

Traumer og posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge

Linda Espenes



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

Vår 2010

Forord

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Silje Sommer Hukkelberg, Tine Kristin Jensen og Silje Mørup Ormhaug. Dere har vært til uvurderlig hjelp for meg i arbeidet med hovedoppgaven. Takk for god veiledning, tilgjengelighet, engasjement, gjennomlesninger av oppgaven og en lærerik prosess.

En stor takk går også til Cathrine Melby Martinsen som har tegnet den flotte tegningen på forsiden! Mer av hennes kunst kan sees på <http://www.cathrinemm.blogspot.com/>

Jeg ønsker også å takke mine medstudenter Ragnhild, Kathrine og Vibeke for støtte og oppmuntring.

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer Gøran for gode råd, støtte og omsorg.

Sammendrag

Forfatter: Linda Espenes.

Tittel på oppgaven: Traumer og posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge.

Hovedveileder: Silje S. Hukkelberg. Biveiledere: Silje M. Ormhaug & Tine K. Jensen.

Bakgrunn: Det overordnede formålet med denne oppgaven var å forstå hvorfor noen barn utvikler mer posttraumatiske stressreaksjoner etter å ha opplevd traumer enn andre barn. Denne kunnskapen er viktig både i forhold til å forebygge vansker og for å utvikle tilpassede behandlingsmodeller. Denne oppgaven har således hatt et tredelt formål. Det første formålet var å undersøke sammenhengen mellom *type* traumatiske hendelse barnet opplever og *grad* av symptomer på posttraumatisk stress. Det andre formålet var å undersøke om det var noen sammenheng mellom *type* hendelse og symptomer innenfor de *ulike* symptomkategorier (gjenopplevelse, unngåelse og aktivering) av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det siste formålet var å undersøke sammenhengen mellom antall traumatiske hendelser og grad av posttraumatiske stressreaksjoner.

Metode: Utvalget bestod av et klinisk utvalg av 188 barn (111 jenter og 77 gutter) i alderen 10-18 år. Barna var henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), og rekruttert til en større studie ved NKVTS. Barna ble screenet for traumer i inntaksprosessen av en klinisk psykolog. Deretter fylte de ut et selvrappoteringskjema på PC som tapper posttraumatiske stressreaksjoner.

Resultat: Resultatene viste at barn som hadde opplevd *andre relasjonelle traumer*, som for eksempel grov mobbing, vold eller voldtekt, hadde høyere grad av symptomer på posttraumatisk stress enn barn som hadde erfart *ikke-relasjonelle traumer*, som for eksempel bilulykker. Type traume som var assosiert med høyest grad av posttraumatiske stressreaksjoner var gjentatte traumer av samme type, seksuelle traumer og vold. Videre var det en sammenheng mellom ulike traumekategorier og symptomkategorier (gjenopplevelse, unngåelse og aktivering) innen PTSD diagnosen. Resultatene viste også at barn som hadde opplevd 4 eller flere hendelser hadde høyere grad av posttraumatiske stressreaksjoner enn barn som hadde opplevd færre hendelser.

Konklusjon: Resultatene tyder på at type traume og antall traumer har betydning for grad av posttraumatiske stressreaksjoner hos barn. Det trengs metodisk og teoretisk forskning på PTSD hos barn generelt, men spesielt i forhold til tilknytningstraumer.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	5
1.1	Hva er et traume?	6
1.2	Prevalens av traumatiske hendelser	7
1.3	Barn og unges reaksjoner etter traumer	8
1.4	Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	9
1.5	Teoretiske perspektiver	13
1.6	Kategorisering av traumer	17
1.7	Problemstillinger og hypoteser om forventede sammenhenger	24
2	Metode	25
2.1	Utvalg	25
2.2	Prosedyre	25
2.3	Instrumenter	25
2.4	Statistiske analyser	27
3	Resultater	29
3.1	Deskriptiv statistikk	29
3.2	Sammenheng mellom type hendelse og symptomer på PTSD	32
3.3	Type traume og symptomkategorier av PTSD	35
3.4	Sammenheng mellom antall hendelser og posttraumatiske stressreaksjoner	36
4	Diskusjon	39
4.1	Sammenheng mellom type hendelse og posttraumatiske stressreaksjoner	40
4.2	Type traume og symptomkategorier av PTSD	44
4.3	Eget fokus på tilknytningstraumer nødvendig?	46
4.4	Spiller antall hendelser noen rolle for grad av posttraumatisk stress?	47
4.5	Styrker og svakheter ved studien	48
4.6	Implikasjoner og konklusjoner	50
	Referanser	52
	Appendix I	61
	Appendix II	63

1 INTRODUKSJON

Mange barn og unge opplever en traumatisk hendelse i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2007). Seksuelle overgrep, fysisk vold, ulykker og naturkatastrofer er eksempler på ulike traumer som kan medføre alvorlige helseproblemer hos den som rammes. Studier har vist at blant annet posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og andre angst og affektive lidelser er vanlig blant barn og unge som har vært utsatt for traumatiske hendelser (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991). Ikke alle barn som opplever traumatiske hendelser utvikler problemer, men omtrent 1/3 av dem som har opplevd en traumatisk hendelse oppfyller kriteriene for PTSD (Fletcher, 1996).

Forskere har lenge forsøkt å forstå hvorfor noen barn utvikler problemer etter traumer mens andre ikke gjør det. Teori og studier på traumer og stressreaksjoner hos barn antyder at barns posttraumatiske stressreaksjoner utvikles og opprettholdes av en rekke kompliserte prosesser. Dette inkluderer forhold som var tilstede før traumet (som for eksempel egenskaper ved barnet og dets sosiale miljø), karakteristika ved traumet (hva slags *type* traume) og ikke minst omstendigheter rundt barnet i etterkant av hendelsen(e). Eksempler på dette kan være grad av sosial støtte og tilstedeværelse av sekundære belastninger (La Greca, Silverman, Vernberg, & Prinstein, 1996; Pynoos, Steinberg, & Wraith, 1995; Vernberg, La Greca, Silverman, & Prinstein, 1996). I denne oppgaven er fokuset på traumekaraktistika og problemstillinger knyttet til hvorvidt det er forhold ved selve traumehendelsen som kan bidra til økt posttraumatisk stress hos barn.

Å forstå mer om hvilke barn som utvikler posttraumatiske stressreaksjoner og hvorfor de gjør det er viktig for klinikere og myndigheter. Slik kunnskap kan bidra til bedre faglig funderte vurderinger i forhold til hvem som bør få tidlig hjelp for å forebygge psykiske lidelser i etterkant av traumer. I tillegg kan denne kunnskapen være viktig i forhold til å utvikle bedre tilpassede behandlingsmetoder, og ikke minst er studier på dette området viktig for å utarbeide hensiktsmessige måleinstrumenter som kan fange opp symptomer på posttraumatisk stress hos barn og unge. Det er en pågående diskusjon om hvor godt de diagnostiske kriteriene for PTSD i DSM-IV passer for barn og unge (Pynoos, Steinberg, & Layne, 2009; Saul, Grant, & Carter, 2008; Sheeringa, Wright, Hunt, & Zenah, 2006). Spesielt gjelder dette barn som har opplevd gjentagende traumer i omsorgsmiljøet (Herman, 2001). Mye av forskningen på traumer og de underliggende dimensjoner av PTSD har blitt utført på voksne (Saul et al.,

2008). Det er derfor nødvendig med mer kunnskap om hvordan barn og unge reagerer på traumatiske hendelser.

På bakgrunn av dette har denne oppgaven har et tredelt formål. Det første formålet er å bidra til en økt forståelse av relasjonen mellom type hendelse barnet opplever og *grad av symptomer* på posttraumatiske stress. Er det slik at noen typer hendelser fører til mer posttraumatisk stress enn andre typer? I så fall, hva kjennetegner disse hendelsene? Det andre formålet er å se nærmere på om *type* hendelse fører til ulike symptomer innen de ulike symptomkategoriene av PTSD diagnosen. Kan det være at ulike typer hendelser gir forskjellig utslag på symptomkategoriene innenfor PTSD diagnosen? Det tredje formålet er å undersøke om det er noen sammenheng mellom antall traumatiske hendelser barnet opplever og grad av PTSD symptomer. Er det slik at antall hendelser barnet opplever har betydning for grad av posttraumatiske stressreaksjoner? Oppgaven baserer seg på et klinisk utvalg av 191 barn og ungdom som alle har opplevd en eller flere traumatiske hendelser, og de har blitt kartlagt for posttraumatiske stressreaksjoner. Oppgaven opererer ikke med PTSD diagnosen, men med grad av posttraumatiske stressreaksjoner.

1.1 Hva er et traume?

Mange barn og unge opplever påkjenninger og smertefulle situasjoner mens de vokser opp. Skilsmisse, besteforelders død og det å flytte til et nytt sted er noen av de utfordringer som mange barn og unge møter. Selv om disse typer hendelser kan medføre mer eller mindre ubehag og stress, omtales vanligvis *ikke* slike situasjoner som traumer (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2006). I den diagnostiske manualen *International Classification of Diseases* (ICD-10) beskrives et traume som en enkelt eller langvarig *ekstraordinær* hendelse eller situasjon av *truende eller katastrofal art*, som mest sannsynlig vil være en påkjenning for de aller fleste (World Health Organization, 1992, min kursivering). Hendelsen kan oppleves brått og uventet for den det gjelder, som ved trafikkulykker og naturkatastrofer, eller den kan gjenta seg over tid i mer eller mindre likeartet form. Dette kan for eksempel være seksuelle overgrep eller mishandling. Barn trenger ikke selv å være direkte rammet av traumet, men kan være vitne til at noen barnet står nært er utsatt for fare.

Den amerikanske diagnosemanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) definerer et traume som en hendelse hvor ”personen opplevde, var vitne til, eller

konfrontert med en hendelse eller flere hendelser som innebar faktisk eller trussel om livsfare, fysisk skade, eller en trussel mot fysisk integritet av selv eller andre” (American Psychological Association, 1994, s. 427, min oversettelse). Fordi mennesker reagerer forskjellig på ulike hendelser, er det i tillegg innført et kriterium om at personen skal ha reagert med angst, hjelpeløshet eller redsel i situasjonen. Da de fleste studier på traumer og posttraumatisk stress er knyttet til DSM-IV, vil også denne oppgaven ta utgangspunkt i den amerikanske diagnosemanualen.

Hvilke typer hendelser som kvalifiseres som traumatiske kan variere i stor grad. For eksempel kan potensielle traumatiske hendelser mennesker utsettes for være ulike i forhold til hvor fysisk truende de oppleves, om de innebærer dødsfall eller skade av betydningsfulle andre og hvorvidt personen utsettes en eller flere ganger. Videre finnes det flere måter å dele inn traumer i ulike kategorier, som for eksempel relasjonelle og ikke- relasjonelle traumer. Relasjonelle, mellommenneskelige traumer, skjer i et samspill mellom mennesker, mens for eksempel naturkatastrofer regnes ofte for ikke å være er menneskeutløst. Kategorisering av traumer vil tas opp igjen senere i oppgaven.

1.2 Prevalens av traumatiske hendelser

Det eksisterer få norske studier som ser på prevalens av ulike typer traumatiske hendelser blant barn og ungdom. I forhold til livstidsprevalens av seksuelle overgrep viste en studie av Mossige og Stefansen (2007), med 7033 17- og 18 åringer, at 22 prosent av jentene og 8 prosent av guttene oppga å ha opplevd milde seksuelle krenkelser. Når det gjelder grove seksuelle krenkelser rapporterte 15 prosent av jentene og 7 prosent av guttene å ha opplevd dette, og 9 prosent av jentene og 0,8 prosent av guttene rapporterte å ha vært utsatt for voldtektsforsøk og/eller voldtekt. Samme studie viste at 1 av 4 av barna/ungdommen hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk vold fra en forelder, mens 7 prosent oppga fysisk vold fra begge foreldrene. Grov vold fra en forelder rapporteres av 8 prosent. Når det gjelder vitneerfaringer, oppgir flere at de har sett eller hørt om et tilfelle av vold mot far eller mor (henholdsvis fire og ni prosent).

En studie utført av Schou, Dyb, og Graff- Iversen (2007) fant at 1,6 prosent av gutter og 6,1 prosent jenter mellom 15 og 16 år hadde opplevd seksuelle overgrep siste 12 måneder. Når det gjelder vold fra jevnaldrende rapporterte 23,6 prosent av guttene og 11,8 prosent av

jentene å ha opplevd dette det siste året. Totalt oppga 3,9 prosent at de hadde opplevd vold fra en voksen de siste 12 måneder. Kartlegging av hvor mange barn og unge som opplever andre typer traumer, som for eksempel trafikkulykker, er i svært liten grad utført i Norge.

En amerikansk studie av 1420 barn fant at mer enn 66 prosent av barna hadde opplevd minst en traumatisk hendelse før de var seksten år (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007).

1.3 Barn og unges reaksjoner etter traumer

Tidligere ble barns reaksjoner i etterkant av en traumatisk opplevelse ansett som kortvarige tilpasningsvansker uten alvorlige helsemessige konsekvenser (Yule, 1998). Nyere forskning har derimot vist at ulike traumatiske hendelser kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser hos barn og unge også på lang sikt. Studiene omfatter hendelser som for eksempel seksuelle overgrep (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998), ulykker (de Vries et al., 1999), krigsopplevelser (Thabet & Vostanis, 1999), kidnapping (Terr, 1981), voldtekt (Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000), vold (Adam, Everett, & O'Neal, 1992) og naturkatastrofer (Goenjian et al., 2009).

Lenore Terr (1981) var en av de første som systematisk undersøkte barn og unges reaksjoner etter traumer. Terr gjennomførte detaljerte intervju av barn mellom 5 og 14 år som hadde blitt kidnappet i en skolebuss og deretter holdt fanget i 27 timer i en varebil under jorda. Dette var den første studien som kunne dokumentere at barns reaksjoner etter traumatiske hendelser lignet reaksjoner funnet hos traumatiserte voksne. Som sett hos voksne gjenopplevde barna hendelsen i drømmer og unngikk tanker og situasjoner som minnet dem om kidnappingen. I motsetning til voksne opplevde ikke barna livaktige minner av hendelsen som om den skjedde igjen eller uttrykte tegn på affektiv nummenhet, og ulikt voksne glemte barna ikke viktige aspekter ved hendelsen. En metaanalyse av Fletcher (1996) underbygger at barn lider av mange av de samme posttraumatiske symptomene som voksne. Dette betyr imidlertid ikke at posttraumatiske stressreaksjoner hos voksne og barn nødvendigvis er identiske, og det vektlegges at posttraumatiske symptomer kan uttrykkes forskjellig avhengig av utviklingsnivå (Salmon & Bryant, 2002). For eksempel har barn og unge ulike måter å forstå og gi mening til traumatiske hendelser (Pynoos, 1994).

1. 4 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse var opprinnelig en diagnose for voksne, og ble først beskrevet hos barn i 1987 i DSM-III-R (APA, 1987). Nå betraktes PTSD som en alvorlig lidelse som påvirker barns biologiske, psykologiske og sosiale utvikling (Pynoos, 1994).

PTSD er en diagnose som dekker de vanligste psykologiske vanskene som mange utvikler i etterkant av en traumatisk hendelse. Det første kriteriet i diagnosen er dermed at det har forekommet et traume, og at dette er en utløsende årsak til vanskene. I DSM-IV er dette definert som A-kriteriet, som består av en faktisk hendelse (A1) og en subjektiv opplevelseskomponent (A2). A1-kriteriet innebærer som nevnt tidligere at personen har opplevd en trussel mot ens fysiske eller psykiske integritet, eller er vitne til at en annen utsettes for dette. I henhold til A2 er det krav til at personen reagerte med intens frykt, hjelpeløshet eller redsel. Det er viktig å være oppmerksom på at det hos barn ikke er uvanlig at reaksjonene også kjennetegnes ved agitert eller desorganisert atferd. PTSD- diagnosen kan ikke settes dersom nevnte kriterier ikke oppfylles, til tross for at personen oppfyller alle symptomkriteriene på PTSD.

Primærsymptomene ved PTSD er delt inn i tre symptomkategorier; *gjenopplevelse, unngåelse og aktivering*. For å oppfylle de diagnostiske kriteriene på PTSD må personen i følge DSM-IV ha opplevd minst ett symptom på gjenopplevelse, minst tre symptomer på unngåelse og minst to symptomer på hyperaktivering. Symptomene må ha vært tilstede i minst en måned, og være av en slik grad at barnets evne til å fungere i dagliglivet er svekket. De diagnostiske kriteriene for PTSD ut i fra DSM-IV (1994) er illustrert i figur 1.

Diagnostiske kriterier for posttraumatisk stresslidelse 309.81 (DSM-IV)

A. Personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse der begge av følgende var til stede:

- (1) Personen skal ha opplevd, vært vitne eller være konfrontert med en hendelse som involverer trussel om død, alvorlig skade eller fysisk integritet av en selv eller andre.
- (2) Personens respons involverte intens frykt, hjelpeløshet eller redsel. **Merk:** Hos barn kan dette uttrykkes i form av desorganisert eller agitert atferd.

B. Den traumatiske hendelsen gjenopplevs stadig på en (eller flere) av følgende måter:

- (1) Tilbakevendende og påtrengende ubehagelige erindringer av hendelsen, inkludert bilder, tanker, eller persepsjoner. **Merk:** Hos barn kan dette uttrykkes i form av repetitiv lek av temaer eller aspekter av traumer ved traumet.
- (2) Tilbakevendende plagsomme drømmer om hendelsen. **Merk:** Hos barn kan det være skremmende drømmer uten gjenkjennelig innhold.
- (3) Handler eller føler som om den traumatiske hendelsen skjer om igjen (inkluderer en følelse av å gjenoppleve opplevelsen, illusjoner, hallusinasjoner og dissosiative *flashbacks*, inkludert de som oppstår når en våkner eller er substanspåvirket). **Merk:** Hos små barn kan det forekomme traumespesifikke gjentakelser av hendelsen.
- (4) Intens psykiske ubehag ved eksponering for indre eller ytre signal som symboliserer eller likner et aspekt av den traumatiske hendelsen.
- (5) Fysiologisk aktivering ved eksponering for indre eller ytre signal som symboliserer eller likner et aspekt av den traumatiske hendelsen.

C. Vedvarende unngåelse av stimuli forbundet med traumet og svekkelse av den generelle reaksjonsevnen (som ikke var til stede før traumet) som kommer til uttrykk ved 3 (eller flere) av de følgende:

- (1) Forsøk på å unngå tanker, følelser eller samtaler knyttet til traumet.
- (2) Forsøk på å unngå aktiviteter, steder, eller folk som vekker minner om traumet.
- (3) Manglende evne til å huske viktige aspekter ved traumet.
- (4) Markert svekket interesse eller deltakelse i betydningsfulle aktiviteter.
- (5) Følelse av å være fjern eller fremmed i forhold til andre.
- (6) Begrenset følelsesregister (f. eks. ikke å ha i stand til å ha kjærlige følelser).
- (7) Opplevelse av en fremtid uten muligheter (f. eks. ikke forvente seg karriere, ekteskap, barn eller normal livssyklus).

D. Vedvarende symptomer på økt aktivering (som ikke var tilstede før traumet), som kommer til uttrykk ved to (eller flere) av følgende:

- (1) Vanskelig for å sove eller forbli i søvn
- (2) Irritabilitet eller sinneutbrudd
- (3) Konsentrasjonsproblemer
- (4) Overdreven vaktksomhet
- (5) Økt reaksjonsberedskap

E. Varighet av lidelsen (symptomer på kriteriene B, C, og D) er mer enn 1 måned

F. Lidelsen forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt sosialt, yrkesmessig eller på

Figur 1 Diagnostiske kriterier for posttraumatisk stresslidelse etter DSM-IV (1994), min oversettelse.

Gjenopplevelse

Den første symptomkategorien av PTSD omfatter gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen. Dette kan skje i form av påtrengende og gjentatte tanker, bilder og følelser knyttet til den traumatiske hendelsen. Noen ganger kan disse minnene være så livaktige at barnet kan oppleve det som om selve hendelsen skjer igjen. Dette defineres som et *flashback*. I tillegg kan en ha mareritt om hendelsen, men hos barn kan det også være skremmende drømmer uten gjenkjennelig innhold.

Spesifikke personer, situasjoner, sanseinntrykk og ting i omgivelsene kan også minne barnet om traumet. Dette kalles for *traumepåminnere*. Om barnet for eksempel har vært utsatt for en bilulykke, kan lyden av sirener fra en ambulanse virke som en traumepåminner og fremkalle ubehagelige minner og gjenopplevelser av det som skjedde. Dermed opprettholdes følelsen av trussel selv i potensielt trygge situasjoner.

Hos barn kan gjenopplevelsessymptomer komme til syne ved at aspekter ved den traumatiske hendelsen uttrykkes via lek heller enn gjennom verbalisering. Leonore Terrs (1981) studie av barn som ble kidnappet og holdt fanget viste at barna ofte lekte at noen ble kidnappet.

Unngåelse

Den andre gruppen av symptomer innebærer unngåelse av stimuli som er assosiert med den traumatiske opplevelsen. Minner kan bli så vonde og ubehagelige at personen anstrenger seg for å unngå tanker, følelser, situasjoner og personer som er forbundet med hendelsen. For eksempel kan et voldtektsoffer tvinge seg selv til ikke å tenke på voldtekten eller unngå steder eller personer som minner om det som skjedde. En mer passiv unngåelsesform kan komme til uttrykk ved at personen har problemer med å huske viktige aspekter ved traumet, har begrensede affekter, føler seg fjern eller fremmed i forhold til andre, eller opplever en fremtid uten muligheter. Lave forventninger til fremtid kan uttrykkes i form av at personen ikke forventer å oppnå en karriere, giftemål, barn, eller et normalt liv. Personen kan i tillegg ha en svekket interesse av aktiviteter som tidligere var betydningsfulle.

Aktivering

Den siste symptomkategorien består av aktiveringssymptomer. Barn som har opplevd traumatiske hendelser kan være svært oppmerksomme mot det som skjer rundt dem, og er dermed i konstant beredskap og på vakt i tilfelle noe farlig kan skje. Hyperaktiveringen kan gi utslag i søvnevansker, irritabilitet, sinne, vaksomhet, konsentrasjonsvansker og skvettenhet som ikke var tilstede før traumet. Etter en traumatisk hendelse fortsetter kroppen å gjøre seg klar for handling og er i en konstant forberedelse for å reagere på potensiell trussel.

Forløp og prevalens

Umiddelbart etter en traumatisk hendelse vil mange mennesker uttrykke posttraumatiske stressreaksjoner. Hos de fleste avtar reaksjonene over tid, mens det hos andre vedvarer. Like etter et traume kan noen mennesker oppleve symptomer på akutt stresslidelse. Denne lidelsen er kjennetegnet ved mange av de samme symptomene som er sett ved PTSD, men med mer markerte symptomer på dissosiasjon (APA, 2000, s. 466).

Det finnes ingen norske epidemiologiske studier av prevalens av PTSD hos barn og unge. Imidlertid er det utført en longitudinell studie av posttraumatiske stressreaksjoner hos 133 norske barn og ungdom som var utsatt for tsunami-katastrofen i 2004 (Jensen, Dyb, & Nygaard, 2009). I denne studien ble barnas posttraumatiske stressreaksjoner kartlagt 10 måneder og 2¹/₂ år etter tsunamien. Studien viste at det var svært få av barna som rapporterte alvorlige posttraumatiske stressreaksjoner, og det var kun to barn som hadde symptomer i den grad at det indikerte en PTSD diagnose 10 måneder etter katastrofen. Etter 2¹/₂ år var det en ytterligere reduksjon i barnas posttraumatiske stressreaksjoner. Det var en klar positiv sammenheng mellom grad av objektiv og subjektiv fare og grad av posttraumatisk stress. Likevel hadde barna i denne studien overraskende få symptomer på posttraumatisk stress tatt i betraktning hvor alvorlig hendelsen var for mange. Forfatterne forklarte dette med at barna ble utsatt for veldig få sekundære belastninger etter hjemkomst.

Sammenhengen mellom traumer og utvikling av PTSD er i andre studier godt dokumentert. I en amerikansk meta-analyse av 34 studier av 2697 traumatiserte barn rapporterer Fletcher (1996) at 36 prosent oppfyller kriteriene for PTSD etter å ha opplevd ulike traumatiske hendelser.

1.5 Teoretiske perspektiver

Det finnes flere globale teorier og modeller som søker å forklare hvorfor traumatiske hendelser fører til psykologiske senvansker hos noen mennesker. Tre av de mest sentrale blir presentert her. Den ene er Ronnie Janoff-Bullmans (1992) teori om menneskers grunnleggende verdensanskuelser. En annen modell er en kognitiv modell av Anke Ehlers og David Clark (2000). En tredje modell er en utviklingsmodell av Robert Pynoos, Alan Steinberg og John Piacentini (1999).

Grunnleggende verdensanskuelser

I følge Janoff-Bullman (1992) har de aller fleste mennesker en positiv grunnleggende forståelse og opplevelse av verden. Positive verdensanskuelser er viktig for at mennesker skal fungere optimalt, føle seg trygge og legge planer for fremtiden. Janoff-Bullman oppgir tre grunnleggende verdensanskuelser som hun mener mennesker har: 1) verden oppleves som trygg, forutsigbar og meningsfull 2) andre mennesker antas å være snille, gode og omsorgsfulle 3) opplevelser av seg selv som et godt, verdig og moralsk menneske.

Janoff-Bullman (1992) hevder at grunnleggende verdensanskuelser etableres gjennom tidlige barndomserfaringer preget av trygghet og tillit i samspill med barnets nære omsorgspersoner. Barnet utvikler gradvis tillit til seg selv og andre når barnets behov blir møtt og tilfredstilt av nære omsorgsgivere. Videre mener hun at erfaringer med pålitelige og sensitive voksne generaliseres og skaper et mønster av forventninger om samhandlingssekvenser. Barnet utvikler gradvis skjemaer om en god og forutsigbar verden hvor det føler seg verdig. I et beskyttende og omsorgsfullt miljø kan barnet søke trygghet og beskyttelse i møte med fare, og føle seg sikker på at omsorgsgiver er tilgjengelig.

Å bli utsatt for trafikkulykker, voldtekt eller fysisk vold er hendelser som kan påvirke hvordan mennesker tenker om verden og seg selv. I følge Janoff-Bullman (1992) kan denne type hendelser medføre at positive grunnleggende antakelser om en trygg og god verden brister, og at den rammede føler seg ubeskyttet, utrygg og usikker. Den ytre verden blir plutselig farlig og truende, og den indre verden rammes av utrygghet ved at den utsatte føler seg uforberedt i møte med en truende og uforutsigbar verden hvor forferdelige ting kan skje.

Janoff-Bullman (1992) hevder at foreldrene kan påvirke barnets utvikling av negative verdensanskuelser etter traumatiske hendelser. Foreldrene kan hjelpe til med å gi hendelsen en annen mening slik at den blir mindre skremmende, og sørge for tilstrekkelig omsorg. Ved fravær av et trygt og omsorgsfullt miljø i møte med traumatiske hendelser kan barnets følelse av trygghet og beskyttelse bryte. I slike tilfeller overlates barnet helt til seg selv, og får et grunnleggende brudd på antakelsen om at voksne er der for meg. I følge Janoff-Bullman kan det gi spesielt negative konsekvenser for barnet om traumet påføres av tilknytningspersoner. I slike tilfeller påvirkes barnets relasjon til seg selv og til andre, og kan ha en innvirkning på personlighetsutviklingen.

Studier har vist at mennesker som har opplevd incest, (Owens & Chard, 2001), krig (Dekel, Solomon, Elklit, & Ginzburg, 2004), tortur og vitne til at nær slektning er utsatt for voldelig dødsfall (Magwaza, 1999) har mer negative verdensanskuelser enn personer som ikke har lignende erfaringer. Andre studier har vist at negative verdensanskuelser har en sammenheng med posttraumatiske stressreaksjoner (Dekel et al., 2004; Jind, 2001). Owens og Chard (2001) gjennomførte en studie av 79 kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn. Studien viste at kvinnene med høyest grad av PTSD- symptomer også hadde laveste skårer på verdensanskuelser om egen verdighet (selvverd).

De fleste av studier på Janoff-Bullmans teori er gjort på voksne. En norsk studie utført på ungdom som hadde opplevd tsunamien i desember 2004, viste at ungdommenes grunnleggende antakelser ikke ble alvorlig forokket ved (Stormyren & Jensen, 2008). En forklaring på dette kan være at hva slags hendelse en opplever er av betydning for hvorvidt grunnleggende verdensanskuelser forandres.

Brewin, Dalgleish, og Joseph (1996) har kritisert Janoff- Bullmans teori for ikke å ha nok grunnlag for å si noe om hvordan menneskers grunnleggende antakelser om verden er representert, eller hvilke prosesser som er involvert når antakelsene brister. Videre hevder forfatterne at Janoff-Bullman får problemer med å forklare at PTSD skyldes forokkede positive grunnleggende antakelser som følge av et traume. Kritikken baseres i hovedsak på funn om at mennesker med tidligere psykisk lidelse har økt risiko for å utvikle PTSD etter en traumatisk hendelse. Disse personene er ofte sårbare og har allerede et negativt syn på seg selv og omgivelsene. Slike tanker vil tvilsomt bryte ved et traume, men heller bekreftes. Det er derfor ikke rimelig å tenke at forokkede verdensanskuelser er årsaken til senvanskene etter traumatiske hendelser.

En kognitiv modell av PTSD

Ehlers og Clark (2000) har utviklet en kognitiv modell for å forstå PTSD. Forfatterne hevder at PTSD oppstår når den traumatiske hendelsen prosesseres på en måte som medfører at personen opplever traumet som truende i nåtid. Personens følelse av nåværende trussel oppstår som konsekvens av to faktorer; *svakket traumehukommelse* og *tolkning*.

Svakket traumehukommelse refererer til en manglende bearbeiding og utilstrekkelig integrering av minner fra den traumatiske hendelsen. Ehlers og Clark (2000) tenker dette er et resultat av ufullstendig prosessering av hendelsen mens den skjer. Personen mangler informasjon om hendelsen og omstendighetene rundt, som for eksempel tid, sted og hva som skjedde like før og etter hendelsen. De ufullstendige minnene er svakt koblet til andre minner i hukommelsen, og erindringene er ofte av kroppslig, sensorisk natur. Manglende integrering av minner medfører at stimuli som var tilstede like før og i løpet av hendelsen blir assosiert med fare. En konsekvens av dette er økt følsomhet for stimuli assosiert med traumet og at uønskede minner lett utløses ved fysisk like og assosierte stimuli. Forfatterne hevder at dette forklarer ufrivillige gjenopplevelser, påtrengende minner og fragmentert hukommelse av traumet.

Videre tenker Ehlers og Clark (2000) at personens *tolkning* av traumet er sentralt. Om den som rammes tolker hendelsen og dens følgetilstander som en alvorlig trussel, økes risikoen for posttraumatiske stressreaksjoner. Personen kan for eksempel oppleve at verden er et farlig sted, at en tiltrekker seg ulykker eller at andre ikke bryr seg. Det er heller ikke uvanlig at ens egne emosjonelle reaksjoner etter hendelsen tolkes negativt. Slike negative tolkninger av selve hendelsen og symptomer som oppstår i etterkant frembringer en rekke negative emosjoner som angst, depresjon og sinne. Dette bidrar til at posttraumatiske symptomer opprettholdes.

Ubehaget som er assosiert med en vedvarende følelse av trussel motiverer personen til å få kontroll over trusselen og symptomer gjennom ufunksjonell atferd og kognitive strategier. Eksempler kan være aktivt unngåelse av tanker omkring hendelsen, fortrenge det som skjedde, foreta overdrevne forhåndsregler og dissosiasjon. Dette forsterker posttraumatiske stressreaksjoner og forhindrer endring av både traumeminnene og negative tolkninger av traumet (Ehlers & Clark, 2000).

I likehet med Janoff- Bullmans teori er Ehlers og Clarks modell hovedsakelig tilpasset for voksne og er blitt kritisert for ikke å ta hensyn til alder og utvikling (Salmon & Bryant, 2002). Ehlers og Bryant gjennomførte imidlertid en studie i 2003 hvor de undersøkte om deres kognitive modell av PTSD kan anvendes på barn og unge. Studien bestod av 82 barn fra seks til sytten år som hadde opplevd en trafikkulykke. Som sett hos voksne, viste studien at kognitive faktorer som svekket traumehukommelse, negative tolkninger av hendelsen og dens følger, og dysfunksjonelle mestringsstrategier kunne forutsi grad av posttraumatiske symptomer hos barn ved tre og seks måneder (Ehlers & Bryant, 2003).

En utviklingsmodell

Pynoos, Steinberg, og Piacentini (1999) har utviklet en kompleks modell som innlemmer utviklingsmessige, sosiale og individuelle forhold ved barnet som bidrag til hvilke utfall traumatiske hendelser kan ha for barn og unge. Med forhold ved barnet menes egenskaper som temperament, genetik, mestringsstrategier, tilknytningsstil og tidligere psykopatologi. I denne oppgaven vil jeg spesielt trekke frem sider ved Pynoos et al. (1999) sin modell som fokuserer på tilknytning og utvikling. Dette valget reflekterer denne oppgavens fokus.

Pynoos et al. (1999) hevder at traumatiske hendelser kan påvirke barnets allerede ervervede kompetanse og utviklingsoppgaver i nær fremtid. Eksempler på dette kan være oppmerksomhet, emosjonsregulering, impuls kontroll og læring. Videre mener forfatterne at traumer kan ha en langtidsinnvirkning på barnets personlighetsutvikling.

Forfatterne bruker begrepet *protective shield* som beskriver hvordan foreldre fungerer som et skjold som beskytter sine barn mot fare. Videre hevder Pynoos et al. (1999) at barnets forventning og avhengighet til voksne kan bli et problem i tilfeller hvor barnet er vitne til at omsorgspersonen er utsatt for skade eller død, eller på andre måter er uten foreldrenes beskyttelse. I slike tilfeller vil barnets behov for beskyttelse neglisjeres. I følge Pynoos et al. (1999) kan gjentakende traumatisering innebære at nye situasjoner, personer og ting assosieres med traumatiske hendelser. Dette vekker en rekke negative emosjoner og fysiologiske reaksjoner, og kan bidra til økt grad av unngåelsesatferd og aktivering. Videre kan gjentakende traumatisering medføre ytterligere sekundære belastninger, negative emosjoner, utviklingsmessige barrierer og umiddelbar eller fremtidig psykopatologi. Sekundære belastninger som følge av traumer, som for eksempel flytting eller tap av

familiemedlem, kan skape et hinder for tilpasning og kompliserer muligheten for utviklingsmessig reparasjon av traumet.

Ainsworth, Blehar, Waters, og Wall (1978) underbygger antakelsen om at foreldrene er viktig for barnet i møte med fare. Forfatterne hevder at barnet utvikler indre modeller av forventninger og tillit til at omsorgsgivere er tilgjengelige i møte med stress og ubehag. Når barn føler seg truet, utsatt eller redd, oppsøker de foreldrene for beskyttelse og omsorg. En sensitiv omsorgsgiver som reagerer på barnets signaler bidrar til at barnet utvikler en sikkerhet om å bli trøstet og beskyttet i møte med fare. En god tilknytning regnes dermed for å være en viktig beskyttende faktor når barnet opplever en traumatisk hendelse (Stubenbort, Greeno, Mannarino, & Cohen, 2002). Uforutsigbarhet, usensitivitet, avvisning eller aggresjon fra personen som har tilknytningsverdi kan medføre at barnet blir usikker på omsorgsgivers tilgjengelighet i møte med redsel og stress (Ainsworth et al., 1978). Hvis tilknytningspersonen er kilde til traumet anses dette som spesielt skadelig for barn (Margolin & Vickerman, 2007; Herman, 2001).

Barn og unge er i stadig utvikling og endring, så alder og kognitiv, sosial og emosjonell utvikling har en betydning for hvilke reaksjoner som oppstår etter traumer (Pynoos et al., 1999). Alder og utvikling påvirker blant annet hvilke hendelser barn og unge utsettes for, og hvordan hendelsen oppfattes og vurderes. Opplevelse av trussel vil være avhengig av evne til å vurdere både fare og mulighet for beskyttelse fra andre. Pynoos et al. (1999) hevder at yngre barn er mer påvirket av foreldrenes tilstand, vurdering og reaksjoner etter et traume. Om foreldrene uttrykker kontroll, ro og støtte, vil barnet antakeligvis oppleve situasjonen som mindre truende enn hvis foreldrene selv blir veldig redde og oppskakede. Ungdom er i større grad påvirket av hvordan jevnaldrende vurderer fare og konsekvenser (ibid.).

1.6 Kategorisering av traumer

Når forskere forsøker å klassifisere traumer ut i fra ulike dimensjoner er det for å forstå hvorfor noen barn utvikler reaksjoner etter traumer, mens andre ikke gjør det. I klassifiseringen har noen lagt vekt på om hendelsen skjer plutselig eller gjentatt. Andre har vært opptatt av *innholdet* i de ulike hendelsene, for eksempel om hendelsen var en bilulykke, naturkatastrofe eller vold. Andre igjen har vært opptatt av om hendelsen skjer i relasjon til andre mennesker eller om hendelsen er ikke- relasjonell, mens noen fokuserer på den samlede mengden av påkjenninger barn er utsatt for. Det å kategorisere traumer i traumekategorier kan

være nyttig for å få en bedre forståelse av sammenheng mellom hva slags type opplevelse barnet opplever og reaksjoner som oppstår i ettertid, og flere forskere har etterlyst slike studier (Pine & Cohen, 2002; Fletcher, 1996).

Enkelthendelser vs. gjentakende hendelser

Terr (1991) var den første som foretok et skille mellom ulike traumatiske hendelser, da hun mente dette påvirket barnets reaksjoner i etterkant. Hun skilte mellom to ulike typer. Type 1 traume omfattet uventede, dramatiske enkelthendelser, som for eksempel naturkatastrofe, trafikkulykke eller voldtekt. Type 2 traumer omfattet kroniske eller gjentakende eksponering for traumatiske hendelser, som for eksempel krig, kronisk sykdom og seksuell eller fysisk mishandling. Terr hevder at type 1 hendelser, sammenlignet med type 2 hendelser, i større grad gir livaktige, detaljerte minner, forestillinger om forvarsler forut for traumet (omens) og feiltolkninger. Type 2 hendelser er i følge Terr mer kjennetegnet med større grad av benektning, fortregning, dissosiasjon og emosjonell nummenhet. Denne type symptomer oppstår som resultat av forventninger om at vonde hendelser kommer til å skje, og individet forsøker dermed å beskytte seg selv. Både type 1 og type 2 traume gir påtrengende minner, repeterende atferd, traumespesifikk frykt og endrede fremtidshåp.

I en meta-analyse av studier på traumatiserte barn og ungdom bygget Fletcher (1996) videre på overnevnte todeling, men utelukket enkeltstående hendelser av voldelig natur (som fysiske og seksuelle overgrep) ved type 1 traumer. Den andre kategorien omfattet kroniske, repetererte traumer og hendelser av voldelig natur, enten enkelthendelser eller repetererte. Fletcher fant at de ulike typer traumer innenfor hver av de nevnte traumekategoriene hadde lik sannsynlighet (36 %) for å resultere i en PTSD diagnose.

Tematisk inndeling av traumer

Copeland, Keeler, Angold, og Costello (2007) har prøvd seg på en tematisk inndeling av traumer, det vil si hva som kjennetegner hendelsen personen har opplevd. Traumeinndeling er basert på en befolkningsstudie der de undersøkte prevalens av traumatiske hendelser hos barn og hvilke vansker barna utviklet i etterkant. De ulike traumatiske hendelsene som barna hadde opplevd ble gruppert i fem ulike kategorier. Dette var kategoriene 1) vold, 2) seksuelle

traumer, 3) annen skade eller traume (fysisk sykdom, ulykke, naturkatastrofe, brann), 4) vitne til traume, 5) det å høre eller få vite om traumatiske hendelser. Forfatterne oppgir ikke i artikkelen hvordan de har kommet frem til denne kategoriseringen. Studien viste at vold og seksuelle traumer var assosiert med høyest grad av PTSD symptomer.

Relasjonelle vs. ikke- relasjonelle traumer

Noen studier har vært opptatt av å sammenligne symptomutvikling ved relasjonelle, mellommenneskelige traumer og traumer som ikke er menneskeskapt (Kilpatrick et al., 2003; Green et al., 2000). Flere av studiene har vist at relasjonelle traumer gir mer psykologiske konsekvenser enn andre ikke-mellommenneskelige traumer. Green et al. (2000) undersøkte utfallet av ulike typer traumer for en kvinnelig studentpopulasjon. Resultatene viste at kvinnene som hadde opplevd mellommenneskelige traumer, som for eksempel seksuelle eller fysiske overgrep eller væpnet ran, utviklet posttraumatiske stressreaksjoner i større grad enn kvinnene som hadde opplevd ikke- mellommenneskelige traumer, som bilulykker eller naturkatastrofer. Resultatene samsvarer med andre studier som viser at mennesker som er utsatt for relasjonelle traumer har økt risiko for å utvikle PTSD symptomer enn individer som har opplevd andre typer traumer (Lancaster, Melka, & Rodriguez, 2009; Krupnick et al., 2004; Perkonigg et al., 2000). I tillegg har studier vist at relasjonelle traumer øker risiko for diagnostisk komorbiditet (Kilpatrick et al., 2003).

I forskningen brukes ofte begrepet relasjonelle eller *interpersonlige traumer* om traumer som forekommer i en mellommenneskelig kontekst. Begrepene relasjonstraumer og interpersonlige traumer kan imidlertid virke noe generelle. Henviser begrepene kun til tilfeller hvor traumet påføres av andre, eller kan de også refererer til traumatiske hendelser hvor en nær omsorgsperson dør, enten i form av naturlig dødsfall eller suicid? I litteraturen finnes det ikke noe bestemt svar på hvordan begrepene skal brukes og defineres.

Problemet med flere av forsøkene på å klassifisere traumer er at et fåtall har tatt tilstrekkelig hensyn til hva som er viktig ut i fra et barneperspektiv, som for eksempel utvikling og behov for omsorg og beskyttelse. Et annet problem med tidligere traumekategorier er at de er uklare, uten ekskluderende kategorier, som gjør det vanskelig å plassere barn i bestemte traumegrupper når man skal etterprøve de foreslåtte kategoriene.

Tilknytningstraumer

Benum (2007) bruker begrepet *relasjonstraumer* for å beskrive traumer påført av en nær eller viktig person. Et eksempel kan være vold i parforhold. Når det gjelder barn som utsettes for traumer i nære relasjoner foreslås begrepet *tilknytningstraumer* etter Allen (2001) som et mer presist begrep om denne type traumer.

I denne oppgaven brukes *tilknytningstraumer* for å referere til traumer som forekommer i barnets omsorgsmiljø. Det vil si, i tilfeller hvor foreldrene er kilden til barnets traumatiske opplevelser. Tilknytningstraumer dekker dermed hendelser hvor omsorgsperson er utsatt, samt tilfeller hvor omsorgspersonen påfører barnet traumet. Ut i fra tilknytningsteori kan en forvente at traumer som forekommer i barnets nærmeste omsorgsmiljø gir større helsemessige konsekvenser enn traumer som forekommer utenfor tilknytningssystemet. Et annet aspekt er at tilknytningstraumer kan innebære mer blandede følelser enn andre typer traumer, som kjærighet og avhengighet på den ene siden og frykt og redsel på den andre siden. Barn som er utsatt for seksuelle overgrep eller fysisk mishandling fra tilknytningspersoner opplever et dilemma ved at kilden til sikkerhet og overlevelse også blir en potensiell kilde til fare. I slike tilfeller kan barnet utvikle strategier for ikke å ta smerten innover seg, for eksempel frakoble bevissthet og affekter (Benum, 2007).

Familien som risikofaktor er et viktig aspekt ved tilknytningstraumer. Psykiske problemer hos foreldrene og det å vokse opp i konfliktfylte hjem kan gi økt risiko for at barnet opplever traumer i hjemmet (Copeland et al., 2007) Videre kan det tenkes at traumer som påføres av barnets nærmeste omsorgsgiver er mer langvarige enn traumer utenfor familien, noe som kan medføre mer alvorlige psykologiske konsekvenser (Beitchman et al., 1992).

Flere studier har vist at traumer innenfor barnets omsorgsmiljø kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser. McLeer, Deblinger, Henry, og Orvaschel (1992) undersøkte grad av posttraumatiske stressreaksjoner hos 92 seksuelt misbrukte barn. Barna hadde vært utsatt for seksuelle overgrep fra enten far, en person barnet hadde tillit til eller fra en fremmed person. Studien viste at barn som var utsatt for seksuelle overgrep fra far viste posttraumatiske stressreaksjoner i større grad enn barn utsatt for seksuelle overgrep fra en person barna hadde tillit til eller voldtekt fra en fremmed.

Når det gjelder vold i hjemmet har dette vist å gi en rekke psykologiske og atferdsmessige problemer for barn. Studier har vist at barn som er utsatt for vold i hjemmet er i risikozonen

for å utvikle posttraumatiske stressreaksjoner og andre former for angst, depresjon og atferdsproblemer (Ackerman et al., 1998). Spesielt når omsorgsgiver utøver volden og hvis volden er kronisk og repeterende kan dette føre til en rekke negative helsemessige konsekvenser for barnet (Margolin & Vickerman, 2007). Videre er barn som er utsatt for vold i hjemmet i risiko for å oppleve andre former for traumatiske hendelser (Finkelhor et al., 2007c)

Det finnes imidlertid studier som viser at traumer i familien ikke gir mer psykologiske konsekvenser enn traumer utenfor familien. Bal, De Bourdeaudhuij, Crombez, og Van Oost (2004) gjennomførte en studie av 100 ungdommer i alderen 12 til 18 år som hadde opplevd seksuelle overgrep. Overgrepene hadde forekommet innenfor eller utenfor familien. Resultater fra studien viste ingen fremtredende forskjeller i posttraumatiske stressreaksjoner mellom ungdom som hadde opplevd seksuelle overgrep innenfor eller utenfor familien. Denne studien tok derimot ikke hensyn til om overgrepet ble påført av en tilknytningsperson eller et annet familiemedlem.

Som en kan se i litteraturen er det teoretisk og empirisk naturlig å tenke seg at det er forskjeller i hvilke reaksjoner som oppstår avhengig av hvilken type traume barnet opplever. Empiriske studier støtter i stor grad dette. Fletcher (1996) fremhever at det å skissere forskjellene mellom ulike traumatiske hendelser kan gi en bedre forståelse av forholdet mellom type hendelse barnet opplever og hvilke posttraumatiske reaksjoner det får. Det er derfor interessant å undersøke eventuelle sammenhenger mellom type hendelse barnet er utsatt for og symptomutvikling. Dette vil være et av oppgavens tema.

Multitraumatisering

Finkelhor, Omrod, og Tuner (2007a) er opptatt av den *kumulative effekten* av å oppleve flere og ulike typer traumer. Tidlige studier på posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og unge fokuserte hovedsakelig på effekten av spesifikke, separate typer traumatiske hendelser, som for eksempel naturkatastrofer, ulykker og voldtekt. Problemet med kun å fokusere på konsekvenser av enkelthendelser er at en eventuell betydning av tidligere traumatiske erfaringer ikke avdekkes (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007b). I denne oppgaven brukes begrepet multitraumatisering om barn og unge som har opplevd flere *ulike* traumatiske hendelser i løpet av livet.

Flere studier har påvist at barn og unge som utsettes for flere ulike traumatiske hendelser opplever mer negative helsemessige konsekvenser enn de som utsettes for enkelthendelser (Suliman et al., 2009; Perkonigg et al., 2000) Finkelhor et al. (2007b) gjennomførte en studie av 2030 barn i alderen to til 17 år. Studien undersøkte barns erfaring med traumatiske hendelser det forrige året og nylige posttraumatiske reaksjoner. Studien viste at det var veldig vanlig for barn å oppleve flere ulike typer traumer. Av de 71 prosent av barna som hadde opplevd ett traume, så var det 69 prosent som hadde opplevd minst en annen type traumatisk hendelse. Gjennomsnittet for antall ulike traumatiske hendelser barna hadde opplevd var tre. Studien viste at barn som var utsatt for en rekke ulike former for traumatiske hendelser innen et år viste mer psykologiske plager enn barna som var utsatt for enkelthendelser og kronisk eller gjentatt hendelse av samme slag. Finkelhor, Ormrod, og Turner (2009) viste imidlertid at seksuelle overgrep eller barnemishandling, som ble sett på som gjentatte episoder av en type traume, er spesielt traumatiserende for barn og unge. Dette underbygges av Ackerman et al. (1998) som undersøkte barn i alderen syv til tretten år som var utsatt for fysiske og/eller seksuelle overgrep. Studien viste en økt risiko for å utvikle posttraumatiske stressreaksjoner ved begge typer overgrep. Av barna som hadde opplevd både fysisk og seksuelt overgrep var det 54 prosent som oppfylte kriteriene for PTSD. Av barna som kun hadde opplevd en type overgrep var det 34 prosent som oppfylte kriteriene for PTSD.

Det finnes flere forklaringer på hvorfor multitraumatisering kan være spesielt skadelig. Én mekanisme er negativ selv-attribuering, som har vist å være en viktig komponent ved psykologisk symptomatologi hos traumatiserte barn og unge (Mannarino & Cohen, 1996). Barn og unge som er utsatt for flere traumer fra ulike kilder kan i større grad ha problemer med å bekjempe selvbebreidelser sammenlignet med de som har opplevd en enkelt hendelse (Finkelhor et al., 2007a). En annen forklaring er at traumatiserte barn og unge kan se seg selv som avvikende, annerledes, utilstrekkelig eller uheldig som er utsatt for så mange vonde opplevelser (ibid). Det kan tenkes at følelse av annerledeshet har uheldige konsekvenser i utviklingsfaser hvor jevnaldrende og vennskskapsrelasjoner er av stor betydning. En tredje forklaring er at opphopning av traumatiske hendelser øker risiko for uhensiktsmessige mestringsstrategier som kompliserer barnets tilpasning, forstyrrer normale utviklingsoppgaver, og kan på sikt føre til kronisk psykopatologi (Pynoos et al., 1999). En siste viktig faktor er at multitraumer betyr flere traumepåminnere for barnet. En rekke

situasjoner, personer og steder som minner barnet om traumet kan medføre økt grad av gjenopplevelse og unngåelse, og dermed være svært hemmende for barnet.

Teori og empiri tyder altså på at antall traumatiske hendelser barn og unge opplever spiller en viktig rolle for utvikling av posttraumatiske symptomer. Forskning etterlyser mer oppmerksomhet på konsekvenser og symptomutvikling hos multitraumatiserte (Finkelhor et al., 2007a; Green et al., 2000).

Type traume og symptomkategori av PTSD

Studier har vist sammenheng mellom ulike typer traumer og de ulike symptomkategoriene av PTSD, det vil si grad av gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering. Deblinger, McLeer, Atkins, Ralphe, og Foa (1989) sammenlignet posttraumatiske stressreaksjoner hos barn innlagt på en akutt behandlingssenhets som var utsatt for fysiske overgrep, seksuelle overgrep eller ingen overgrep. Studien viste at alle de tre sammenligningsgruppene hadde lik sannsynlighet for å oppfylle diagnosekriteriene for PTSD, men viste forskjeller på ulike symptomkategorier av PTSD. Barna som var utsatt for seksuelle og fysiske overgrep hadde en tendens til å vise mer unngåelse og dissosiative symptomer enn barn som ikke var utsatt for overgrep. Seksuelt misbrukte barn viste i tillegg flere symptomer på gjenopplevelse enn de andre barna. Fysisk misbrukte barn viste færre symptomer på hyperaktivering enn både seksuelt misbrukte barn og barn som ikke var misbrukt.

En metaanalyse av Fletcher (1996) viste at barn som er utsatt for kroniske eller voldelige traumer hadde mer symptomer på unngåelse enn barn som har opplevd uventede, ikke-voldelige enkelthendelser. En forklaring på dette kan være at unngåelse blir en form for mestringsstrategi hos barn utsatt for vedvarende traumer, som benyttes for å beskytte seg selv mot vonde minner fra hendelsen. Symptomer på hyperaktivering ble observert ved begge typer eksponering, men kroniske traumer eller voldelige enkelthendelser ga økt risiko for å *oppfylle* kriteriene for hyperaktivering. Påtrengende minner var sett i større grad hos barn utsatt for enkelthendelser.

Litteraturen har vist at traumer hos barn og unge er et komplekst fenomen. Ulike studier har behandlet traumer hos barn på forskjellige måter. Det har blitt dokumentert ulik grad av

posttraumatiske stressreaksjoner både i forhold til type traume og antall traumatiske hendelser. I denne oppgaven undersøkes det om hvorvidt en slik inndeling er hensiktsmessig for å si noe om grad av posttraumatisk stress i et klinisk utvalg av norske barn.

1.7 Problemstillinger og hypoteser om forventede sammenhenger

Opgaven ønsker å belyse tre hovedproblemstillinger. Ut i fra litteraturen ble det formulert hypoteser tilknyttet to av problemstillingene.

- 1) *Er det en sammenheng mellom type traumatiske hendelse barnet opplever og grad av posttraumatiske stressreaksjoner?*

Hypotese 1: Barn som har opplevd relasjonelle traumer viser mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som har opplevd ikke- relasjonelle traumer.

Hypotese 2: Barn som har opplevd tilknytningstraumer viser mer posttraumatiske stressreaksjoner enn barn som har opplevd andre typer traumer.

Hypotese 3: Barn som har opplevd enkelthendelser viser mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som er utsatt for gjentatte traumer av samme type.

- 2) *Er det en sammenheng mellom type hendelse og de ulike symptomkategoriene av PTSD?*

Siden litteraturen her er sparsom, har ikke denne oppgaven noen bestemte hypoteser om hva som forventes av sammenheng mellom type hendelse og symptomkategorier av PTSD.

- 3) *Er det en sammenheng mellom antall hendelser barnet opplever og symptomer på posttraumatisk stress?*

Hypotese 4: Barn som opplever flere, ulike typer traumatiske hendelser har mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som opplever færre hendelser.

2 METODE

2.1 Utvalg

Utvalget er hentet fra en pågående større studie ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som undersøker effekten av behandling av barn og ungdom som har opplevd traumatiske hendelser. Studien som presenteres i denne oppgaven består av respondenter fra denne studien, rekruttert mellom 1. april 2008 og 1. desember 2009. Kriteriet for å være med i studien var at barna og primær omsorgsgiver måtte kunne snakke norsk. Eksklusjonskriteriet var alvorlig psykose eller alvorlig mental retardasjon, samt at barnet ikke skal ha hatt atferdsforstyrrelse ("conduct disorder") forut for den traumatiske hendelsen.

2.2 Prosedyre

Barna ble henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) av fastlege eller barneverntjeneste. På BUP ble barna screenet for traumer av en klinisk psykolog, når ett eller flere potensielt traumatiske hendelser var nevnt i henvisningen eller oppdaget i inntaksprosessen til BUP. For at hendelsen skal kvalifiseres som traumatisk, ble barnet spurt om det opplevde redsel i situasjonen.

Etter at traumatiske hendelser var kartlagt, besvarte barnet et skjema på PC som tapper posttraumatiske stressreaksjoner. Om barnet hadde opplevd flere traumatiske hendelser ble det bedt om å fylle ut skjemaet i forhold til hva de opplevde som den *verste* hendelsen. Skjemaene ble fylt ut på klinikken, og en psykolog var behjelpelig for oppklare eventuelle misforståelser eller uklarheter hvis det trengtes.

2.3 Instrumenter

Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI- C)

TESI-C (Ford & Rogers, 1996) er et spørreskjema som kartlegger barnets erfaring med ulike traumatiske hendelser. Skjemaet består av 12 spørsmål om tidligere og pågående erfaringer med ulike traumatiske hendelser. Skjemaet administreres av en klinisk psykolog. Spørsmålene kartlegger følgende hendelser: 1) alvorlige ulykker, 2) naturkatastrofer, 3) dødsfall eller alvorlig skade og sykdom, 4) skremmende opplevelser på sykehus, 5) vold eller trusler om

vold fra andre mennesker, 6) overfall eller ran, 7) kidnapping eller bortføring, 8) vitne til vold utenfor familien, 9) vitne til vold i familien, 10) selv utsatt for vold i familien, 11) seksuelle overgrep, 12) annet. Skjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk og tilpasset studiens forhold.

Child PTSD Symptom Scale (CPSS)

CPSS (Foa, Johnsen, Feeny, & Treadwell, 2001) måler symptomer på posttraumatisk stress hos barn og unge mellom 8 og 18 år som har vært utsatt for en eller flere traumatiske hendelser. CPSS er et selvutfyllingsskjema, spesielt tilpasset for barn og unge ved bruk av enkel ordformulering. Skjemaet ble oversatt til norsk av norske psykologer i samarbeid med Foa og kolleger.

Instrumentet er basert på diagnostiske kriterier for PTSD etter DSM-IV. Skjemaet tar for seg hver av de 17 symptomene i diagnosen, samt seks spørsmål om symptomenes innflytelse på dagliglivet. Denne oppgaven tar for seg delen av skjemaet som måler symptomer. Ved rapportering om flere traumatiske hendelser, ble barnet bedt om å fylle ut skjemaet i forhold til hva det synes var den verste hendelsen. Barnet/ungdommen rapporterer symptomer i de siste to ukene, og krysser av på en 4-punkts skala etter hvor ofte det opplever de ulike symptomene (0 = "Ikke i det hele tatt", 1 = "En gang i uken eller mindre/ en gang i blant", 2 = "2 til 4 ganger i uken/halvparten av tiden", 3 = "5 eller flere ganger i uken/ nesten hele tiden"). CPSS gir en total symptomskåre fra 0 til 51.

I følge Foa et al. (2001) omfatter spørsmål 1- 5 symptomkategorien *gjenopplevelse*, spørsmål 6- 12 tilhører kategorien *unngåelse* og spørsmål 12- 17 omfatter kategorien *hyperaktivering*.

CPSS har vist høy indre konsistens, test- retest reliabilitet, og god konvergerende og diskriminerende validitet (Foa et al., 2001). I dette utvalget hadde de ulike symptomkategoriene av PTSD en Cronbach alpha koeffisient fra .84 på gjenopplevelse, .79 på unngåelse og .75 på aktivering. I følge Cortina (1993) bør Cronbachs alpha ligge fra .70 for at instrumentet skal vise god indre konsistens. For de fleste spørsmålene var skewness og kurtosis under 1, og ligger dermed innenfor et akseptabelt nivå.

2.4 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble utført med PASW Statistics17 (tidligere SPSS). Deskriptive analyser omfattet vurdering av skewness og kurtosis, frekvenser og gjennomsnitt. Deskriptive analyser ble utført for å undersøke forekomst av de ulike typer av hendelser og hvilke hendelser som ble rapportert som den verste.

T- test

T- test ble brukt for å undersøke om det var en signifikant forskjell i gjennomsnittsskåre mellom to ulike grupper på en avhengig variabel. I denne oppgaven ble uavhengig t- test brukt for å sammenligne gjennomsnittsskårer på CPSS for type 1 og type 2 traume etter Terr (1991) og Fletcher (1996).

Korrelasjon

Bivariat korrelasjonsanalyse ble utført for å undersøke styrke og retning av relasjonen mellom antall hendelser barnet har opplevd, totalskåre på CPSS og symptomkategoriene innen PTSD diagnosen. Styrken på relasjonen kan gå fra -1.00 til 1.00. En korrelasjon på 1.0 indikerer en perfekt, positiv korrelasjon, 0 antyder ingen relasjon, og -1 innebærer en perfekt, negativ relasjon. En korrelasjons styrke deles gjerne opp i lav (.10-.29), middels (.30-.49) og høy (.50-.1,0) basert på Cohens inndeling (1988).

Variansanalyse

Variansanalyse (enveis ANOVA) ble utført for å undersøke om de ulike traumekategoriene førte til ulik grad av posttraumatisk stress, og om det er noen sammenheng mellom traumekategoriene og symptomkategorier av PTSD. Videre ble variansanalyse brukt for å studere eventuelle forskjeller i grad av posttraumatiske stressreaksjoner mellom grupper som har opplevd ulike antall traumatiske hendelser.

Enveis ANOVA brukes for å sammenligne gjennomsnittsskårer hos to eller flere grupper. Analysen tar hensyn til variasjon innenfor hver gruppe og mellom de ulike gruppene. Stor

variasjon mellom de forskjellige gruppene indikerer gruppeforskjeller. Variansen mellom gruppene, delt på variansen innad i gruppen, gir en F-verdi som forteller noe om hvor variasjonen ligger. En stor F-verdi betyr mer variabilitet mellom gruppene (Pallant, 2007). Imidlertid forteller ikke F- verdien noe om hvilke av gruppene som er forskjellige fra hverandre. Til dette formålet utføres en post-hoc test, som brukes for å undersøke mulige forskjeller mellom ulike gjennomsnitt. Tukey's honestly significant difference tests (Tukey's HSD) er en type post- hoc test som ofte brukes i psykologien. Testen er spesielt gunstig ved at den forhindrer at eventuelle forskjeller mellom ulike gjennomsnitt skyldes tilfeldigheter (Girden, 1992).

3 RESULTATER

3.1 Deskriptiv statistikk

Utvalget bestod av 188 (111 jenter og 77 gutter) mellom 10 og 18 år (Gj.snitt = 14.5, SD = 2.26). Blant barna var 127 norske, samt at 18 barn hadde en norsk forelder og en forelder med annen opprinnelse. Videre var 5 barn østeuropeiske, 26 asiatiske, 8 afrikanske, 2 fra sør- og sentral Amerika, og 2 fra andre nordiske land.

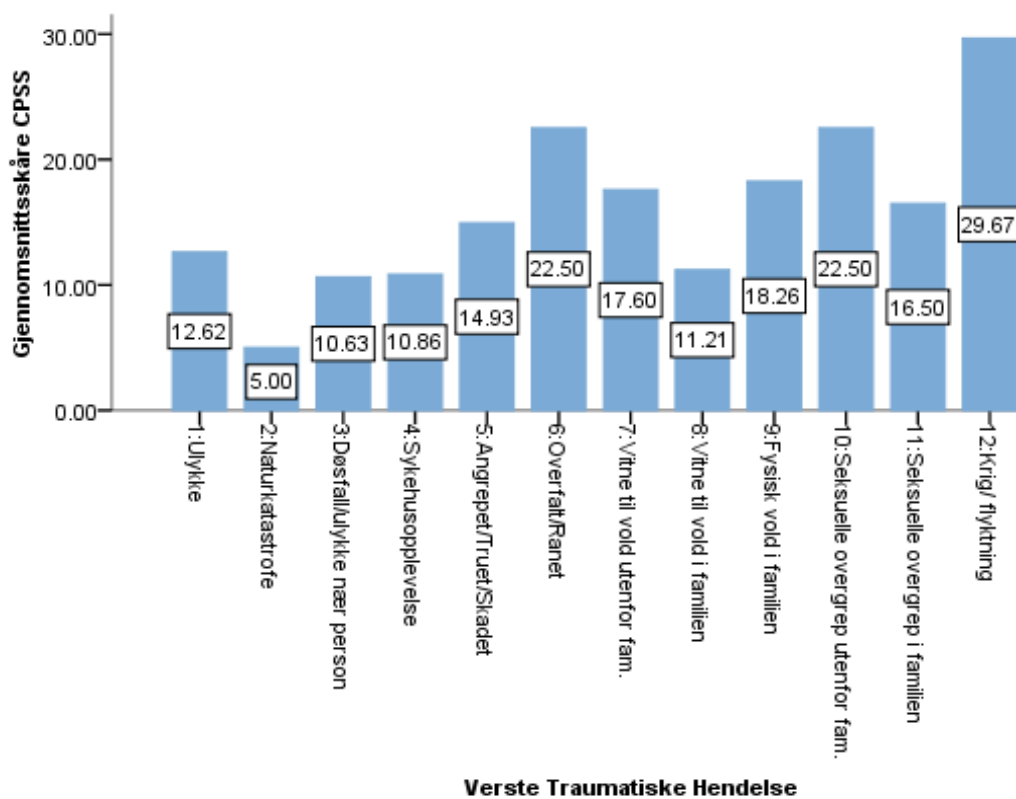
Tabell 1 gir en oversikt over rapporterte traumatiske hendelser, og den verste hendelsen når barna ble bedt om å tenke på denne. Total 569 hendelser ble rapportert av de 188 barna i utvalget (Gj. snitt = 3.3, SD = 1.75). Hendelsen som flest barn hadde opplevd var å bli angrepet, skadet eller truet av et annet menneske (N = 115). Videre hadde 106 barn opplevd plutselig død eller sykdom hos noen barnet var glad i. Få barn rapporterte krigsopplevelser og bortføring/kidnapping.

Tabell 1

Antall barn som har opplevd de ulike hendelsene og verste rapporterte traumatiske hendelse.
(N=188)

Type traume	Antall	Verste traume
1 Ulykke	53	13
2 Naturkatastrofe	13	1
3 Plutselig død/sykdom	106	27
4 Skremmende opplevelser på sykehus	37	7
5 Angrepet/skadet/truet utenfor fam.	115	44
6 Overfalt/ranet	20	2
7 Bortført/kidnappet	8	0
8 Vitne til slåssing/angrep	40	5
9 Vitne til slåssing/angrep i familien	65	21
10 Opplevd vold fra familien	73	39
11 Seksuelle overgrep utenfor familien	22	20
12 Seksuelle overgrep i familien	8	6
13 Krigsopplevelser	3	3
Total	563	188

Når det gjelder den verste traumatiske hendelsen, så rapporterer flest barn at det var verst å bli angrepet, skadet eller truet av et annet menneske (N = 44), og deretter vold i familien (N = 39). Alle barna som har opplevd krig rapporterer dette som den verste hendelsen. De fleste som har opplevd seksuelle overgrep utenfor familien (20 av 22) og seksuelle overgrep i familien (6 av 8) rapporterer dette som verst. Derimot er det kun 1 av 13 som har opplevd naturkatastrofe som opplyser at det er den verste hendelsen.



Figur 2. Grad av posttraumatisk stress for de ulike traumatiske hendelsene

I Figur 2 vises gjennomsnittsskåre på posttraumatiske stressreaksjoner for den verst rapporterte traumatiske hendelsen. Skårer på CPSS skalaen varierte fra 0 til 46 (Gj.snitt = 15.5, SD =10.62).

Mest symptomer forekommer hos barn som har opplevd krig (Gj.snitt = 29.67), mens lavest symptomtrykk rapporteres hos barn som har opplevd naturkatastrofe (Gj.snitt = 5.00). Som en ser fra Tabell 1 er det imidlertid få som har opplevd krig, men mange som har opplevd det å bli angrepet, truet eller skadet av et annet menneske.

Tabell 2

Korrelasjoner mellom TESI total, CPSS total og symptomkategorier av PTSD

	1	2	3	4	5
1 TESI total	-	.317**	.204**	.311**	.309**
2 CPSS total		-	.866**	.903**	.861**
3 Gjenopplevelse			-	.681**	.639**
4 Unngåelse				-	.648**
5 Aktivering					-

** p < .001 (2- tailed).

For å se på sammenhengen mellom antall opplevde hendelser (TESI total), symptomer på PTSD (som målt ved CPSS) og symptomkategorier innen PTSD diagnosen, ble korrelasjoner undersøkt. Alle variablene er skåret slik at jo høyere skåre, jo mer symptomer. Ut i fra Cohens (1988) inndeling på styrke viser Tabell 2 en middels signifikant sammenheng mellom antall traumatiske hendelser og symptomer på PTSD ($r = .32$, $p < .001$). Det vil si at flere opplevde traumatiske hendelser gir mer symptomer på posttraumatisk stress. De tre symptomkategoriene korrelerte signifikant fra .64 til .68.

3.2 Sammenheng mellom type hendelse og symptomer på PTSD

For å undersøke sammenhengen mellom type hendelse og grad av posttraumatiske stressreaksjoner ble de verste traumatiske hendelsene delt inn i ulike kategorier. I tillegg er det foreslått en ny måte å kategorisere traumer på.

Enkelt vs. gjentakende hendelser

Terr (1991) skiller mellom type 1 og type 2 traumer. Type 1 traume er en enkelthendelse, mens Type 2 traume refererer til langvarige, gjentakende traumatiske hendelser. Analysen bygger på 185 barn, da det var tre barn som ble tatt ut fra analysen på grunn av problemer med å klassifisere hendelsen i en kategori.

I dette utvalget var det henholdsvis 87 og 98 som hadde opplevd Type 1 og type 2 traumer. Resultatene viser at barn som har opplevd Type 2 traume har signifikant større grad av posttraumatiske symptomer (Gj.snitt = 17.29, SD = 10.15) enn barn som har opplevd Type 1 traumer (Gj.snitt = 13.89, SD = 10.95, $t(183) = -2.19, p < .05$).

Fletcher (1996) bygget videre på Terrs inndeling av type 1 og type 2 traumer. Til forskjell fra Terr så kategoriserer Fletcher voldelige enkelthendelser som type 2 traumer. Basert på Fletchers inndeling var det 48 barn som hadde opplevd Type 1 traumer og 140 barn som hadde opplevd type 2 traumer. Resultater fra denne inndeling viser at barn som har opplevd type 2 traumer har signifikant høyere totalskåre på CPSS, (Gj.snitt = 17.09, SD = 10.76, $t(186) = -3.48, p < .05$), enn barn som har opplevd type 1 traumer (Gj.snitt = 11.08, SD = 8.88). Det er med andre ord ingen markante forskjeller i resultatene om vold kategoriseres om type 1 eller type 2 traume.

Kategorisering etter Copeland et al.

For å undersøke om resultater fra dette utvalget er i tråd med Copeland et al. (2007) ble barna delt inn i fem kategorier: 1) vold, 2) seksuelle traumer, 3) annen skade eller traume, 4) vitne til traume, 5) få vite/høre om alvorlig skade eller plutselig død.

Tabell 3.

Posttraumatiske symptomer i ulike kategorier

	N	Gj.snitt	SD	F- test	p
1 Vold	98	17.19	10.81	6.28*	.00
2 Seksuelle traumer	26	21.11	10.05		
3 Annen skade eller traume	21	11.66	9.45		
4 Vitne til traume	20	10.85	9.25		
5 Høre om alvorlig skade/død	23	9.95	7.62		

* p < .001

Tabell 3 viser antall barn, samt gjennomsnittsskåre og standardavvik for PTSD symptomer, i de ulike gruppene. Resultatene viser en statistisk signifikant forskjell mellom de fem ulike gruppene når det gjelder posttraumatiske stressreaksjoner ($F(4, 183) = 6.28, p < .00$). Post-hoc sammenligninger (Tukey HSD) viste at det er signifikant forskjell mellom barn som har opplevd vold og barn som har hørt om alvorlig skade eller død (Gj.snitt forskjell = 7.24, $p < .05$). CPSS skåre for seksuelle traumer er signifikant forskjellig fra annen skade eller traume (Gj.snitt forskjell = 9.45, $p < .05$), vitneopplevelse (Gj.snitt forskjell = 10.27, $p < .01$) og det å høre om skade eller plutselig død (Gj.snitt forskjell = 11.16, $p < .01$). Som Copeland et al. (2007) viser resultatene at vold og seksuelle traumer er assosiert med høyest skåre på CPSS.

Tilknytningstraumer: Ny traumekategorisering og symptomer på posttraumatisk stress

Tidligere forsøk på å kategorisere traumer er hovedsakelig foretatt ut fra studier på voksne og mangler et viktig perspektiv når kategoriene overføres til barn. For barn er foreldrene de viktigste personene i barnas liv, og dermed kan det være hensiktsmessig å gruppere traumer som er relatert til tilknytning og sammenligne med traumer som forekommer utenfor tilknytningsrelasjonen. En ny, tredelt kategorisering ble foreslått for å ta hensyn til dette barneperspektivet, og dermed imøtekomme mangler ved tidligere forsøk på å kategorisere traumer.

Oppgaven skiller mellom 1) *tilknytningstraumer*, 2) *andre relasjonelle traumer* og 3) *ikke-relasjonelle traumer*. Tilknytningstraumer ble definert som å gjelde mor, far og steforeldre (oppleve at noen barnet var glad i døde plutselig, ble hardt skadet eller alvorlig syk, vitne til

vold i familien, direkte vold i hjemmet og seksuelle overgrep i familien). Besteforeldre, tanter, onkler, søsken, venner, bekjente og ukjente ble kategorisert som andre relasjonelle traumer (angrepet, truet eller skadet av et annet menneske, vitne til andre som slåss eller angriper hverandre, overfall/ran, seksuelle overgrep utenfor familien og krig). Ikke-relasjonelle traumer omfattet hendelser som ulykker, naturkatastrofer og sykehusopplevelser. Denne typen traumer kan innholde en menneskelig faktor, men de involverte har ikke til hensikt å skade noen. Ut i fra verste rapporterte traume ble hendelsene gruppert i henhold til de tre ulike traumekategoriene.

Tabell 4

CPSS totalskåre for traumekategoriene

Symptommål	Skårer						Analyse	
	Tilknytningstraumer		Andre relasjonelle traumer		Ikke- relasjonelle traumer		F(df= 2,188)	P
	N= 83		N= 84		N= 21			
Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD			
CPSS Total	14.18	9.78	17.89	11.26	11.66	9.45	4.28*	.015

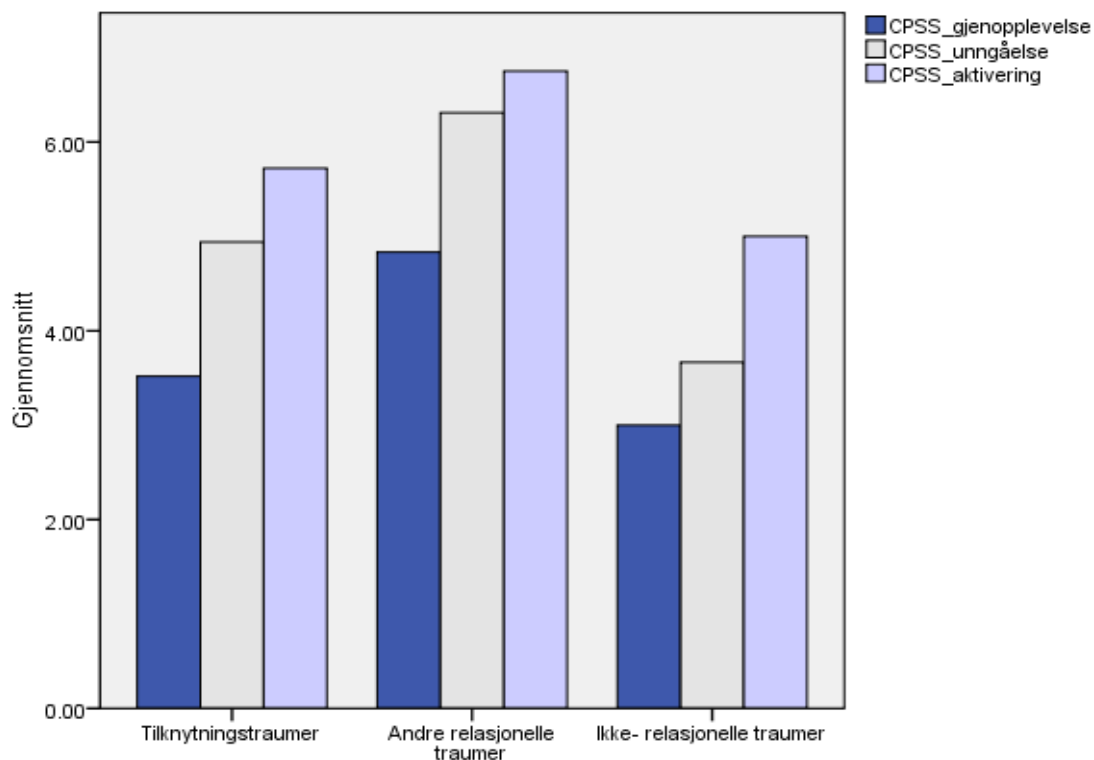
* p <.05

Tabell 4 viser gjennomsnittsskårer og standardavvik på CPSS for de 3 traumekategoriene. Variansanalyse (enveis ANOVA) ble utført for å undersøke om det var en signifikant forskjell mellom de nye traumekategoriene og posttraumatiske stressreaksjoner. Analysen bygget på 188 barn, hvorav 83 hadde opplevd tilknytningstraumer, 84 hadde opplevd andre relasjonelle traumer, og 21 hadde opplevd ikke- relasjonelle traumer. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom de ulike gruppene når det gjelder totalskåre på posttraumatiske stressreaksjoner: $F(2,188) = 4.28$, $p = .015$. Post- hoc sammenligninger (Tukey HSD) indikerte at gjennomsnittsskåren for *andre relasjonelle traumer* (Gj. snitt = 17.89, SD = 11.26) er signifikant forskjellig fra *ikke-relasjonelle traumer* (Gj. snitt = 11.66, SD = 9.45). *Tilknytningstraumer* (Gj.snitt = 14.18, SD = 9.78) var nær signifikant forskjellig *andre relasjonelle traumer*. Ikke-relasjonelle traumer er ikke signifikant forskjellig fra tilknytningstraumer (Gj.snitt forskjell = - 2.52).

Resultatene viser altså at barn som har opplevd andre relasjonelle traumer har mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som har opplevd ikke-relasjonelle traumer. Videre er det en tendens til at andre relasjonelle traumer gir mer symptomer på posttraumatisk stress enn tilknytningstraumer ($p = .059$).

3.3 Type traume og symptomkategorier av PTSD

Siden denne oppgaven ønsket å ha et fokus på hva som er viktig ut i fra et barneperspektiv, ble den nye traumekategoriseringen (tilknytningstraumer, andre relasjonelle traumer og ikke-relasjonelle traumer) brukt videre. Er det en sammenheng mellom disse gruppene av traumer og symptomkategoriene av PTSD (gjenopplevelse, unngåelse og aktivering)?



Figur 3 Gjennomsnittsskårer på symptomkategoriene for traumekategoriene

Figur 3 viser sammenhengen mellom traumekategorier og gjennomsnittsskårer på de ulike symptomkategoriene. Samlet ser en at symptomprofilen for de ulike traumekategoriene er lik, hvor aktivering er symptomer som det rapporteres mest av.

Tabell 5

Gjennomsnittsskårer på symptomkategoriene av PTSD for traumekategoriene

Symptommål	Skårer						Analyse	
	Tilknytningstraumer		Andre relasjonelle traumer		Ikke- relasjonelle traumer			
	N= 83		N= 84		N= 21		F(df= 2,188)	P
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD		
Gjenopplevelse	3.51	3.33	4.83	3.67	3.00	3.60	3.69*	.021
Unngåelse	4.93	4.28	6.30	5.10	3.66	4.01	3.48*	.033
Aktivering	5.72	3.82	6.75	3.88	5.00	3.27	2.52	0.83

* p < .05

Tabell 5 viser gjennomsnittsskårer og standardavvik på symptomkategoriene av PTSD (gjenopplevelse, unngåelse og aktivering). Analyseresultatene fra ANOVA viste en signifikant forskjell mellom gruppene på symptomkategorien *gjenopplevelse* ($F_{2,188} = 3.96$, $p < .02$) og *unngåelse* ($F_{2,188} = 3.48$, $p < .03$). Post- hoc sammenligning (Tukey HSD) viste at *andre relasjonelle traumer* (Gj.snitt = 4.83, SD = 3.67) er assosiert med signifikant høyere skåre på gjenopplevelse enn *tilknytningstraumer* (Gj.snitt = 3.51, SD = 3.33). Når det gjelder unngåelse var det en nær signifikant forskjell mellom *andre relasjonelle traumer* (Gj.snitt = 6.30, SD = 5.19, $p = .054$) og *ikke- relasjonelle traumer* (Gj.snitt = 3.66, SD = 4.01). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittet på *aktivering* mellom de tre ulike gruppene.

3.4 Sammenheng mellom antall hendelser og posttraumatiske stressreaksjoner

For å finne ut om det er en sammenheng mellom antall traumatiske og posttraumatiske stressreaksjoner, ble barna først delt inn i tre grupper etter Finkelhor et al. (2007b) og deretter etter en ny inndeling.

Inndeling etter Finkelhor et al.

Finkelhor et al. (2007b) deler inn barna etter hvorvidt de har opplevd: A) 1-3 ulike typer hendelser; B) 4-6 ulike hendelser; C) 7 og flere ulike hendelser. I dette utvalget har 109

opplevd 1-3 hendelser, 72 har opplevd 4-6 hendelser, og 7 har opplevd 7 eller flere ulike hendelser.

Tabell 6

CPSS gjennomsnittsskåre etter antall hendelser barna har opplevd

Symptommål	Antall Hendelser						F- test
	1-3		4-6		7+		
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	
CPSS total	13.45	10.47	17.79	9.90	25.28	11.45	.001*

* p < .001

Tabell 6 viser gjennomsnittsskåre og standardavvik på CPSS etter hvor mange hendelser barna har opplevd. Variansanalyse viste en statistisk signifikant forskjell mellom de ulike gruppene og grad av symptomer på PTSD, $F(2,185) = 7.085$, $p = .001$). Post Hoc-sammenligning (Tukey HSD) antydte at gjennomsnittsskåren for gruppe 1 (Gj.snitt = 13.45, SD = 10.47) var statistisk signifikant forskjellig fra gruppe 2 (Gj.snitt = 17.79, SD = 9.90) og gruppe 3 (Gj.snitt = 25.28, SD = 11.45). Gruppe 2 var ikke signifikant forskjellig fra gruppe 3. Resultatene viser at det å oppleve flere enn fire ulike typer hendelser gir større grad av posttraumatiske stressreaksjoner enn å oppleve en til tre forskjellige traumer.

Ny inndeling

Finkelhor et al. (2007b) plasserer alle barna som har opplevd 1- 3 ulike traumer i en gruppe. En ny inndeling er foreslått for å undersøke om det utgjør noen signifikant forskjell fra det å oppleve en enkelthendelse til å oppleve to hendelser. Utvalget ble derfor inndelt ut i fra hvorvidt de hadde opplevd: 1) 1 hendelse 2) 2-3 hendelser 3) 4 og flere hendelser. Antall barn som inngikk i de ulike kategoriene var henholdsvis 32, 77 og 79.

Tabell 7

CPSS gjennomsnittsskåre etter antall hendelser barnet har opplevd

Symptommål	Antall Hendelser						F- test
	1		2-3		4+		
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	
CPSS total	11.88	10.42	13.90	10.48	18.57	10.18	.004*

* p <.01

Tabell 7 viser gjennomsnittsskåre og standardavvik på CPSS for de tre ulike gruppene. Variansanalyse viste en statistisk signifikant forskjell mellom de ulike gruppene og grad av symptomer på PTSD, ($F_{2,185} = 5.658$, $p = .004$). Post Hoc- sammenligning (Tukey HSD) antydte at det å oppleve flere enn fire ulike typer hendelser gir større grad av symptomer enn det å oppleve en til tre forskjellige traumer. Det utgjør ingen signifikant forskjell fra det å oppleve en enkelthendelse til å oppleve to til tre hendelser i grad av symptomer på posttraumatisk stress.

4 DISKUSJON

Hovedhensikten med denne oppgaven var å forstå mer om hvorfor noen barn utvikler mer posttraumatiske stressreaksjoner etter traumer enn andre barn. Mange barn og unge utsettes for potensielt traumatiserende hendelser hver dag. Et viktig spørsmål klinikere og myndigheter som skal planlegge tiltak stilles overfor, er hvilke av disse barna en kan forvente at vil utvikle plager og som kan komme til å trenge hjelp av profesjonelle instanser. Hvordan kan vi skille mellom de som sannsynligvis vil og de som ikke vil utvikle en posttraumatisk stresslidelse? Og hvem vil sannsynligvis klare seg uten noen spesialiserte tjenester? Svarene på disse spørsmålene er ikke minst viktige i forhold til forebyggende intervensjoner. Kunnskap om mekanismene bak utviklingen av posttraumatisk stress vil gjøre det enklere å forutsi hvem som bør tilbys forebyggende intervensjoner rettet mot å minske sjansen for utvikling av en alvorlig psykisk lidelse som PTSD. Oppgaven handler derfor om å bidra til kunnskapsutvikling når det gjelder identifisering av risikomarkører.

I litteraturen har man gjerne skilt mellom faktorer som var tilstede *før* den traumatiske hendelsen, *kjennetegn ved* den traumatiske hendelsen, og situasjonen *etter* den traumatiske hendelsen. En av de faktorene som gjennomgående har vist seg å forutsi utvikling av posttraumatiske stress hos barn, så vel som hos voksne, er størrelsen eller alvorlighetsgraden av hendelsen (Vernberg et al., 1996; Pynoos et al., 1993). Jo mer ”alvorlig” hendelsen er, jo mer øker sannsynligheten for utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. Det er dette som i litteraturen har blitt betegnet som dose – respons effekten. Siden mange studier på posttraumatiske stressreaksjoner har vært på mennesker som er utsatt for naturkatastrofer, ble ofte alvorlighetsgraden definert ut i fra den *fysiske* avstanden mellom personen og hendelsen. I forhold til andre typer traumer er dette imidlertid en mindre hensiktsmessig måte å fastslå alvorlighetsgrad på. Derfor har forskere ut fra teoretiske modeller og empiriske studier forsøkt å studere andre forhold ved hendelsen som kan antas å være viktige risikomarkører. I denne studien har jeg sett på ett sett av faktorer knyttet til *hvem som var involvert* i hendelsen, *kjennetegn ved* selve hendelsen og betydningen av *gjentagende* eller *flere* typer hendelser. Tre problemstillinger ble reist:

Er det en sammenheng mellom type traume barn og unge opplever og samlet symptomnivå på posttraumatisk stress? Fører ulike hendelser til ulike symptomtrykk innen symptomkategoriene av PTSD diagnosen? Og er det noen sammenheng mellom antall

hendelser barnet opplever og grad av posttraumatiske stressreaksjoner? I denne delen av oppgaven vil hver av disse problemstillingene diskuteres for seg.

4.1 Sammenheng mellom type hendelse og posttraumatiske stressreaksjoner

Det er spesielt tre funn knyttet til denne problemstillingen som er viktige og klinisk interessante. Det første funnet i dette utvalget var at gjentatte traumer av samme type ga mer symptomer på posttraumatisk stress enn enkelthendelser. Det andre funnet var at vold og seksuelle traumer ga mer posttraumatiske stressreaksjoner enn andre typer traumer. Videre var det en høyere grad av posttraumatiske stressreaksjoner hos barn som hadde opplevd traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen enn innenfor.

Gjentatte traumer

Det første hovedfunnet var at gjentatte traumer av samme type ga mer symptomer på posttraumatisk stress enn enkelthendelser. Dette resultatet var det *motsatte* av hva som var forventet. Som sett i litteraturen hevder Terr (1991) at enkelthendelser mer typisk resulterer i en PTSD diagnose enn gjentatte traumer. Forfatteren mener at gjentatte traumer er mer kjennetegnet ved fortregning, emosjonell nummenhet eller personlighetsendringer. Det at jeg i denne studien fant det motsatte, det vil si at gjentagende traumer ga høyere grad av posttraumatiske stressreaksjoner, kan skyldes flere grunner. En måte å forstå dette resultatet på er at barn som opplever gjentagende traumer er spesielt utsatt ved at traumatiske hendelser skjer jevnlig. En kan tenke seg at konsekvensen av dette er at gjentagende traumer forhindrer en naturlig helingsprosess av eventuelle symptomer som kan oppstå i etterkant av et traume. Dette bidrar til at symptomene opprettholdes heller enn at de reduseres. Hos barn som er utsatt for enkelthendelser går den naturlige helingsprosessen sin gang, og dette kan dermed resultere i mindre grad av symptomer på posttraumatisk stress.

En annen måte å forstå resultatet på er ut i fra Janoff- Bullmans teori om *grunnleggende verdensanskuelser*. Forfatteren hevder at traumer kan påvirke hvordan en person tenker om seg selv, om andre og om verden. Videre mener Janoff- Bullman at selv traumatiske enkelthendelser kan medføre at en persons positive verdensanskuelser brister. Ikke alle er enige i dette (for eksempel Brewin et al., 1996). Det kan tenkes at barn som er utsatt for

gjentagende traumer får mer negative verdensanskuelser enn barn som har opplevd enkelthendelser. Grunnen til dette er at det ved en enkelthendelse kan være lettere for personen å tenke at hendelsen var et *unntak* og at vonde ting ikke kommer til å skje igjen. Når traumatiske hendelser skjer regelmessig kan det være mer vanskelig for personen å tenke at dette kun er et unntak. Konsekvensen er at barn som har opplevd gjentatte traumer opplever verden som mer utrygg, at andre ikke er til å stole på, og at en selv er mindre verdifull enn andre mennesker. Slike bristende verdensanskuelser kan bidra til økt grad av symptomer på posttraumatisk stress, noe flere studier har vist (Dekel et al., 2004; Jind, 2001; Owens & Chard, 2001). Ved gjentatte traumer er det også rimelig å anta at en eller begge foreldrene ikke har vært tilgjengelig for å kunne beskyttet barnet. På denne måten har de heller ikke kunne bidra til at barnet opprettholder positive antakelser om at om verden er trygg, at de selv er en verdig person og at andre mennesker er til å stole på.

Ehlers og Clark (2000) mener at *fortolkning* har stor betydning for posttraumatiske stressreaksjoner. Forfatterne hevder at negative fortolkninger av den traumatiske hendelsen og ens reaksjoner i etterkant kan øke risikoen for posttraumatiske symptomer. Det å bli utsatt for gjentagende traumer kan tenkes å påvirke barnets grunnleggende syn på seg selv i større grad enn sett ved enkelthendelser. For eksempel kan barnet tenke: ”Hva sier dette om meg som må oppleve dette hele tiden?” Denne type tanker kan fremkalle en rekke negative emosjoner og dysfunksjonelle mestringsstrategier som vedlikeholder posttraumatiske stressreaksjoner.

Mens ikke-relasjonelle traumer ofte er enkelthendelser (for eksempel en bilulykke), er relasjonelle traumer ofte gjentagende. Eksempler på dette kan være vold og seksuelle overgrep, og det leder oss over til neste funn.

Vold og seksuelle traumer

I overensstemmelse med Copeland og kolleger (2007) viste resultatene i dette utvalget at vold og seksuelle traumer ga høyest grad av posttraumatiske stressreaksjoner sammenlignet med andre typer traumer. Dette tyder på at det i en klinisk kontekst er viktig å være spesielt oppmerksom på barn og unge som har opplevd denne type traumer. Disse funnene bidrar til å styrke antakelsene om at det er av betydning hvorvidt traumer har skjedd innenfor eller utenfor en relasjonell kontekst, og stemmer overens med tidligere studier som viser at

relasjonelle traumer gir større grad av posttraumatisk stress enn ikke-relasjonelle traumer (Lancaster et al., 2009; Krupnick et al., 2004; Green et al., 2000; Perkonig et al., 2000).

Så hva er det med seksuelle traumer og vold som gjør at barnet utvikler større grad av posttraumatiske stressreaksjoner enn sett ved andre typer traumer? Det kan være flere forklaringer på dette. Som nevnt tidligere kan vold og seksuelle traumer være mer gjentakende enn andre typer traumer, som for eksempel bilulykker eller naturkatastrofer som ofte er en enkelthendelse. Videre kan vold og seksuelle traumer være assosiert med mer skam enn andre typer traumer. Dette kan medføre at barnet holder hendelsen(e) for seg selv uten at noen voksne kan hjelpe barnet med fortolkning og meningsdannelse. Ved for eksempel voldtekt kan det være at barnet ikke tør å si fra til noen voksne om det som har skjedd. Konsekvensen av dette er at barnet kan konstruere sin egen fortolkning, mening og forståelse av hendelsen som kan være dysfunksjonell og feilaktig. Et annet aspekt ved vold og seksuelle traumer er at denne type traumer i større grad innebærer at barnet er utsatt for en annen persons makt, invadering og krenkelse sammenlignet med andre typer traumer. Barn som er utsatt for vold og seksuelle traumer er offer for at en annen person *intensjonelt* påfører det smerte.

Traumer innenfor og utenfor tilknytningsrelasjonen

I denne oppgaven var det ønskelig å undersøke om det spilte noen rolle for grad av posttraumatiske stressreaksjoner om traumene forekom innenfor eller utenfor tilknytningsrelasjonen. Resultatene viste at relasjonelle traumer som forekom *utenfor* barnets tilknytningsrelasjon ga mer symptomer på posttraumatisk stress enn traumer som var av *ikke-relasjonell* art. Det var en tendens til at barn som hadde opplevd traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen viste mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som hadde opplevd *tilknytningstraumer*, men dette resultatet var ikke signifikant.

Av barna som hadde opplevd *andre relasjonelle traumer* i dette utvalget var det mange som oppga at de hadde blitt angrepet, skadet eller truet av et annet menneske. Det som går igjen innenfor denne type hendelser er vold og mobbing fra jevnaldrende. Vold og mobbing er altså et stort problem som mange barn og unge i dette utvalget opplevde, og som resulterte i høy grad av posttraumatiske stressreaksjoner. Videre ser det ut til barn som opplever krig eller

voldtekt opplever dette som spesielt ille. Barn som har opplevd denne type hendelse(r) viser også høy grad av posttraumatiske stressreaksjoner.

Det var mot forventning at *tilknytningstraumer* ikke medførte mer symptomer på posttraumatisk stress enn *ikke-relasjonelle* traumer. Ut i fra både empiri og teori er det naturlig å tenke seg at tilknytningstraumer kan ha spesielt negative konsekvenser for barnet sammenlignet med andre typer traumer. Det er vanskelig å vite nøyaktig hva de uventede funnene kommer av. En forklaring på resultatet kan være relatert til hvordan tilknytningstraumer ble definert. I denne oppgaven innebar tilknytningstraumer hendelser hvor tilknytningspersonen enten var den som *påførte* barnet traumet eller selv var *utsatt*. Det kan hende at resultatene ville vært annerledes om det hadde blitt foretatt et skille mellom disse typer hendelser. Det kan tenkes at fysiske og seksuelle overgrep i tilknytningsrelasjonen innebærer mer svik og tillitsbrudd enn for eksempel ved en forelders dødsfall. Det kan også være at naturlige dødsfall gir andre former for symptomer enn posttraumatiske stressreaksjoner, som for eksempel depresjon eller sorgreaksjoner. Videre er det ikke usannsynlig at type dødsfall, og omstendighetene rundt, har betydning for hvilke reaksjoner barnet utvikler i ettertid. For eksempel kan det tenkes at en forelders selvmord, i motsetning til naturlig død, medfører ulike reaksjoner. I denne oppgaven ble altså alle hendelser hvor tilknytningspersonen var kilde til barnets traume samlet i en felles kategori.

Videre kunne kategorien *andre relasjonelle traumer* vært mer nyansert. Det kan være at enkelte typer traumer innenfor denne traumekategorien, som for eksempel vold fra jevnaldrende eller seksuelle overgrep (voldtekt), drar opp gjennomsnittet på totalskåren av CPSS. Omtrent alle barna som har opplevd seksuelle overgrep utenfor familien rapporterte dette som den verste hendelsen (20 av 22). En mer nyansert kategorisering kunne vært å dele inn denne gruppen av traumer i fysiske og seksuelle overgrep. Denne mer nyanserte inndelingen ble ikke gjort i denne oppgaven på grunn av for lite utvalg.

En annen måte å forstå de uventede funnene på kan være at barn som har opplevd tilknytningstraumer *underrapporterer* om hendelser og symptomer for å beskytte seg selv eller sine foreldre. Kanskje er barna redde for konsekvensene ved å rapportere om en voldelig forelder? En kan også tenke seg tilfeller hvor en av foreldrene blir utsatt for vold, og barnet ikke ønsker å belaste omsorgsgiver ytterligere med sine egne vansker. Et annet tilfelle hvor underrapportering kan være sannsynlig er ved incest, som er et samfunnsmessig tabuisert område. Det kan tenkes at barnet har ønsket om å skjule denne type erfaringer. Flere studier

har vist en tendens til underrapportering hos voksne når det gjelder sosialt uønsket og stigmatiserende atferd (Schaeffer, 2000). Det er ikke umulig å tenke seg at dette gjelder for barn også. Andre typer traumer, som for eksempel naturkatastrofer, er mer akseptert å snakke om, noe som antakelig gjør det lettere å rapportere om hendelsen og eventuelle symptomer.

En siste forklaring på at tilknytningstraumer ikke medførte mer symptomer på posttraumatisk stress, er at symptomer på PTSD, slik det er definert i DSM-IV, kanskje ikke er tilstrekkelig for å fange opp symptomtrykket eller tilstandsbildet som kan oppstå ved relasjonelle traumer i barnets omsorgsmiljø (Herman, 2001). Dette er tema i en pågående debatt om revidering av PTSD diagnosen for barn som har opplevd pågående traumer i tilknytningsrelasjonen (DeAngelis, 2007).

4.2 Type traume og symptomkategorier av PTSD

Det andre hovedfunnet i denne oppgaven var at *type* traume barna opplevde viste en sammenheng med *symptomkategoriene* av PTSD. Siden det ut i fra litteraturen ikke kunne forventes bestemte sammenhenger mellom type traume og symptomkategorier av PTSD, var analysene av en eksplorerende karakter.

Gjenopplevelse

Resultatene viste at barn som hadde opplevd relasjonelle traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen hadde signifikant høyere skåre på gjenopplevelse enn barn som hadde opplevd tilknytningstraumer. Dette var det eneste signifikante funnet når det gjaldt gjenopplevelse, og resultatet kan være vanskelig å tolke. En forklaring kan imidlertid være at det er mer eller mindre grad av traumepåminnere assosiert med de to ulike traumekategoriene. For eksempel kan en tenke seg at barn som har opplevd *tilknytningstraumer* stadig blir eksponert for traumepåminnere i hjemmet. Det kan være at disse barna gradvis desensitiviseres, både når det gjelder emosjonelle og fysiske reaksjoner knyttet til traumepåminnerne. Barn som har opplevd traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen vil antakeligvis ikke erfare en påtvunget eksponering for traumepåminnere, men kan ha mer mulighet til å aktivt *unngå* traumepåminnere. En kan tenke seg at dette er én forklaring på hvorfor barn som opplever andre relasjonelle traumer har høyere grad av gjenopplevelse.

Denne forklaringen er i tråd med Ehlers og Clark (2000) som hevder at aktive forsøk på å unngå tanker og følelser knyttet til traumet medfører økt grad av påtrengende minner. Videre hevder forfatterne at unngåelse av traumepåminnere kan *forhindre* et detaljrikt og kontekstualisert minne omkring den traumatiske hendelsen, som når det er til stede ville redusert påtrengende minner. Som nevnt tidligere kan det tenkes at aktiv unngåelse er mer sannsynlig hos barn som opplever relasjonelle traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen. Grunnen til dette er at barn som har opplevd *tilknytningstraumer* i liten grad har mulighet til aktiv unngåelse av personer eller situasjoner som minner om traumet, da traumet forekommer i barnets eget hjem.

Unngåelse

Når det gjelder *unngåelse* var det en nær signifikant forskjell mellom *andre relasjonelle traumer* og *ikke-relasjonelle traumer*. Det vi si at barn som hadde opplevd *andre relasjonelle traumer* hadde en tendens til å vise mer unngåelse enn barn som hadde opplevd *ikke-relasjonelle traumer*. En forklaring på denne forskjellen kan være at *ikke-relasjonelle traumer*, som for eksempel en bilulykke, er lettere for barnet å snakke om enn for eksempel en voldtekt. Barn som har opplevd ikke-relasjonelle traumer forsøker dermed ikke aktivt å unngå tanker, følelser og samtaler knyttet til traumet i like stor grad sammenlignet med barn som har opplevd *andre relasjonelle traumer*.

En annen forklaring på hvorfor relasjonelle traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen kan gi mer symptomer på unngåelse enn *ikke-relasjonelle traumer*, er at barn som er utsatt for denne type hendelser opplever krenkelser i mellommenneskelige relasjoner. En kan tenke seg at dette gir utslag i depresjonssymptomer. Det er vist at enkelte spørsmål på unngåelse overlapper med depresjonssymptomer (Williams & Moulds, 2007). Altså kan høyere grad av unngåelse hos barn som opplever andre relasjonelle traumer være et resultat at de er mer deprimerte.

Ofte er det også slik at relasjonelle traumer er mer langvarige enn ikke-relasjonelle traumer, noe som kan medføre større grad av unngåelse. Ut i fra denne forklaringen ville en ha forventet at *tilknytningstraumer* medførte signifikant høyere grad av unngåelse enn *ikke-relasjonelle traumer*, noe som andre studier har funnet (Fletcher, 1996; Deblinger et al., 1989). Resultater fra denne oppgaven viste derimot ikke dette. En kan imidlertid tenke seg at barn som opplever *tilknytningstraumer* benytter seg av andre mestringsstrategier enn aktiv

unngåelse av traumepåminnere for å redusere emosjonell og fysiologisk aktivering assosiert med disse, som for eksempel emosjonell nummenhet. I følge Foa, Riggs, og Gershuny (1995) vil emosjonell nummenhet oppstå når en persons aktive forsøk på å unngå traumepåminnere ikke lenger er effektivt for å redusere ubehaget knyttet til disse. Forfatterne foreslår videre at emosjonell nummenhet og aktiv unngåelse er to ulike fenomen. I CPSS samles symptomer på aktiv unngåelse og emosjonell nummenhet i en felles symptomkategori (unngåelse). Hvis barn som har opplevd *andre relasjonelle traumer* skårer like høyt på aktiv unngåelse som barn som har opplevd *tilknytningstraumer* skårer på emosjonell nummenhet, vil de oppnå lik totalskåre på symptomkategorien unngåelse. Dersom disse symptomene bunnar i to ulike prosesser, slik Foa et al. (1995) foreslår, vil dette medføre at eventuelle forskjeller i unngåelse mellom *tilknytningstraumer* og *andre relasjonelle traumer* ikke avdekkes.

Aktivering

Videre viste resultatene ingen forskjell i *aktivering* mellom de tre ulike traumekategoriene. Dette resultatet er i tråd med Fletcher (1996) som fant aktiveringssymptomer på tvers av ulike typer traumer. En forklaring på dette kan være at aktiveringssymptomer er et resultat av automatiske fysiologiske responser som oppstår i møte med trussel, og som er forankret i menneskers biologi og uavhengig av type traume en opplever. I motsetning til aktivering, kan det tenkes at symptomer på unngåelse og gjenopplevelse i større grad er et resultat av psykologiske prosesser hvor blant annet negative fortolkninger av selve hendelsen spiller en viktig rolle.

4.3 Eget fokus på tilknytningstraumer nødvendig?

Resultatene fra problemstilling 1 og 2 viste at det var større grad av posttraumatisk stress hos barn som hadde opplevd traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen sammenlignet med traumer som forekom i en annen kontekst. Dette var ikke i tråd med det en kunne forvente ut i fra litteraturen. Det finnes flere teorier og en rekke empiri som tyder på at det er avgjørende for barnets psykiske helse om traumet forekommer innenfor eller utenfor tilknytningsrelasjonen (Benum, 2007; Margolin & Vickerman, 2007; Herman, 2001; Pynoos et al., 1999; Janoff-Bullman, 1992; McLeer, 1992; Ainsworth et al., 1978). Det kan derfor tenkes at det er hensiktsmessig å skille tilknytningstraumer fra andre typer traumer, men at denne studien ikke

har klart å avdekke disse forskjellene. En forklaring kan være at CPSS ikke er det beste verktøyet for å fange opp den type vansker barn som har opplevd tilknytningstraumer utvikler. En annen forklaring kan være at de manglende funnene skyldes metodiske begrensninger, for eksempel relatert til at det er få barn i traumekategorien *ikke-relasjonelle traumer*. Dette gjør det mer vanskelig å oppnå signifikante funn. Metodiske begrensninger vil tas opp senere i diskusjonen.

4.4 Spiller antall hendelser noen rolle for grad av posttraumatisk stress?

Hypotesen under denne problemstillingen var at barn som hadde opplevd flere, ulike typer traumer viste mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som hadde opplevd færre traumatiske hendelser. For å undersøke dette, ble barna delt inn i tre ulike grupper etter Finkelhor et al. (2007b). Resultatene fra dette utvalget viste at det å oppleve flere enn fire ulike typer hendelser ga større grad av posttraumatiske stressreaksjoner enn det å oppleve én til tre forskjellige traumer. Resultatene viste ingen forskjell mellom det å oppleve en enkelthendelse til å oppleve to hendelser i grad av symptomer på posttraumatisk stress.

Funnene samsvarer med Finkelhor og kolleger sine funn om at det å oppleve flere, ulike typer traumatiske hendelser gir mer symptomer på posttraumatisk stress enn det å oppleve færre hendelser (Finkelhor et al., 2007a, 2007b, 2007c). Så hvorfor er det slik at multitraumatisering i større grad kan medføre posttraumatiske stressreaksjoner? En kan tenke seg at det å bli utsatt for flere ulike typer traumer innebærer en rekke ulike traumepåminnere som assosieres med de forskjellige hendelsene. For eksempel kan barn som har opplevd en bilulykke, voldtekt og vold i familien ha opptil flere traumepåminnere knyttet til de ulike hendelsene. Sirener, kraftige smell og blod kan minne om bilulykken, menn og etterbarberingsvann minner om voldtekten, og sinte fjes og folk som roper minner barnet om volden i hjemmet. Hver gang barnet utsettes for traumepåminnere utløses emosjonelle, fysiske og psykologiske reaksjoner, noe som gir et stort lidelsestrykk og kompliserer muligheten for bearbeiding av traumene.

Videre kan multitraumatisering medføre at barnet i større grad føler at verden er utrygg, at andre ikke er til å stole på og at det er noe galt med en selv som blir utsatt for alt dette. For barn kan det være vanskelig å forstå og kommunisere om denne type reaksjoner.

Multitraumatisering rammer altså barnets selvforståelse og utvikling i stor grad, hvor konsekvensen er et større lidelsestrykk.

4.5 Styrker og svakheter ved studien

Validitet og reliabilitet

Ytre validitet handler om hvorvidt resultatene fra en studie kan generaliseres til andre populasjoner (Ringdal, 2001). Denne oppgaven er basert på et klinisk utvalg og får dermed ikke med barn og unge som har opplevd traumer, men som ikke er i et behandlingssystem. Resultatene må antas å være lite representative for normalpopulasjonen siden studien er gjennomført på et klinisk utvalg. Det er dermed problematisk å generalisere resultatene utover en klinisk setting. Andre begrensninger ved utvalget var at det var flere jenter enn gutter. Litteraturen har vist at kjønn kan være en relevant variabel for hvilke hendelser barnet blir utsatt for, og grad av symptomer (Perkonigg et al., 2000; Ackerman et al., 1998). I forhold til etnisk bakgrunn bestod utvalget av flest norske barn. Fordi ikke-norske grupper er underrepresentert i denne studien, kan heller ikke resultatene si noe om sammenhengen mellom traumatiske hendelser og posttraumatiske stressreaksjoner i disse ikke-norske gruppene.

Videre kan ikke resultatene si noe om hendelser og symptomer i forhold til en eventuell PTSD diagnose. Grunnen til dette er at det i denne oppgaven ikke er benyttet et diagnostisk instrument, men et screeningverktøy for å måle posttraumatiske stressreaksjoner. Analysene er basert på *hele* utvalget som ble screenet for traumer og posttraumatiske stressreaksjoner, og ekskluderer dermed ikke barn med lav grad av symptomer.

Begrepsvaliditet refererer til ”grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det” (Kleven, 2002, s. 150). I denne oppgaven handler begrepsvaliditet om CPSS faktisk måler symptomer på posttraumatisk stress. Faktorstrukturen av måleinstrumentet CPSS ble ikke vurdert. Oppgaven tok utgangspunkt i tredelingen definert i DSM-IV, noe som også utviklerne av instrumentet hevder å finne i sine undersøkelser (Foa et al., 2001).

Det er usikkert om hvor lett det har vært for barna å svare på spørsmålene i CPSS. Det kan være at måleinstrumentet ikke var godt nok formulert for å fange opp symptomtrykket hos barna. Spesielt for de yngste barna kan det være at innholdet i spørsmålene i CPSS var vanskelig å forstå. Dette innebærer en trussel mot *innholdsvaliditeten* av CPSS, det vil si om spørsmålene er egnet til å fange opp det som søkes å bli målt (Ringdal, 2001). En fordel ved studien var imidlertid at en psykolog var tilstede når barna svarte på CPSS, og som kunne

hjelpe til hvis det var noen misforståelser eller uklarheter forbundet med innholdet i spørsmålene. En annen styrke ved studien var at alle barna i utvalget besvarte alle spørsmålene i spørreskjemaet.

Reliabilitet er et mål på stabilitet og indre konsistens ved en undersøkelse eller et måleinstrument (Ringdal, 2001). God stabilitet vil si at en oppnår samme resultater om testen gjentas på nytt under identiske forhold. I denne studien ble reliabilitet ved indre konsistens undersøkt. Indre konsistens kan måles ved Cronbachs alfa (Cortina, 1993). I dette utvalget viste CPSS god indre konsistens, rundt .70 for de tre symptomkategoriene.

Det er flere forhold ved denne studien som må tas i betraktning ved tolkning av resultatene. For det første har vi ikke informasjon om *hvor lenge* det er siden barnet opplevde de ulike traumene. Det som imidlertid er sikkert er at hendelsen har skjedd mer enn fire uker før henvisning til BUP. Selv om barna rapporterer om hendelser som har skjedd for en stund siden, ble analysene utført ut i fra den alderen de har i dag. Om barnet har opplevd et traume for lenge siden, kan det altså være at effekten av traumet ikke kom frem, siden posttraumatiske stressreaksjoner ofte reduseres over tid.

Videre ble posttraumatiske stressreaksjoner kartlagt ut fra den hendelsen som barnet rapporterte som den verste. Det er vanskelig å tenke seg at barn klarer å rapportere symptomer i forhold til en enkelthendelse, dersom det har opplevd en rekke traumatiske hendelser. En kan tenke seg at symptomtrykket på den verste hendelsen er påvirket av tidligere hendelser.

Kategorisering av traumer

Det å kategorisere traumer i rene kategorier er forbundet med mange utfordringer. Det er ikke alltid opplagt hvilken kategori traumet skal klassifiseres under, fordi traumer er et komplekst fenomen. Når det gjelder kategorisering i enkelthendelser og gjentakende traumer etter Terr (1991), kan det være vanskelig å avgjøre om et barn som har opplevd flere ulike enkelthendelser (som for eksempel en bilulykke, vold utenfor familien og naturkatastrofe) skal kategoriseres som type 1 eller type 2 traume. Et barn kan, i vårt utvalg, ha opplevd mange enkelthendelser, men ikke gjentatte hendelser av *samme* type. Hva som er type 1 traumer og type 2 traumer kan dermed tolkes på ulike måter.

I en mer tematisk inndeling, som for eksempel å gruppere vold, seksuelle traumer, vitne til traume og det å høre/ få vite om traume, kan det også medføre utfordringer. Er det for eksempel slik at en forelders suicidforsøk helst bør kategoriseres som *vitne* til traume, vold eller høre/få vite om alvorlig skade eller død? Videre blir alle hendelser som innebærer vold klassifisert i samme kategori. Hendelser som omfatter vold er imidlertid varierende, og det kan tenkes at det å være vitne til at foreldrene er utsatt for vold er forskjellig fra det være vitne til at en jevnaldrende er utsatt for vold.

4.6 Implikasjoner og konklusjoner

For det første indikerer resultatene at *type* traumatiske hendelse barn opplever har betydning for *grad* av posttraumatiske stressreaksjoner. Klinisk er dette av betydning for hvilke barn som vil ha størst behov for behandling etter en traumatisk hendelse. For eksempel viste resultatene at barn som hadde opplevd seksuelle overgrep og vold hadde høyere grad av posttraumatiske stressreaksjoner sammenlignet med barn som har opplevd andre typer traumatiske hendelser.

Resultatene viste at barn som hadde opplevd gjentatte traumer av samme type hadde mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som hadde opplevd enkelthendelser. Dette tyder på at barn som har opplevd gjentatte traumer kan ha et spesielt behov for behandling. Videre viste resultatene at barn som hadde opplevd relasjonelle traumer *utenfor* tilknytningsrelasjonen hadde høyest grad av posttraumatisk stress sammenlignet med barn som hadde opplevd ikke-relasjonelle traumer og tilknytningstraumer. Studien viser at det ville vært nyttig med fremtidige undersøkelser som ser på symptombildet som kan oppstå ved tilknytningstraumer spesielt, da denne gruppen barn viste overraskende lav grad av PTSD symptomer, fra hva som var forventet ut i fra teori og empiri. Når det gjelder tilknytningstraumer er det usikkert om posttraumatiske stressreaksjoner slik det er definert i DSM-IV er tilstrekkelig dekkende for denne typen traumer. Det kan være at barn som opplever tilknytningstraumer viser mer problemer knyttet til skam, selvbilde, identitet og emosjonsregulering enn at de uttrykker typiske posttraumatiske stressreaksjoner.

Resultatene viste videre at barn som hadde opplevd fire eller flere ulike traumatiske hendelser viste mer symptomer på posttraumatisk stress enn barn som har opplevd færre hendelser. Dette belyser viktigheten av å kartlegge barns erfaringer med *ulike* typer traumer i en klinisk

setting. Et viktig spørsmål for fremtidig forskning vil være å undersøke hvorvidt det er slik at noen barn er spesielt utsatt for å oppleve en rekke traumatiske hendelser.

Traumatiske hendelser kan ha store konsekvenser for barn og unge. Denne oppgaven peker på viktige risikomarkører for grad av posttraumatiske stressreaksjoner, relatert til *type* og *antall* opplevde hendelser. Resultatene belyser at barn som har opplevd bestemte typer traumer har økt risiko for å utvikle høy grad av posttraumatiske stressreaksjoner, og dermed vil ha spesielt nytte av traumefokusert terapi. Fremtidige studier bør se på om det er mulighet for å identifisere kjennetegn ved barna som opplever traumer med økt risiko for utvikling av høy grad av posttraumatiske stressreaksjoner.

Referanser

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, B.W., 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, 759-774.
- Adam, B. S., Everett, B. L., & O` Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23 (1), 3-8.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders* (s. 3-43). Chichester: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. utg., Text revision.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. utg., revidert)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3. utg.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 19, 108-123.

- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1, 101-118.
- Benum, K. (2007). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 22- 41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg). Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum.
- Cohen, J., Deblinger., & Mannarino, A. P. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guildford Press.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, J. E. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577- 584.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- DeAngelis, T. (2007). A new diagnosis for childhood trauma. *Monitor on Psychology*, 38, 32. Hentet fra <http://www.apa.org/monitor/mar07/diagnosis.aspx>, den 21.04. 2010.

- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989) Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 13, 403-408.
- Dekel, R., Solomon, Z., Elklit, A., & Ginzburg, K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Social Psychology*, 144, 407–420.
- de Vries, A. P. J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman- Slate, E., Gallagher, P. R., & Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 104, 1293-1299.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., & Bryant, D. M. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1-10.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. I E. J. Mash, & R. A. Barkley (red.), *Child psychopathology* (s. 242-276). New York: The Guilford press
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of polyvictimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403- 411.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and psychopathology*, 19, 149-166.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007c). Re-victimization in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479-502.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. H. (2001). The PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, (3) 376-384.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120.
- Ford, J. D., & Rogers, K. (1996). Traumatic events screening inventory for children (TESI-C). Version 8. 4. National center for PTSD and Dartmouth child psychiatry research group.
- Goenjian, A. K., Walling, D., Steinberg, A. M., Roussos, A., Goenjian, H. A., & Pynoos, R. S. (2009). Depression and PTSD symptoms among bereaved adolescents 6½ years after the 1988 Spitak earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 112, 81-84.
- Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated measures*. Thousand Oaks, Ca, US: Sage Publications.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., & Stockton, P. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286.

- Herman, J. L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror* (s. 115-129). London: BasicBooks.
- Janoff-Bullman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: The free press.
- Jensen, T. K., Dyb, G., & Nygaard, E. (2009). A longitudinal study of posttraumatic stress reactions in Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(9), 856-861.
- Jind, L. (2001). Do traumatic events influence cognitive schemata? *Scandinavian Journal of Psychology*, 113-120.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kleven, T. A. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I T. Lund (red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 141- 154). Oslo: Unipub forlag.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., & Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: Exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67, 264-279.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 712-723.

- Lancaster, S. L., Melka, S. E., & Rodriguez, B. F. (2009). An examination of the differential effects of the experience of DSM- IV defined traumatic events and life stressors. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 711-717.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. (1996). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of interpersonal violence, 11*, 162-180.
- Magwaza, A. S. (1999). Assumptive world of traumatized South African adults. *Journal of Social Psychology, 139*, 622-630.
- 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*, 613-619.
- McLeer, S. V., Deblinger, E. B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(5), 875-879.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole* (rapport 20:07). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Owens, G. P., & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(2), 178-191.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual* (3. utg). England: Open University Press.

- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Layne, C. M. (2009). DSM-IV PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 391-398.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 45, 1542-1554.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (s. 72-95). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In R. S. Pynoos (red.), *Posttraumatic stress disorder. A clinical review*. Lutherville: Sidran Press.
- Pynoos, R., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., ... Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.

- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (s. 166- 170). Bergen: Fagbokforlaget.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 163-188.
- Saul, A. L., Grant, K. E., & Carter, S. J. (2008). Post-traumatic reactions in adolescents: How well do the DSM-IV PTSD criteria fit the real life experience of trauma exposed youth? *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 915-925.
- Schaeffer, N. (2000). Asking questions about threatening topics: A selective overview. I A. A. Stone, J. S. Turkkan, C. A. Bachrach, J. B. Jobe, H. S. Kurtzman, & V. S. Cain (red.), *The science of self-report. Implications for research and practice*. New Jersey: LEA
- Schou, L., Dyb, G., & Graff- Iversen. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker (rapport 2007:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Sheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 163*, 644-651.
- Stormyren, S., & Jensen, T. K. (2008). Verdensanskuelser etter en katastrofe. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*, 1498-1506.
- Stubenbort, K., Greeno, C., Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (2002). Attachment quality and post- treatment functioning following sexual trauma in young adolescents: A case series presentation. *Clinical Social Work Journal, 30*, 23-39.

- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 121-127.
- Terr, L. (1991). Childhood trauma: An outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Terr, L. (1981). Psychic trauma in children: Observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138, 14-19.
- Thabet, A. A. M., & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 385 –391.
- Vernberg, E. M., La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of abnormal psychology*, 105(2), 237-248.
- Yule, W. (1998). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Its Treatment. I T. W. Miller (red.), *Children of trauma: Stressful life events and their effects on children and adolescents* (s. 219- 243). Madison: International Universities Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Williams, A. D., & Moulds, M. L. (2007). Cognitive avoidance of intrusive memories: Recall vantage perspective and associations with depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1141-1153.

Appendix I

TESI – C: Traumatic Events Screening Inventory for Children

Benyttes i samtlige inntakssamtaler. Leveres deretter i utfylt stand til teamsekretær.

Saksnr: _____

TESI foretatt av: _____ Dato: _____

1 JA NEI Har barnet ditt noen gang vært utsatt for eller vært vitne til en alvorlig ulykke som for eksempel en bilulykke, et fall eller en brann?

2 JA NEI Har barnet ditt noen gang vært utsatt for en naturkatastrofe?

(kraftig storm, tornado, oversvømmelse, tsunami, snøstorm, jordskjelv, truffet av lynet?)

3 JA NEI Har barnet ditt opplevd at noen han /hun var glad i ble virkelig hardt skadet eller alvorlig syk, eller døde plutselig og uventet?

4 JA NEI Har barnet ditt hatt veldig skremmende opplevelser i forbindelse med operasjon eller overnatting på sykehus?

5 JA NEI Har barnet ditt noen gang blitt angrepet eller skadet av et annet menneske eller opplevd å bli truet med det?

6 JA NEI Har barnet ditt noen gang blitt overfalt/ranet?

7 JA NEI Har barnet ditt noen gang blitt bortført eller kidnappet?

8 JA NEI Har barnet ditt noen gang sett noen andre slåss eller angripe hverandre? Med våpen eller kniv?

9 JA NEI Har barnet ditt noen gang sett noen i familien slåss eller angripe hverandre? Med våpen eller kniv?

10 JA NEI Har barnet ditt blitt slått, sparket eller lugget av noen i hjemmet? (gjelder ikke vanlig slåssing mellom søsken)

11 JA NEI Har barnet ditt noen gang blitt berørt på kjønnsorganer eller på noen måte blitt utsatt for seksuelt overgrep?

12 JA NEI Har barnet ditt opplevd andre ting som kan ha gjort at det ble fryktelig redd eller skremt?

I så fall hva: _____

Konklusjon: JA NEI Har opplevd noe av det ovennevnte

TESI-C The National Center for PTSD * Dartmouth Child Trauma Research Group february 24, 1997.

Oversatt av NKVTS, siste revisjon 24.05.09

Appendix II

PTSD symptom skala for barn

Navn: _____ Dato: _____

Nedenfor finner du en liste med problemer som barn og unge noen ganger opplever etter at de har opplevd en oppskakende hendelse slik som du har. Les hver av dem nøye og sett en sirkel rundt det tallet (0 – 3) som best beskriver hvor ofte problemet har plaget deg den siste måneden. Tenk på den hendelsen som har plaget deg mest.

0	1	2	3
Ikke i det hele tatt, eller bare en gang	En gang i uken eller mindre/ en gang i blant	2 til 4 ganger i uken / halvparten av tiden	5 eller flere ganger i uken / nesten hele tiden

- (1) 0 1 2 3 Oppskakkende tanker eller bilder av hendelsen(e) har dukket opp i hodet ditt når du ikke ville det
- (2) 0 1 2 3 Har hatt vonde drømmer eller mareritt
- (3) 0 1 2 3 Handlet eller følt som om hendelsen(e) skjedde igjen (hørt noe eller sett et bilde av det og følt det som om jeg var der igjen)
- (4) 0 1 2 3 Følt deg oppskakket når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e) (for eksempel følt deg redd, sint, trist eller skyldig osv.)
- (5) 0 1 2 3 Har hatt kroppslige reaksjoner når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e), (for eksempel begynt å svette, fått hjertebank)
- (6) 0 1 2 3 Prøvd å ikke tenke på, snakke om eller ha følelser om hendelsen(e)

- (7) 0 1 2 3 Prøvd å unngå aktiviteter, mennesker eller steder som minner deg om de traumatiske hendelsen(e)
- (8) 0 1 2 3 Ikke klart å huske viktige deler av de oppskakende hendelsen(e)
- (9) 0 1 2 3 Har vært mye mindre interessert i, eller ikke gjort, de tingene du pleide å gjøre
- (10) 0 1 2 3 Ikke følt deg nær menneskene rundt deg
- (11) 0 1 2 3 Ikke klart å ha sterke følelser (for eksempel ikke klart å gråte, eller ikke klart å være veldig glad)
- (12) 0 1 2 3 Følt at dine planer eller håp for fremtiden ikke kommer til å skje (for eksempel at du ikke vil få jobb eller bli gift eller få barn)
- (13) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å sovne eller sove gjennom natten
- (14) 0 1 2 3 Følt deg irritabel eller hatt raseriutbrudd
- (15) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å konsentrere deg (for eksempel mistet tråden i en film på TV, glemt hva du har lest, ikke greid å følge med på skolen)
- (16) 0 1 2 3 Har vært overdrevent forsiktig (for eksempel sjekket hvem eller hva som er rundt deg)
- (17) 0 1 2 3 Har vært nervøs eller lettskremt (for eksempel når noen kommer gående bak deg)