsmessige eller psykososiale problemer, eller hvis støtten fra omsorgsgiver er svært ustabil. Hvis en eller flere av disse faktorene er til stede, mener Ford og Cloitre at andre psykoterapimodeller bør vurderes. Dette som en tilnærming for å stabilisere situasjonen før en implementering av TF-CBT, eller som et alternativ til TF-CBT (Ford & Cloitre, 2009).

#### *5.3.1 Uklare eller multiple minner*

Å skape et traumenarrativ er en sentral del av TF-CBT behandlingen, og man tar utgangspunkt i at barnet har et klart minne av den traumatiske hendelsen. Som vist tidligere er dissosiasjon en vanlig konsekvens av komplekse traumer. Man kan tenke seg

at dissosiasjon fører til at barnet ikke får tilgang til de mest traumatiske minnene, og dermed ikke klarer å danne seg et helhetlig bilde av hendelsene. I lys av diskusjonen nevnt i forhold til diagnose spørsmålet, kan man også spørre seg om komplekse traumer av mindre avgrenset, og vedvarende karakter, vil kunne inkluderes i et traumenarrativ. Manglende bearbeiding av disse traumeminnene, grunnet for eksempel dissosiasjon eller at de er diffuse, kan føre til at barnet ikke vil mestre sin traumehistorie.

Man kan også stille spørsmålstegn ved om modellen vil være nyttig for barn med flere traumatiske minner. Cohen og medarbeidere mener at dersom barnet har opplevd mer enn en traumatisk hendelse, skal man be barnet velge ut et traumatisk minne, og bruke dette som utgangspunkt for utarbeidelsen av traumenarrativet. Barnet kan også inkludere flere traumer slik at det blir en lengre historie, eventuelt skape et livsnarrativ i stedet for et traumenarrativ (Cohen, et al., 2006). Ved en slik tilnærming kan man tenke seg at det barnet lærer, blir generalisert til andre traumeminner. Et annet alternativ er imidlertid at de traumeminnene som ikke er fokus i behandlingen, ikke vil bli bearbeidet når man ikke adresserer dem direkte. Dersom dette er tilfelle kan man stille spørsmålstegn ved TF-CBT modellens nytteverdi ved multiple minner.

### *5.3.2 Alvorlig patologi hos barnet eller omsorgsgiver*

Ford og Cloitre (2009) hevder også at TF-CBT ikke bør brukes dersom barnet har akutte eller alvorlige psykososiale, eller atferdsmessige problem. Selv om studiene på TF-CBT indikerer at barna får symptomlette både i forhold til atferdsproblemer og psykososiale problemer, er dette i liten grad undersøkt. Studiene på TF-CBT har i stor grad ekskludert de barna som har alvorligst problematikk (Cohen, 2005). Dette er for eksempel barn som viser psykotiske symptomer, eller har vansker med stoffmisbruk (se

f. eks. Cohen, et al., 2004). Dette må kunne sies å vanskeliggjøre vurderingen av hvorvidt modellen også kan brukes for barn utsatt for komplekse traumer. I tillegg har man ofte ekskludert barn som har omsorgsgivere med alvorlig psykopatologi fra studier av TF-CBT, noe som også gjør det vanskelig å si noe om hvorvidt modellen kan brukes på denne populasjonen.

På grunnlag av dette kan de barna som synes å ha mest alvorlig problematikk, ende opp med ikke å bli inkludert i vurderingen av behandlingseffekt (Cohen, 2005). Å ekskludere disse gruppene kan sies å være et av de største problemene i vurderingen av TF-CBT modellens nytteverdi, i forhold til barn utsatt for komplekse traumer. Det blir viktig å inkludere også disse gruppene i videre forskning.

### *5.3.3 Kognitive evner*

Cohen og medarbeidere (2006) fokuserer i liten grad på hvilke kriterier som kreves for at et barn skal kunne dra nytte av en TF-CBT behandling. De hevder at modellen kan være nyttig for barn på ulike alderstrinn, men diskuterer ikke hvorvidt den vil være egnet for barn som har et lavere kognitivt nivå. Man kan tenke seg at TF-CBT krever et visst kognitivt nivå, slik at barnet klarer å ta metaperspektivet nødvendig for å kunne endre kognisjoner, samt å se sammenhengen mellom kognisjon, emosjon og atferd. Det er derfor viktig å stille spørsmålstegn ved om også barn med svekkede kognitive evner, vil kunne dra nytte av denne behandlingsmodellen. Man har funnet at barn som har vært utsatt for overgrep skårer dårligere på målinger av oppmerksomhet og abstrakt resonering/eksekutive funksjoner (Beers & De Bellis, 2002), IQ (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003) og de har større akademiske vansker (Shonk & Cicchetti, 2001). Taylor hevder at det er begrenset forskning som støtter effektiviteten

av psykoterapi for personer med reduserte kognitive evner. Han påpeker imidlertid at man kan finne økende evidens for at kognitiv atferdsterapi kan være nyttig i behandlingen av emosjonelle problemer hos en slik gruppe (Taylor, 2005). Det blir viktig å undersøke om dette gjelder også for TF-CBT.

Som vist finner man at TF-CBT modellen også kan være hensiktsmessig i behandlingen av barn med komplekse traumetilstander, men man kan i visse tilfeller også finne kontraindikasjoner for behandlingens nytteverdi. Et viktig tankekors i denne forbindelse er at de samme forskerne både har utarbeidet og i stor grad, undersøkt modellen. I tillegg har forskningen i hovedsak blitt utført i USA. Det blir viktig å ta hensyn til begge disse aspektene i videre forskning.

Vi har i denne oppgaven forsøkt å se på en av dagens evidensbaserte behandlingsmodeller for traumatiserte barn, i forhold til behandling av komplekse traumelidelser. Kan man så hevde at TF-CBT modellen er hensiktsmessig i behandlingen av barn med denne typen problematikk? I gjennomgangen har vi funnet at TF-CBT tar høyde for mange aspekter ved komplekse traumereaksjoner, og at den sannsynligvis vil gi bedring i tilstanden til disse barna. Man kan imidlertid finne at forskning på TF-CBT modellen er mangelfull i forhold til de postulerte kjerneproblemene. Ut fra dette blir det vanskelig å si noe om hvorvidt modellen kun fører til symptomlette på spesifikke mål, eller om den vil favne om kompleksiteten i slike tilstander. Tilknytning har blitt vektlagt som et særlig viktig aspekt ved komplekse traumetilstander, men har ikke blitt direkte undersøkt i forhold til TF-CBT modellen. Dette blir det viktig å forske videre på, både med hensyn til å avdekke i hvilken grad modellen faktisk bedrer skadede tilknytningsmønstre, og om andre

behandlingsprinsipper bør inkorporeres i behandlingen for bedre å rette seg mot denne typen problematikk.

#### *5.4 Forslag til videre forskning*

For videre å kunne undersøke problemstillingene som har blitt diskutert i denne oppgaven, blir det viktig å avdekke hvordan man skal måle komplekse traumereaksjoner, og behandlingseffekt av TF-CBT i forhold til denne typen lidelser.

##### *5.4.1 Hvordan kan man måle komplekse traumereaksjoner?*

Det er få tilgjengelige standardiserte tester for å vurdere symptomer hos barn utsatt for komplekse traumer (Briere & Spinazzola, 2005), og det blir derfor viktig å utarbeide gode subjektive og objektive målemetoder som direkte undersøker komplekse traumelidelser. Da tilknytning er et viktig aspekt ved komplekse traumetilstander, bør dette særlig vektlegges i denne forbindelse. Det finnes per i dag flere subjektive mål, som måler enkeltstående elementer ved komplekse traumelidelser. Dette er for eksempel Impact of Event Scale-R (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) og Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983). I tillegg er det utviklet mål for lidelser som blant annet DESNOS hos voksne (Pelcovitz, et al., 1997). Det er imidlertid usikkert om disse er hensiktsmessige for barn, da symptomer som for eksempel dissosiasjon kan arte seg forskjellig hos barn og voksne. Det blir i fremtiden viktig å utvikle subjektive mål som bedre favner om kompleksiteten i denne typen problematikk hos barn, samt å utarbeide objektive mål.

Objektive mål med mulig nytteverdi kan være målinger av kortisolnivået hos barn utsatt for vedvarende og alvorlige traumer. Som vist kan barn med skadet tilknytning ha endret kortisolnivå. For at måling av kortisol skal være et godt mål,



kreves imidlertid en grundig kartlegging av rollen kortisol spiller i utviklingen til disse barna. Som vist har man funnet at barn utsatt for komplekse traumer har nedsatt metabolisering i blant annet prefrontale strukturer (Chugani, et al., 2001). Man har også funnet at prefrontale områder er involvert i eksekutive funksjoner (Luria, 1980). I tråd med dette har man funnet at barn utsatt for overgrep kan ha svekkede eksekutive funksjoner (Beers & De Bellis, 2002). I tillegg har man funnet at psykoterapi kan føre til endringer i blant annet prefrontale områder (Goldapple, et al., 2004; Paquette, et al., 2003), noe som belyser viktigheten av behandling. Dersom man nærmere undersøker sammenhengen mellom eksekutive funksjoner og komplekse traumereaksjoner, kan ulike mål på eksekutive funksjoner brukes i arbeidet med å kartlegge barna. Dette kan gjøres ved hjelp av databaserte programmer, som blant annet undersøker evne til målrettet atferd, som planlegging og impuls kontroll. Et annet nyttig mål kan være functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI), som også kan bidra til å belyse biologiske korrelater til komplekse traumetilstander. I videre forskning på reaksjoner på komplekse traumer blir det altså viktig å utvikle gode subjektive og objektive mål.

Gjennom dette arbeidet vil man kunne finne frem til metoder som kan kombineres med hverandre, og som sammen vil kunne gi best mulig måling av komplekse traumelidelser.

### *5.4.2 Hvordan kan man måle om TF-CBT er nyttig i behandling av barn med komplekse traumelidelser?*

Cohen (2005) påpeker at det er viktig å finne gode måter for å evaluere behandlingsmodeller. Uten dette risikerer man at de modellene som enklest lar seg vurdere empirisk, er de som får mest støtte. Man kan tenke seg at mer komplekse tilstander, krever mer kompleks behandling. Likevel er det nettopp på grunn av

kompleksitet at de er vanskeligere å måle, og dermed vanskeligere å støtte empirisk. Av de ulike intervensjoner ment å hjelpe traumatiserte barn og ungdom, er det kun TF-CBT som har blitt evaluert tilstrekkelig til å gi et grundig bilde av virkning og effekt (Cohen, 2005). Forskningen på modellen er imidlertid mangelfull i forhold til barn med komplekse traumetilstander. Videre vet man lite om hvilke komponenter i modellen som er mest avgjørende for behandlingsresultatet (Cohen, 2005). For å undersøke TF-CBT i forhold til komplekse traumelidelser bør man ta utgangspunkt i målemetoder spesifikt utarbeidet for denne gruppen, og undersøke TF-CBT modellens effekt i forhold til disse målene. For å finne ut hvilke komponenter i modellen som er virksomme, vil det være hensiktsmessig å administrere målene på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet. Slik vil man kunne undersøke hvilke deler som er mest virksomme i forhold til de postulerede kjerneproblemene, og hvilke problemer som eventuelt ikke blir fanget opp. Det blir også sentralt å undersøke behandlingseffekten over tid. Det ideelle vil være å gjennomføre longitudinelle studier, der man inkluderer subjekter med ulike traumehistorier. Slik får man også undersøkt om effekten er vedvarende, og om samme modell kan brukes for alle former for komplekse traumereaksjoner. I arbeidet med å undersøke TF-CBT modellens nytteverdi blir det særlig sentralt å fokusere på tilknytning, og om det rettes tilstrekkelig fokus mot dette.

Til hjelp i arbeidet med å undersøke om eksisterende behandlingsmodeller kan anvendes i forhold til barn med komplekse traumereaksjoner, har det blitt foreslått syv midlertidige prinsipper. Disse kan brukes som en rettesnor i arbeidet med å velge ut, tilpasse og anvende tilgjengelige evidensbaserte behandlingsmetoder, for barn med komplekse traumereaksjoner. I de syv prinsippene vektlegges: sikkerhet og stabilitet,

relasjon og tilknytning, samarbeid, styrker og kompetanse, selvregulering, adressering av traumatiske minner og avverging og håndtering av relasjonelle diskontinuiteter og psykososiale kriser (Ford & Cloitre, 2009). De midlertidige prinsippene har tatt utgangspunkt i kjerneproblemer ved komplekse traumelidelser, men forskning på de syv prinsippene er per dags dato mangelfull. På tross av dette kan prinsippene være nyttige i forhold til TF-CBT modellen, da de peker på viktige elementer som bør inkluderes i arbeidet med å undersøke modellens nytteverdi i forhold barn med komplekse traumetilstander.

### 6.0 Avsluttende sammenfatning

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvorfor det bør innføres en diagnose som bedre favner om symptombildet man ser hos barn utsatt for komplekse traumer, og i hvilken grad TF-CBT modellen kan anvendes i behandlingen av barn med denne typen problematikk. Vi har presentert argumenter for, og forskning som støtter opp under, eksistensen av komplekse traumelidelser. I utarbeidelsen av en ny diagnose er det tydelig at det fremdeles er utfordringer som må overvinnes. På tross av utfordringene, mener vi at det vil være hensiktsmessig å innføre en diagnose som favner om helheten i barnas komplekse vansker. På grunnlag av vurderingen av TF-CBT i forhold til kjerneproblemene, mener vi at modellen vil kunne føre til bedring i symptombildet til barn utsatt for komplekse traumer. Likevel er det fortsatt usikkert hvorvidt modellen favner om kompleksiteten i barnas tilstand.

Tilknytning er et viktig aspekt ved komplekse traumer, og behandling av tilknytningsskader vil etter vår oppfatning være av særlig betydning. Det er per dags

dato vanskelig å si noe om TF-CBT modellens effekt i forhold til tilknytning, og det er derfor viktig at forskning spesielt retter seg mot å vurdere effekten av modellen i forhold til dette. Dersom det skulle vise seg at tilknytningsproblematikk ikke adresseres i tilstrekkelig grad i TF-CBT modellen, bør dette inkluderes. Et annet alternativ er å utvikle nye modeller med et større fokus på tilknytningsproblematikk. Ved hjelp av disse endringene kan man bedre favne om problemene som preger barn utsatt for komplekse traumer.

Det overordnede målet i behandling av barn med komplekse traumelidelser, er å redusere barnas vansker, slik at man i størst mulig grad gjør barnet i stand til å leve videre med så lite støtte fra hjelpeapparatet som mulig i. Dette er viktig både for at barnet skal føle mestring i eget liv, og fordi oppfølging over lengre tid er dyrt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Selv om det fremdeles er usikkert om TF-CBT modellen er ideell i forhold til behandling av barn utsatt for komplekse traumer, har vi sett at modellen kan gi symptomlette til disse barna. Så lenge man ikke har utviklet evidensbaserte behandlingsmodeller ment å rette seg direkte mot barn med komplekse traumelidelser, kan TF-CBT modellen sies å være et godt alternativ for å hjelpe disse barna.

Referanser

- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington: Queen City Printers.
- 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.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. West Sussex: Wiley.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Bailey, B. E., Freedomfield, R. N., Kiser, R. S., & Gatchel, R. J. (2003). Lifetime physical and sexual abuse in chronic pain patients: psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disability and rehabilitation*, 25(7), 331-342.
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., et al. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage - Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220-226.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological Function in Children With Maltreatment - Related Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 483-486.

- Bell, R. F., Schjødt, B., & Paulsberg, A. G. (2000). Barndomstraumer og kronisk smerte. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(23).
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. In T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Eds.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Blindheim, A. (in press). Kompleks traumatisering hos barn. In U. Heltne & P. Ø. Stensvåg (Eds.), *Barn som lever med vold i familien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Boschen, M. J. (2008). The growth of PTSD in anxiety disorder research. *Psychiatry Research*, 158(2), 262-264.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment* (Vol. 1). Harmondsworth: Pelican Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (Vol. 2). Harmondsworth: Pelican Books.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412.
- Carpenter, L. L., Carvalho, J. P., Tyrka, A. R., Wier, L. M., Mello, A. F., Mello, M. F., et al. (2007). Decreased Adrenocorticotrophic Hormone and Cortisol Responses to Stress in Healthy Adults Reporting Significant Childhood Maltreatment *Biological Psychiatry Volume 62*(Issue 10), 1080-1087
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.

- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). Local Brain Functional Activity Following Early Deprivation: A Study of Postinstitutionalized Romanian Orphans. *NeuroImage, 14*, 1290-1301.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry, 53*(9), 827-833.
- Cohen, J. A. (2005). Treating Traumatized children: Current Status and Future Directions. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*(2), 109-121.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996a). Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1402-1410.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996b). A Treatment Outcome Study for Sexually Abused Preschool Children: Initial Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(1), 42-50.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A Treatment Study for Sexually Abused Preschool Children: Outcome During a One-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1228-1235.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998a). Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children: Six- and 12-Month Follow-up.

*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(1), 44-51.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998b). Interventions for Sexually abused Children: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17-26.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.

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.

Courtios, C. A., & Ford, J. D. (2009). Introduction. In C. A. Courtios & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. (pp. 1-9). New York: The Guildford Press.

Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.

Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are Reports of Childhood Abuse Related to the Experience of Chronic Pain in Adulthood?: A Meta-analytic Review of the Literature. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 398-405.

De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.



- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental Traumatology Part I: Biological Stress Systems. *Biological Psychiatry*, *45*, 1259-1270.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., et al. (1999). Developmental Traumatology Part II: Brain Development. *Biological Psychiatry*, *45*, 1271-1284.
- De Bellis, M. D., & Kuchibhatla, M. (2006). Cerebellar Volumes in Pediatric Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, *60*, 697-703.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment*, *1*(4), 310-321.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(12), 1474-1484.
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, *23*(12), 1371-1378.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, *286*(24), 3089-3096.

- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L., & Mastroiannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain*, 99(1-2), 157-165.
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric Diagnoses of Maltreated Children - Preliminary Findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.
- 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.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Ford, J. D. (2009). Neurobiological and Developmental Research: Clinical Implications. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex*

- Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based guide.* (pp. 31-58). New York: The Guilford Press.
- Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best Practices in Psychotherapy for Children and Adolescents. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based guide.* (pp. 59-81). New York: The Guildford Press.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorder. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based guide.* (pp. 13-30). New York: The Guildford Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., & Keane, T. M. (2007). PTSD. Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD.* New York: The Guildford Press.
- Friedrich, W. N., & Schafer, L. C. (1995). Somatic Symptoms in Sexually Abused Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5), 661-670.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain - A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression: Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy. *Archives og General Psychiatry*, 61(1), 34-41.
- Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 199-220.

- Helmen Borge, A. I. (2003). *Resilens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hemenover, S. H. (2003). The Good, the Bad, and the Healthy: Impacts of Emotional Disclosure of Trauma on Resilient Self-Concept and Psychological Distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(10), 1236-1244.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery*. USA: BasicBooks.
- Herman, J. L. (2009). Foreword. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based guide*. (pp. xiii-xviii). New York: The Guilford Press.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships. *Child Development*, 66(4), 1100-1106.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- International Society for the Study of Dissociation (ISSD). (2004). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms an Children and Adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119-141.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: The free press.
- Karterud, S. (1997). Heinz Kohuts selvpsykologi. In S. Karterud & J. T. Monsen (Eds.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut* (pp. 13-27). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Kendall-Tackett, K. (2001). Chronic pain: the next frontier in child maltreatment research. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 997-1000.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311.
- Lewis, M. D. (2005). Self-organizing individual differences in brain development. *Developmental Review*, 25(3-4), 252-277.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.
- Luria, A. R. (1980). *Higher cortical functions in man* New York: Basic Books.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2005). From Infant Attachment Disorganization to Adult dissociation: Relational Adaptions or Traumatic Experiences? *Psychiatric Clinics of North America*.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13(02), 233-254.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preeschool Years*. Chicago: The University of Chicago.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation In M. T.

- Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: The University of Chicago.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 613-619.
- Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(06), 737-746.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 313-319.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993-1000.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- O' Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5(3), 223-244.

- Paquette, V., Lévesque, J., Mensour, B., Leroux, J.-M., Beaudoin, G., Bourgouin, P., et al. (2003). "Change the mind and you change the brain": effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 18(2), 401-409.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539-555.
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M., et al. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 294-300.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC.: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saxe, G. N., MacDonald, H. Z., & Ellis, B. H. (2007). Psychosocial Approaches for Children with PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD. Science and Practice* (pp. 359-375). New York: The Guildford Press.

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 3-17.
- Silberg, J. L., & Dallam, S. (2009). Dissociation in Children and Adolescents: At the Crossroads. In P. F. Dell & J. O'Niell (Eds.), *Dissociation: DSM -V and Beyond* (pp. 67-81). New York, NY: Routledge.
- Smith, M. E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus*, 15(6), 798-807.
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(129), 754-758.
- Steele, K., & van der Hart, O. (2009). Treating Dissociation. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide* (pp. 145-165): The Guilford Press.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Taylor, J. L. (2005). In Support of Psychotherapy for People Who Have Mental Retardation. *Mental Retardation*, 43(6), 450-453.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An outline and Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.



- The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents. White paper from the National Child Traumatic Stress Network.*
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 18(5), 389-399.
- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1530-1540.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-250.
- Welsh, M. C., Pennington, B. F., & Groisser, B. B. (1991). A Normative - Developmental Study of Executive Function: a Window on Prefrontal Function in Children. *Developmental Neuropsychology*, 7(2).
- Yehuda, R., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Mason, J. W., & Giller, E. L. (1995). Low Urinary Cortisol Excretion in Holocaust Survivors With Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 982-986.