

Marie Kristine Bermingrud Lindberg

## **Massetraume og emosjonelle vansker**

En vurdering av Traumefokusert CBT for barn med hensyn til emosjonsregulering og utviklingsnivå.

**Hovedoppgave**

**Psykologisk institutt**

**Vår 2012**

## **Sammendrag**

Hensikten med denne oppgaven var å vurdere om opplevd massetraume vil påvirke barns emosjonsregulering. Samtidig har jeg vurdert om en evidensbasert behandlingsform tar hensyn til emosjonsreguleringen og utviklingsnivå i behandling av PTSD hos barn. Først har jeg sett på teori om emosjonsregulering, PTSD og utviklingspsykologi. Deretter har jeg presentert noen behandlingsformer, og sett på hvorvidt manualen fra TF-CBT tar hensyn til barnets emosjonsregulering som en del av behandlingen. Basert på eksisterende litteratur fant jeg ut at mange variabler spiller inn i forhold til utvikling av god emosjonsregulering; blant annet foresattes involvering og takling av traumet, barnets alder og individuelle forskjeller i det enkelte barn. Mer forskning kreves for å finne ut om dårlig emosjonsregulering er en følge av opplevd massetraume eller om det er en sårbarhet som medvirker til utviklingen av PTSD etter opplevd massetraume. Det bør også fokusere mer på terapeutens rolle i behandlingsmanualer og i litteratur som omhandler behandling.

## **Innledning**

Å ha en god emosjonsregulering er en stor fordel. Hvordan barn håndterer emosjonell arousal når de er sammen med andre barn, påvirker kvaliteten på deres sosiale fellesskap med andre (Eisenberg, Fabes, Carlo & Karbon, 1992). Det er kjent at problemer med emosjonsregulering kan være årsak til psykiske vansker. Det er blitt mer og mer vanlig å tenke på fellesfaktorer som årsak til problemer, og ikke bare tenke symptom og diagnose (Tetzchner, 2005). Det er nylig skrevet en bok hvor emosjonsregulering blir sett på som et grunnfenomen som kan være i ubalanse hos barn med forskjellige typer problemer (Jakobsen & Svendsen, 2010), blant annet PTSD. PTSD beskriver de forholdene en person erfarer når traume-relaterte symptomer eller vanskeligheter i hverdagen på grunn av traumet varer i minst en måned (Friedman, 2006). Fra et globalt perspektiv vil det å være utsatt for et traume som krig og naturkatastrofer hende mange. Men i Norge er dette noe kun få av oss opplever (Hankin & Abela, 2005). Allikevel er det norske studier som indikerer at nesten halvparten av alle barn som henvises BUP kan ha opplevd skremmende eller potensielt livstruende situasjoner (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012). Internasjonalt er opplevelser fra krig vanligste opplevde traume (Freberg, 2006). Et massetraume oppstår som et resultat av en skummel, potensielt livstruende hendelse som blir erfart av mange mennesker samtidig. Eksempler på massetraume er naturkatastrofer, transportulykker, krig, skuddvekslinger og terrorisme. Det finnes lite litteratur om de massetraumene som er bevisst forårsaket av en person. En slik type massetraume skaper spesielle utfordringer i forhold til behandling siden menneskene som har opplevd det, ofte er forvirret og har mistet troen på godheten i menneskene (Webb, 2004). For barn kan dette være en spesielt traumatisk opplevelse, for de er ofte uskyldige ofre i slike sammenhenger (Davis og Siegel, 2000). Det er også slik at reaksjonen på traumet kan variere avhengig av både type traume, alder og utviklingsnivå. Ehring og Quack

(2010) fant ut at traumer av lang varighet, på et tidlig tidspunkt i livet, ved traumer av mellommenneskelig art ga større vanskeligheter med emosjonsreguleringen sammenlignet med de som opplevde traumer senere i livet. Det som best predikerer om man får diagnosen PTSD etter en traumatisk opplevelse, er styrke, lengde og nærhet i forhold til den potensielt traumatiske hendelsen (Hankin & Abela, 2005).

Selv om man tar hensyn til både type traume og alder, så kan man ikke vite hvem som utvikler PTSD. Det handler om hvordan vi reagerer på potensielt stressende hendelser. Man har funnet endret størrelse på noen formasjoner i hjernen hos mange med PTSD, men det betyr ikke det at denne sårbarheten nødvendigvis kun er biologisk. Man tror også at kvaliteten på tidlig interaksjon med foreldrene kan gi varige forandringer i nervesystemet. Disse kan være spesielt kritiske for kognitiv og emosjonell fungering, og videre gi en økt sårbarhet for utvikling av blant annet PTSD (Bagot, Parent, Bredy, Zhang, Gratton & Meaney, 2007). Foreldrenes reaksjoner kan også være en medierende stressfaktor for barnet (Davis og Siegel, 2000). Det ser ut til at det nevrobiologiske er en risikofaktor for utvikling av PTSD på et universalt plan. Samtidig kan man si at vår reaksjon på stress er formet av både utviklingsmessige, sosiale og kulturelle kontekster (Lemelson, Kirmayer & Barad, 2007). Det finnes mest forskning på barn som er blitt utsatt for seksuelle misbruk, men hvordan er det med de barna som blir utsatt for ett enkelt massetraume? Dette ønsker jeg å svare på ved denne oppgaven: "Hvordan kan tidlige massetraumer og traumatisk død av foreldre påvirke en 10årings emosjonsregulering? Og i hvilken grad tar Traume-fokusert CBT (kognitiv atferdsterapi) hensyn til emosjonsregulering og utviklingsnivå?"

## **Avgrensning**

I denne oppgaven vil jeg først belyse den emosjonelle utviklingen hos barn i skolealder.

Hjerne og sinn representerer ulike nivåer for å beskrive menneskelig fungering.

Hjernens prosesser er elektrokjemiske. Sinnets prosesser er perseptuelle, motoriske, kognitive og emosjonelle (Tetzchner, 2001). Jeg vil se på disse nivåene sammen for å diskutere problemstillingen. Deretter vil jeg se på de forskjellige behandlingsmodellene som finnes for barn i denne alderen. Jeg vil i ta for meg TF-CBT. Jeg vil videre vurdere om TF-CBT tar hensyn til barnets emosjonsregulering på det aktuelle tidspunktet i utviklingen.

Tilknytning ses som sentralt når det kommer til utvikling av emosjonsregulering. Jeg vil derfor bruke teori om tilknytning og også vise viktigheten av tilknytning gjennom å se på biologiske endringer som er assosiert med dette.

Det meste av forskningen som er blitt gjort i forhold til barn med traumer, er gjort på barn som er utsatt for seksuelle overgrep. Jeg vil i utgangspunktet bruke forskning som ikke er gjort på seksuelle overgrep, men heller bruke studier som har forsket på barn utsatt for traumer som krig, terror eller andre større kriser. Det er mange andre viktige aspekter i forhold til behandling av barn med traumer, men disse er det ikke tatt hensyn til da de faller utenfor oppgavens problemstilling og fokus. Jeg kunne blant annet sett på hvordan ulike kulturer påvirker hvordan vi oppfatter en traumatisk hendelse og videre har noe å si for behandlingen. Jeg kunne også sett på hvordan gutter og jenter håndterer og reagerer på traumer ulikt.

## **Begrepsavklaring**

I oppgaven brukes DSM som definisjon for diagnosen PTSD da det er DSM som brukes mest i forskning. Barn er personer under 18 år. Oppgaven fokuserer på barn i barneskolealder; det vil si fra 6-12 år.

Det blir brukt mange ord for å beskrive barn som opplever traumatiske hendelser. Ordet overgrep kan sammenfatte flere typer traumatiske overgrep mot barn eller deres nærmeste og vil bli brukt i denne oppgaven. Betegnelsen emosjon vil bli brukt for begrepene affekt, emosjoner og følelser. Risiko og beskyttelsesfaktorer blir viktige begreper i oppgaven. «Risiko betyr at det er egenskaper ved barn eller omgivelser som kan føre til utviklingsmessige avvik. Beskyttelse betyr at det er egenskaper ved barn eller omgivelser som kan føre til at barn klarer seg godt selv om de er i risiko» (Tetzchner, 2001, s. 18, Egen oversettelse). Når jeg vurderer behandlingsmanualen, vil jeg ta for meg en evidensbasert metode. I 2007 ble det vedtatt i Norsk psykologforening en prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis: “Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål. Hensikten med EBPP er å fremme en virksom, effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasus formulering, behandlingsrelasjon og intervensjon” (Norsk psykologforening, 2007, s. 1.).

## **Hoveddel**

### ***PTSD***

PTSD er den diagnosen som er knyttet til symptomene som kan oppstå etter opplevd traume. Kriteriene for å diagnostisere PTSD har forandret seg over tid, men kravet om en traumatisk opplevelse har alltid vært en del (Friedman, 2006). I ICD-10 kommer PTSD-diagnosen under

kategorien tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning. Kategorien skiller seg ut fordi lidelsene i denne kategorien kan identifisere på grunn av deres kjente årsak. Men det nevnes også at predisponerende faktorer kan gjøre at man lettere utvikler syndromet (Statens helsetilsyn, 2008).

PTSD består av gjenopplevelsessymptomer, unngåelsesatferd og hyperaktivitet. Ved unngåelsesatferd kan symptomene ses som strategier for å unngå å få en gjenopplevelse av traumet. Denne atferden viser seg i at man unngår bestemte tanker, følelser, aktiviteter, plasser eller mennesker som er relatert til traumet. Det kan også skje at man undertrykker alle følelser for å prøve å blokkere ut de følelsene man ikke ønsker. (Friedman, 2006).

Når traumer først ble introdusert i DSM3 som diagnosekriterie for PTSD, ble det definert som en katastrofal stressor som ville stresse de fleste. I dag er katastrofen fortsatt en del av kriteriet for å få diagnosen, men det er ikke nok. Den emosjonelle responsen til den utsatte er det som bestemmer om hendelsen var traumatisk (Glasø et al. 2009). Dette gjør at definisjonen av hva som er et traume, blir subjektiv for den enkelte (Friedmann, 2006). I tillegg til symptomene som er nevnt over, skriver NICE (2005) om emosjonell følelseløshet som kan inkludere manglende følelsesopplevelser, frakoblede følelser, lite interesse for viktige aktiviteter og hukommelsestap for viktige hendelser. Det er også funnet at pasienter med PTSD har atferdsmessige og nevrobiologiske svekkelser i forhold til emosjonsregulering sammenligner med friske kontroller (Lanius, Bluhm og Frewen, 2011).

For å bestemme om man har PTSD-diagnosen må man ha tre av de fem symptomene. Dette gjør at de som får lidelsen, kan fremstå ulikt. I tillegg vil PTSD-symptomene variere med utviklingsstadiet. Barnets utviklingsstadie påvirker hvordan barnet gir mening til hendelsen, og hvordan barnet emosjonelt og kognitivt håndterer hendelsen. Jo eldre barna blir, jo mer ligner symptomene voksensymptomer. Barn viser flere reaksjoner

gjennom lek og tegning enn ungdom gjør. Manglende kognitive og språklige ferdigheter gjør at det kan være vanskelig å uttrykke deres tanker og følelser. Derfor kan barn i skolealder og yngre vise mer generaliserte angstsymptomer. Barn kan minimalisere sine symptomer for å beskytte foreldre eller for å hindre diskusjon om den traumatiske hendelsen (Cohen, Berliner og March, 2000). Det er vanskeligere å utrede reaksjonene hos veldig unge barn sammenlignet med de som er litt eldre (Salter og Stallard, 2008).

Det er interaksjonen av mange faktorer som gir utslag av symptomer og videre PTSD-diagnosen. Fra et biologisk perspektiv kan PTSD ha langtidseffekter på nevrokjemiske stressresponser. En enkelthendelse som tar livet av en av foreldrene eller gir barnet mye smerte, kan gi personlighetsforandringer og nummenhet, selv om dette er vanligere i repeterende traumer over tid (Davis og Siegel, 2000).

### **Nevropsykologiske aspekter på utviklingen av PTSD**

To av symptomene på PTSD er hukommelsessvikt og gjenopplevelsesminner. Disse symptomene viser at traumer kan endre vår hukommelse. I følge Freud kan minner som var traumatiske, bli så utilgjengelige at de forsvinner. Ved gjenopplevelsesminner er det motsatt. Minnene blir så virkelige og påtrengende at de kan gjenkalles med stor presisjon. En forklaring på dette er at de to hukommelsessystemene våre ikke koordinerer som de skal. Det er stresset som er årsaken til denne endringen (Freberg, 2006). Det er det samme stresset vi blir utsatt for under en traumatisk opplevelse som ved andre stressende situasjoner, men det er en stor forskjell i intensiteten. Intensiteten gjør at stressresponseren lager et brudd i kroppens homeostatiske barriere, som videre vil føre til organødeleggelse. Dette gjør at HPA-systemet blir mer følsomt og reaktivt til triggere (Therani, 2004). Det som alltid er usikkert, er om



endringene vi måler i hjernen hos PTSD-offeret skjer under selve traumet, eller om det kommer senere som en adaptasjon på de kroniske symptomene ved PTSD. En studie så på amygdala og hippocampus hos tvillinger som var blitt utsatt for traume, men som ikke utviklet PTSD. Hos tvillingene så de ingen endring av hippocampus og amygdala. Men ved studier av mennesker med PTSD ser man ofte en mindre hippocampus og amygdala-formasjon enn hos kontrollgruppen (Freberg, 2006). Man har også funnet at de med PTSD har lavere nivå av kortisol enn kontrollgruppen (Hansen et al. 2006).

Hjernen vår er plastisk. Nye nettverk dannes og gener kan slås av og på. Plastisiteten påvirkes av våre opplevelser og i samspill med andre. En slik plastisitet gir oss informasjon om at en dårlig start kan sette spor. De forskjellige hjerneområdene fortsetter å utvikle seg etter fødselen (Eide-Midsand, 2010). Tidlig stress produserer nevrobiologiske endringer som har potensiale til å skape varige endringer i hjernens utvikling; blant annet redusert størrelse på den midtre delen av hjernestammen og dempet utvikling av venstre neokorteks, hippocampus og amygdala. De funksjonelle endringene er blant annet økt elektrisk irritabilitet i limbiske strukturer. Disse endringene kan være viktige i utviklingen av psykiske lidelser i barndommen (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, Navalta og Kim, 2003). De dype strukturene dannes først, mens hjernebarken er sent ferdig. Dermed vil tidlige påkjenninger sette spor i de dype primitive strukturene. Det er her alarmsenteret er, og ved sterk alarm vil ikke de rasjonelle, høyere funksjonene få regulert responsen (Eide-Midsand, 2010). Frontallapsutviklingen fortsetter inn i ungdomstiden. I denne utviklingen vil erfaring selektivt forsterke noen nevrale nettverk og eliminere andre. Omsorgspersonens respons til barnets emosjonelle responser kan forsterke eller dempe utviklingen av emosjonsregulering ved selektivt å forsterke nevrale forbindelser. Spesielt er det prefrontale korteks som er involvert i emosjonsreguleringen. Hjerneskade her fører ofte til vanskeligheter med å regulere emosjoner (Ashman & Dawson, 2002). I PTSD tror man symptomene kommer over tid som et resultat av nevrale nettverk

som er assosiert med den emosjonelle hukommelsesresponsen som blir reaktiv og også utvider seg til nabonettverk, eller at PTSD-symptomene kommer som et resultat av det tidlige barndomsmiljøet med manglende responser og tilknytning. I dette miljøet vil kanskje ikke det nevralt systemet utvikle seg riktig (Lanius, Bluhm og Frewen, 2011).

Både genetiske og miljømessige faktorer sammen med den traumatiske hendelsen utgjør risiko for å utvikle PTSD og PTSD-symptomer. Man tror at synaptisk plastisitet er det som ligger bak læring og hukommelse. Mennesker med PTSD viser en overfølsomhet til stress, og en overgeneralisering til frykt (Mahan og Ressler, 2011). Hippocampus er en viktig del av det limbiske system. Det blir foreslått at hippocampus skal sammenligne forventede hendelser med de virkelige hendelsene. Når hendelsene ikke matcher, vil hippocampus sende signaler som gjør at organismen handler adaptivt i forhold til en negativ hendelse, slik som ved angst. Altså vil "overraskelser" spille en viktig rolle i assosiasjonslæring. Overraskende hendelser vil forsterke læring (Goosens, 2011).

### ***Utviklingspsykologi***

Utvikling defineres av Tetzchner (2001) som: «den prosessen som til sammen fører til at barn får sine fysiske, kognitive og personlighetsmessige egenskaper, og etablerer sine personlige relasjoner og sin plass i samfunnet» (Tetzchner, 2001. s.5, egen oversettelse). Disse endringene skjer som et resultat av biologiske og miljømessige forhold. Vi bruker hovedeffekter, interaksjonseffekter og transaksjonseffekter for å forstå forandringene. Transaksjonsmodellen handler om hvordan mennesker og miljø utvikler hverandre (Tetzchner, 2001). Transaksjonsmodellen er en samling av teorier. Kvello (2008) legger frem åtte dimensjoner i sin fremstilling av transaksjonsmodellen. Han legger vekt på at utvikling er en gjensidig prosess mellom individ og miljø, at den er en kombinasjon av arvelige og biologiske forhold, at læring baseres på utvikling og støtte i barnets

nærmeste utviklingssone, at utviklingen avhenger av hvilke risiko og beskyttelsesfaktorer man eksponeres for og håndteringen av disse.

Påvirkningsfaktorene er i kontinuerlig endring, og forståelsen må inkludere en tidsdimensjon (Kvello, 2008).

Samspeilet mellom organismens gener og egenskaper ved omgivelsene i utviklingen av individuelle forskjeller er av mange regnet som det mest grunnleggende temaet i utviklingspsykologien. Det er et vanlig synspunkt at hendelser i den tidlige utviklingen vil sette varige preg på utviklingen, eller sette kursen for utviklingsforløpet som blir fulgt i senere perioder (Tetzchner, 2001).

### **Grunnleggende antagelser**

Janoff-Bulman (1992) har skrevet en bok om traumer og setter dette i sammenheng med våre grunnleggende antagelser. I bunnen av hans teori ligger utviklingspsykologi.

I utgangspunktet har vi alle noen tanker om verden, disse tankene tar vi for gitt. Tankene påvirker hvordan vi handler i forskjellige situasjoner. Antagelsene har vi lært og erfart gjennom flere år. Ting som skjer oss, er som regel gode. Fra dette konstruerer vi vår verden som typisk god. I en meningsfull verden kan vi predikere fremtiden. Vi kan også kontrollere hva som kommer til å skje med våre egne handlinger (Janoff-Bulman, 1992).

De grunnleggende antagelsene blir dannet i barndommen sammen med våre foreldre som gir oss erfaringer. De første sosiale interaksjonene gjør at vi utvikler et syn på verden og oss selv som gjør det mulig for oss å fortsette å føle beskyttelse, selv om verden viser mange vonde ting (Janoff-Bulman, 1992). Det er hele tiden ting vi kan bekymre oss over. Men for å skulle kunne utforske og lære å leve må vi være trygge. Disse tankene kan virke som fantasi, men de er laget på bakgrunn av virkelige positive erfaringer fra barndommen (Janoff-Bulman, 1992).

Janoff-Bulman (1992) legger vekt på at disse grunnleggende antagelsene ikke endres så lett. Men det som kan endre disse, er traumatiske hendelser. Tankene våre blir utfordret når psykologiske kriser oppstår. Våre normale endringer av skjema skjer ved at ny informasjon akkomoderes inn i allerede eksisterende skjema. Men disse traumene passer ikke inn i våre skjema og kan da ødelegge disse antagelsene (Janoff-Bulman, 1992). Dette fører til at vi må lage nye antagelser om oss selv og verden. Dette er en krevende oppgave som kan føre til angst og forvirring, som er vanlig ved PTSD (Glasø et al. 2009).

De grunnleggende antagelsene kan sammenlignes med det kognitive skjemaet. De som overlever en krig eller et traume, vil ha sterke følelser både under og etter traumet. Disse følelsene kommer i utgangspunktet for at vi skal beskytte oss. Disse emosjonene er adaptive til den bestemte traumatiske episoden. Det er når de oppleves i andre situasjoner, at de er problematiske. Den traumatiske opplevelsen har gjort at vi er blitt bevisst på at vi kunne dø i denne situasjonen. Dette overføres også til vårt generelle bilde av oss selv og verden (Wastell, 2005).

### **Emosjonsregulering**

Emosjoner kommer til uttrykk gjennom ansiktsmimikk, kroppsholdning, bevegelse, språk og lyder. Forståelse omfatter gjenkjenning av slike uttrykk hos andre. Emosjonell opplevelse dreier seg om den bevisste gjenkjenningen av egne emosjoner. Emosjoner retter mennesket mot bestemt stimulering, å løse problemer eller unngå farer.

Regulering av emosjoner omfatter evnen til å regulere intensiteten på den emosjonelle opplevelsen og kontrollere handlingsimpulser som følger av den (Tetzchner, 2001).

Emosjonsregulering er prosessen hvor man innleder, unngår, opprettholder, modulerer og endrer hendelsen, intensiteten eller varigheten av indre følelsetilstander, emosjonsrelaterte fysiologiske prosesser, og/eller emosjonsrelaterte kognisjoner og mål, for å oppnå ens mål

(Eisenberg, 2002). Regulering og mestring kan ses på som synonymer. Det å mestre en situasjon handler også om regulering. Man mestrer situasjonen ved bruk av ulike strategier. Med alderen får man andre, flere og bedre strategier. Tidlig får man hjelp av voksne og foreldre i reguleringen. Etter hvert regulerer man seg selv og søker hjelp hos jevnaldrende (Tetzchner, 2005).

Emosjonsregulering er en grunnfunksjon som utvikles gjennom hele barne- og ungdomstiden. Funksjonen utvikles i samspill med miljøet og påvirkes av både emosjon og kognisjon. Tidlig skjer emosjonsregulering i samspill med andre nære personer, og dette forutsetter felles oppmerksomhet. Emosjonsregulering inneholder både autonom aktivering, kognisjon og regulering av kraft. Reguleringen er ulik på ulike alderstrinn. En femåring er både dårligere til å regulere sinne, og sinnet har ofte en annen form enn en 10-åring. De første atferdstilstandene reguleres av barnets foreldre gjennom ytre påvirkning. Etter hvert regulerer vi gradvis det reaktive i emosjonen mer og mer på egenhånd, mens det autonome alltid vil påvirkes i samhandling med andre. Når barnet er fra 6-11 år, har foreldrene gått fra å være samarbeidende i spillet til å bli overvåkende og støttende (Jacobsen & Svendsen, 2010).

Emosjonene våre er viktige for overlevelse, og de fungerer som signaler i sosial samhandling. De kroppslige reaksjonene kan påvirke vår kognisjon samtidig som kognisjonen kan påvirke det kroppslige. Det er viktig at vi er i stand til å regulere det kroppslige som oppstår fra kognitive prosesser, som f.eks. når vi gruer oss til en fremføring. Det reaktive i emosjonen kan vi også regulere ved at vi bruker kognitive prosesser til å differensiere, regulere og rette kraft og oppmerksomhet. En god emosjonsregulering er å tilpasse kraft og intensitet til konteksten slik at hvileaktivering gjenfinnes. En god regulering fremstår forskjellig avhengig av barnets alder (Jacobsen & Svendsen, 2010). Vi kan endre vår oppmerksomhet for å få et nytt fokus eller vurdere situasjonen på nytt. Slike strategier bruker voksne hele tiden.

Foreldrene påvirker hvordan barna håndterer egne og andres emosjoner. Foreldre som er støttende og lærer barna ulike måter å håndtere spesielt negative følelser og negative situasjoner kan føre til at barna er mer sympatiske i situasjonen og gir en adaptiv sosial reaksjon (Eisenberg, Fabes, Carlo og Karbon, 1992).

Emosjonsregulering er en fleksibel prosess som gjør at individet kan bruke emosjonelle responser for å nå mål. Men emosjonsregulering gjør også at barn kan velge å dytte følelser ut av deres bevissthet. En slik regulering kan vi heller kalle kontroll. En slik kontroll krever energi og oppmerksomhet og gjør det vanskeligere for barnet å engasjere seg i miljøet. En slik utestengning av emosjoner gjør også at barnet mister informasjonen som følger med emosjonen.

Å få til en god emosjonsregulering er en av utviklingsutfordringene tidlig i barndommen. Mange som sliter med samarbeid, sosial kompetanse og psykopatologi, har dårlig emosjonsregulering, men det er vanskelig å si om disse vanskene har ført til dårlig emosjonsregulering eller om de er et resultat av dårlig emosjonsregulering (Grolnick, McMenemy & Krowski, 2006).

Som et resultat av barns alarmsystem har traumatiserte barn vanskeligheter med å kjenne igjen og reagere på stressorer. De kan føle seg aroused hele tiden og de kan ha problemer med å identifisere og regulere følelsene sine. Noen eldre barn begynner å ruse seg som "regulering". Det er derfor viktig å forebygge og behandle en traumatisk og dysfunksjonell selvregulering. En slik forstyrrelse av utviklingen av emosjonsreguleringen kan oppstå som resultat av beskyttelsesmekanismer som har kommet foran normal utvikling. Nye erfaringer

skal hjelpe barnet å få tilbake sine styrker og kapasitet heller enn å reparere noe som er ødelagt (Ford, Albert & Hawke, 2009).

Psykologisk traume er enestående i det at det automatisk skaper endring i selvreguleringen slik at man sikrer overlevelse, men det kan gå utover den vanlige psykososiale fungeringen. Barn er ekstremt flinke til å tilpasse seg, også til traume. Men lenge etter den traumatiske situasjonen er over vil barnet fortsatt være våken for stimuli og kroppen klarer ikke stoppe og beskytte og mobilisere beskyttelse. I denne beskyttende tilstanden vil den vanlige selvreguleringen bli forstyrret fordi persepsjon, emosjon og hukommelse er fokusert på å reagere på ytre trusler heller enn kreativ lek og utforsking (Ford, Albert & Hawke, 2009).

To modeller kan forklare utviklingen: Den affektive modellen legger vekt på barnets og omsorgsgiverens erfaringer. De mener emosjonell erfaring er nødvendig for barnets emosjonelle forståelse. Denne erfaringen kommer fra en god tilknytning. Videre vil erfaringene lagres i indre arbeidsmodeller som brukes som guide i emosjonelt vanskelige situasjoner.

Den kognitive modellen legger vekt på barnets utvikling av kognitiv kapasitet og didaktisk sosial interaksjon. De mener det er en sammenheng mellom hvordan familier kommuniserer om emosjoner og barnas forståelse. De mener altså at det er lært ved at foreldre og barn snakker om årsak og konsekvenser av states. Blant annet vil barnets utvikling av språk som en kognitiv kapasitet, påvirke den emosjonelle forståelsen. Både familiens kommunikative miljø og barnets språklige kompetanse bidrar i utviklingen, og ses som viktig i utviklingen av emosjonell forståelse.

Antagelig er de to modellene avhengige av hverandre, og det er ikke alltid lett å skille faktorene. Vi kan forvente at kvaliteten på tilknytningen og kommunikasjonen mellom mor og barn vil påvirke hverandre. Det kan også være slik at det som er avgjørende variere med tid eller at det varierer fra barn til barn som en funksjon av utviklingen (Pons, Doudin, Harris og Rosnay, 2005).

### **Dødsfall og krise på ulike utviklingstrinn**

Førskolebarn er de mest hjelpeløse i traumatiske situasjoner. De er mest avhengige av hjelp, og de har begrenset forståelse av det som skjer. De er svært sårbare for adskillelser slik at dødsfall rammer dem sterkt. Samtidig kan de være hjulpet av sin evne til å være konkrete og direkte. Som reaksjon på dødsfall kan de vise angstfylt tilknytningsatferd (Dyregrov, 2006). Skolebarn har et større repertoar av mestringsstrategier å møte dødsfallet med. Samtidig kan disse litt eldre barna få tilleggsproblemer fordi det stilles andre krav til dem enn til de minste barna (Dyregrov, 2006). Barns forsøk på å mestre det som har skjedd, vil avhenge av deres alder og modenhet. Med alder øker evnen til å regulere følelser (Dyregrov, 2006).

Ofte får barn ingen mulighet til å forberede foreldrenes død, selv når det er mulig. Ofte vil foreldrene beskytte barnet ved å ikke snakke om det. Et aspekt ved den emosjonelle utviklingen er at barna fortsatt har behov for omsorgspersoner. Barn som har mistet en forelder, blir redd for at den andre også skal forsvinne. Barn kan videre skjule sin egen sorg siden de ser symptomer hos sin forelder når de selv viser sorg. Barn forstår ikke alltid kilden til sine følelser, og de kan ha problemer med å tilskrive angst, depresjon og andre følelser en årsak (Hendriks, Black og Kaplan, 2004).

Ved tap av en omsorgsgiver ved krigsrelaterte handlinger når barnet er i skolealder, fører dette til at barnet er i økt risiko for utvikling av psykiske helseplager (Morina, Lersner &



Prigerson, 2011). Ofte er barna sammen med foreldrene når de opplever en traumatisk hendelse. Noen ganger skjer det også at foreldrene blir skadet eller dør i traumet. I en slik situasjon vil ikke barnet bare oppleve en traumatisk hendelse, men det vil også miste en av sine nærmeste tilknytningspersoner. Malmquist (1986) har sett på hvilke symptomer dette fører til. Han fant angst og mareritt hos alle barnene han undersøkte. Det var også tegn på affektive forstyrrelser, ofte benektet de smertefulle følelser (Malmquist, 1986).

Forskning viser at alvorlighetsgraden for barns problemer etter traumatisk død henger sammen med omsorgspersonens grad av psykologiske og sosiale vansker. I noen tilfeller kan barn og unges normale utvikling forsinkes p.g.a. manglende følelsesmessig tilgjengelighet hos sørgende foreldre (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Det finnes lite forskning på akutte traumereaksjoner hos barn. Men det blir foreslått at det her vil være de samme symptomene som hos voksne, men av kortere varighet. Samtidig blir dette kritisert fordi symptomene kan komme til uttrykk veldig forskjellig hos barn og voksne (Bryant og Harvey, 2002). Traumatiske opplevelser kan påvirke barns fungering negativt, men de fleste opplever ingen varig svekkelse. Det er til og med noen som opplever positive effekter etter en traumatisk opplevelse. Problemløsningsstil og god emosjonshåndtering er sett i sammenheng med posttraumatisk vekst. Selv om det gir positive effekter, er det ikke nødvendigvis beskyttende. Man kan få både PTSD og oppleve posttraumatisk vekst (Salter og Stallard, 2008).

Utviklingsmessige faktorer er viktig for å forstå barns reaksjoner på traumatiske hendelser. Evner og kompetanse som nettopp er blitt lært, kan bli forstyrret ved opplevd traume. Blant annet kan det gå utover barnas regulering av kognisjon og affekt (Davis og Siegel, 2000). Hvis et barn mister en omsorgsperson gjennom traumet, vil dette gi flere reaksjoner enn de vanlige traumesymptomene. Det vil også ha følger for framtiden og tilknytningsatferd. Barn

hvor den ene av foreldrene dør tidlig, er mer tilbøyelig til å utvikle psykiske forstyrrelser i senere barndom (Hendriks, Black og Kaplan, 2004).

Barns reaksjoner etter krise varierer i forhold til alder, og det er individuelle forskjeller. Selv om barnet forstår mye, må det som fortelles rundt situasjonen, forklares på barnets konkrete nivå. Barnets reaksjon etter krise kan virke svak, men det er fordi barnet gradvis tar inn det som har skjedd, og at emosjonsreguleringen ikke er fullstendig utviklet ennå, og man ser kanskje bare små glimt av emosjoner. Andre igjen kan reagere umiddelbart med for eksempel sterkt sinne (Dyregrov, 2010). Etterreaksjoner kommer når barnet har fått tid til å komme over den uvirkelige følelsen, og det som har skjedd synker inn. Et barn som har opplevd å se noen dø, kan bli engstelig ved stimuli det assosierer med situasjonen (Dyregrov, 2010). Savn og sorg kan komme til uttrykk forskjellig, men prosessen er som regel kortere hos barn enn hos voksne. Sinne og utagering er vanlige uttrykk hos barn i sorg. Jenter er flinkere til å bruke ord til å uttrykke følelser enn gutter (Dyregrov, 2010).

### **Påvirkning på utviklingen av emosjonsregulering**

Et barn som vokser opp i et positivt miljø, vil møte mange utfordringer, men de vil ikke være overveldende. Gjennom små og store utfordringer lærer barnet stadig bedre strategier for å håndtere disse situasjonene. Siden disse utfordringene ikke overskrider barnets resurser, vil barnet bli flinkere og flinkere til å håndtere stress og høyere nivåer av emosjonelle smerte. Det virker som dette systemet er selvregulerende i den form av at barnet vil oppsøke større utfordringer etter hvert som det utvikler bedre evner til å modulere og tolerere stress. Men barn som er blitt misbrukt eller oversett, er ofte utsatt for alt for store utfordringer for tidlig. I slike situasjoner er det mindre sjanse for at emosjonsreguleringen utvikler seg på en god måte. Barnet blir heller flinkere til å unngå utfordrende situasjoner. Som et resultat av dårlige muligheter til å utvikle emosjonsreguleringen kan dårlig håndtering av stressende situasjoner

oppstå. De kan få problemer med å håndtere sterke følelser. De vil være ekstra sensitive til stimuli i miljøet og vonde minner, samtidig som de vil ha dårlig emosjonsregulering slik at de ikke klarer å regulere seg i situasjoner som bringer vonde minner (Briere, 2002).

### **Behandling**

Det finnes mange teorier om hvordan traumer skal behandles (Cohen, Berliner og March, 2000). I følge National Institute for Clinical Excellence skal barn og ungdom med sterke post-traumatiske symptomer eller PTSD tilbys Traume-fokusert CBT i de første månedene etter den traumatiske hendelsen. Behandlingen skal videre tilpasses deres alder, utviklingsnivå og andre forhold (NICE, 2005). (Se vedlegg 1, utdrag fra to manualer).

Ved CBT-behandling brukes manualer. Ofte blir manualer som er laget for voksne, tilpasset barn ved å bruke lek og nonverbale teknikker slik at barnet kan nå terapeutiske mål (Cohen, Berliner og March, 2000). Gjennom leken kan barnet uttrykke sider ved traumet de har opplevd (Dyregrov, 2006).

Manualene som brukes for barn, har en del likhetstrekk. De ønsker at barnet skal prosessere hendelsen samtidig som terapeuten må være støttende. Barnet skal lære strategier for å håndtere følelser og stress som stammer fra traumet, og de skal oppfordres til å gå tilbake til normale rutiner og aktiviteter. De oppfordres også til å lage merkedager for å minnes det som har skjedd, slik at disse minnene skal knyttes til riktig kontekst (La Grecca & Silverman, 2006). Behandlingen bør inneholde psykoedukasjon, og foreldrene bør involveres slik at de kan støtte barna. Det å ikke snakke direkte med barna om hendelsen gjør at det er liten sjanse for at de rapporterer symptomer. Samtidig øker sjansen for PTSD-utvikling (Salter og Stallard, 2008).

CBT blander både kognitive og atferdsmessige teknikker. Formatet på behandlingen skal dirigeres ut fra hvordan traumet har forekommet, enten det er misbruk eller plutselige traumer (Cohen, Berliner og March, 2000).

I følge Dyregrov(1998) vil terapeutiske samtaler med traumatiserte barn også dreie seg om å hjelpe dem med å bygge en ny tiltro til at verden kan være stabil og trygg. Dette gjøres ikke gjennom hurtige teknikker. Her må terapeuten prøve å forstå verden slik barnet ser den og våge å være med til de fakta og misforståelser barnet har om verden (Dyregrov, 1998). I følge Lanius m.fl. (2011) har PTSD-pasienter vanskeligheter med emosjonsreguleringen. Derfor bør behandlingen også fokusere på underliggende vanskeligheter med emosjoner. Et mål for slik terapi kan i.fl. Jakobsen og Svendsen (2010) være å etablere et godt spennings- og avspenningsmønster for barnet. Noen ganger må man bruke avslappingsteknikker før man kan snakke om traumet. Små barn har ikke god nok emosjonsregulering til å takle aktiveringen som kan oppstå. De har heller ikke alltid kognitiv kapasitet til å forstå hvorfor de skal gå inn i det angstfylte. Det er viktig at avslappingsteknikker ikke brukes som unngåelse, men at de kombinert med «følelsetermometer» kan være nyttig i overvåking og regulering av angstnivåer (Smith, Perrin, Yule og Clark, 2010).

Den emosjonelle, kognitive og sosiale fungeringen til barn blir truet ved at en nær person dør, og risikoen er enda større om denne døden er traumatisk (Goodman, 2004). Ved noen hendelser kan kontakt med fagpersoner være nødvendig. Ved ektefellers død opplever ofte den gjenværende forelderen så sterke ettervirkninger at barn vil lide under dette. Det kan være vanskelig å vite når sorgen er for lang og barnet trenger mer hjelp. Etter traumatiske dødsfall er det viktig at terapeutisk oppfølging kommer raskt i gang fordi ulike beskyttelsesmekanismer trer inn. Disse kan medføre endringer i evnen til å håndtere følelser og kan forhindre en adekvat, langvarig bearbeiding av hendelsen (Dyregrov, 2006).

Det finnes økende antall bevis for at CBT fungerer for de gruppene barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, krig, naturkatastrofer eller voldelige traumer. CBT stammer fra et symptomfokuset syn (Goodman, 2004).

Klientsentrert behandling er basert på Carl Rogers prinsipper. Rogers har tro på at det terapeutiske forholdet kan skape endring rundt barnets følelse av seg selv og forhold til andre. Det er en åpen terapi, og barnet og forelderen får beskjed om at tiden er for dem og kan brukes mye slik de ønsker. Målet for tiden de er sammen, er å få vite mer om hvert enkelt individ slik at man kan forstå og hjelpe. Timene med foreldrene og barnet er separate slik at barnets og foreldrenes behov er eneste fokus når de er der. Barnet har mulighet til å bruke lek og kunstneriske ideer i sine timer. Terapeuten skal lage et klima der alle følelser og handlinger blir forstått og akseptert uten at de dømmes. Målet med dette er å skape selvaksept. Ved å støtte suksessfulle problemløsningsstrategier vil terapeuten øke klientens selvfølelse og lage en modell for videre jobbing med problemer (Goodman, 2004).

Både CBT og klientsentrert terapi vil utenfor forskningsammenheng bli brukt som deler av annen terapi. Å lage en god allianse vil være viktig uansett terapi, og vil derfor være en del av begge formene selv om dette ikke er et eksplisitt fokus i CBT (Goodman, 2004). Noen faktorer har blitt identifisert som viktige hos terapeuten uavhengig av behandlingsform. Terapeuten må være interessert i å hjelpe pasienten. Det må være et ekte engasjement, det må være en viss kvalitet i deres forhold. Man må ha tro på metoden man bruker, og man må være empatisk og varm (Goodman, 2004).

Terapeuten må være åpen for baner som kan ha blitt forstyrret av den dynamiske naturen og interaksjonen av mange pågående baner, biologiske og miljømessige sårbarheter og beskyttende strategier (Ford, Albert & Hawke, 2009).

Ved et traume kan hele familiesystemet bli dysregulert. Derfor kan terapi med hele familien være nyttig. I slik terapi vil først terapeuten fungere ved å co-regulere med barnet før de voksne skal gjøre det samme med sitt barn. Man bygger opp igjen en bane som er full av stress til å bli co-regulering, og så selvregulering. Hvis foreldrene selv har problemer med emosjonsreguleringen, må man kanskje jobbe individuelt med disse parallelt. Ved å gi foreldre muligheten til å oppleve co-regulering fra terapeuten kan gjøre at de selv klarer å hjelpe barna sine bedre (Ford, Albert & Hawke, 2009).

## **Metode**

Oppgaven er basert på ikke-systematisk litteratursøk i bibsys database, helsebibliotekets database, google, pubmed, National center on PTSD og PILOTS. Søkene er gjort i september og oktober 2011, og søketekstene som er brukt er: PTSD, traume, emosjonsregulering, barn, children and affect regulation. Det er også gjort en gjennomgang av relevante tidsskrifter, bøker og referanselister. Utvalget som presenteres er basert på tilgjengelighet, publiseringstid og forfatterens vurdering. Litteraturen er hentet fra både nasjonal og internasjonal litteratur.

## **Diskusjon**

### ***Opplevd massetraume og dets påvirkning på en emosjonsregulering i utvikling***

Vi vet at ikke alle som opplever en traumatisk hendelse, får de samme symptomene (Ehring & Quack, 2012). Ett av symptomene som kan oppstå er at man unngår bestemte følelser (Friedmann, 2006). Men det er ikke slik at alle barn vil utvikle en dysfunksjonell emosjonsregulering etter et opplevd traume. Flere har funnet ut at barn som blir utsatt for seksuelle overgrep eller andre typer gjentatte, relasjonelle misbruk, ofte får en dysfunksjonell tilknytningsstil og problemer med sin regulering av emosjoner. Altså vil gjentatte overgrep påvirke utviklingen av våre evner og påvirke hvordan vi forholder oss til andre mennesker (Ehring & Quack, 2012). Vi kan kanskje si at gjentatte traumer vil endre de grunnleggende

antagelsene som Janoff-Bulmann viser til. Det er lite direkte forskning på om et enkelt massetraume vil påvirke emosjonsreguleringen hos et barn. Men ved å se på eksisterende forskning og teori ser det ut til at en enkelthendelse på mange måter kan gi de samme symptomene/problemene som relasjonelle, varige traumer (David & Siegel, 2000). I følge hukommelsesforskning vil styrken på opplevelsen styre vår emosjonelle hukommelse (Therani, 2004). Overraskende opplevelser lagres i minnet, og de kan inneholde emosjonelt innhold (Goosens, 2011). Også Janoff-Bulmann skriver at en sterk opplevelse kan være nok til å endre våre grunnleggende antagelser. Hans teori har mange utviklingspsykologiske elementer, og vi kan se for oss hvordan en negativ grunnleggende antagelse kan være dysfunksjonelle i vår regulering av emosjoner. At intensiteten på opplevelsen er avgjørende for hvordan den blir tolket og reagert på, kan vi anta ut ifra kunnskap om «den nærmeste utviklingssone» (Kvellido, 2008). En opplevelse av en intensitet som er for sterk/utfordrende og utenfor barnets nærmeste utviklingssone, vil være vanskelig å forstå selv om man har utviklet god reguleringsfunksjon. Det ser altså ut til at en intens opplevelse kan sette varige spor i vår hukommelse og også påvirke hvordan vi senere regulerer våre emosjoner. Men det er også slik at noen får symptomer etter et opplevd traume som varer i lang tid. Det er vist at disse symptomene kan føre til varige endringer i hjernen (Lanius, Bluhm & Frewen, 2011). Så det er altså ikke bare den direkte effekten av det opplevde traumet som påvirker barn, men også symptomene vi sitter igjen med.

Barn uttrykker sine symptomer og reagerer forskjellig på et opplevd traume avhengig av både alder og kjønn (Tetzchner, 2005). Små barn er delvis beskyttet av sin manglende forståelse og manglende ansvar samtidig som de har få strategier for å regulere seg selv (Dyregrov, 2006). Voksne har derimot mange strategier, men tar også lettere innover seg alt som skjer (Jakobsen & Svendsen, 2010). I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i barn rundt 10 år. Tiåringer begynner å få ansvar, og de forstår mye. Foreldrene er ikke lenger direkte deltagende i deres

emosjonsregulering. Det kognitive nivå er blitt høyere, og barnet får mer ansvar og blir mer selvstendig siden det har lært seg flere mestringsstrategier (Pons, Doudin, Harris & Rosnay, 2005). I følge Davis & Siegel (2000) er det slik at evner som er under utvikling eller nylig innlært, vil være under stor påvirkning av miljøet. Vi kan derfor tenke oss at for en tiåring som prøver å bli selvregulert, kan det å oppleve et traume påvirke evnen til emosjonsregulering. Det er også slik at hjernen vår er plastisk og vil påvirkes av både positive og negative opplevelser. På denne måten kan evner som er under utvikling, påvirkes (Eide-Midsand, 2010).

Som nevnt over, vil tidlig erfaring påvirke hjernen vår (Eide-Midsand, 2010). Tidlig erfaring vil påvirke vår atferd og utvikling. Men det er også slik at vi med våre gener hele tiden påvirker miljøet. Det er en gjensidig påvirkning mellom barn og miljø (Kvelling, 2008). Vi er født forskjellig, og vi får en sosial og miljømessig forskjellig oppvekst. Meningsinnholdet i tidlige erfaringer tar vi med oss i nye erfaringer (Briere, 2002). Samtidig vil de tidligere erfaringene vi gjør oss, påvirke hjernen direkte gjennom stimulering av nevroner, hormoner og strukturer. Omrørgpersoners respons til barnet kan forsterke eller dempe forbindelser i f.eks. frontallapputviklingen som fortsetter lenge etter vi er født, og som er viktige i emosjonsreguleringen. Det språklige miljøet i familien kan være en faktor som vil påvirke barnet. Språk er en kognitiv kapasitet som har en positiv utvikling på emosjonsreguleringen (Pons, Doudin, Harris & Rosnay, 2005). Selv barn på samme alder vil ha store individuelle forskjeller i både språk og evne til selvregulering. Emosjonaliteten barnet viser tidlig i livet kan ha noe å si for hvordan det vil takle vanskelige situasjoner senere (Grolnick, McMenemy & Krowski, 2006). Hvilken tilknytningsstil barnet har, vil påvirke hvordan det håndterer blant annet det å komme bort fra foreldrene. I hvilken grad man er selvregulerende eller god til å regulere seg, vil antagelig påvirke i hvilken grad man blir negativt påvirket av å oppleve et traume.



Når et barn opplever et traume, er det sannsynlig at det opplever dette sammen med foreldrene, eller at foreldrene på en eller annen måte også ble berørt av traumet. Hvis barnets omsorgspersoner er involvert i traumet, kan dette påvirke barnets emosjonsregulering (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Det kan skje at barnet mister en eller begge sine omsorgspersoner i traumet. Hvis dette er tilfelle, mister barnet de viktigste tilknytningspersonene (Malmquist, 1986). Tap av slike nære, trygge relasjoner oppleves som uforutsigbart og urettferdig. De som aldri skulle svikte barnet, er blitt borte. Dette kan i seg selv forstyrre barnets indre arbeidsmodeller/skjema/grunnleggende antagelser (Janoff-Bulman, 1992), og videre påvirke dets regulering. Det er funnet at symptomer som er vanligst ved repeterende traumer kan oppstå hvis barnet mister en av foreldrene ved en enkelthendelse (Davis & Siegel, 2000). I tillegg til selve tapet har barnet fortsatt behov for støtte i sin utvikling av emosjonsregulering, spesielt når det møter en slik stor utfordring (Hendriks, Black & Kaplan, 2004). Foreldrene skulle ved en slik utfordring vært støttende for barnet. Hvis barnet ikke får den hjelpen det trenger til å regulere seg, vil det sitte igjen uten forståelse for det som har skjedd. Hvis barnet derimot får regulert seg på en god måte, (med eller uten hjelp) kan vi anta at denne opplevelsen kan føre til en følelse av mestring og videre påvirke emosjonsutviklingen i en god retning (Salter & Stallard, 2008). Utfordringene som er nevnt over, kan også oppstå uten at foreldrene er døde. Om foreldrene ikke kan håndtere egen sorg eller egen regulering, kan det være vanskelig for dem å være tilstede for barnet (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Selv om barnet begynner å bli selvregulerende ved tiårsalder, har det fortsatt behov for støtte i vanskelige situasjoner.

Som diskutert over, vil mennesker som opplever traumer, gå inn i dette med forskjellig bakgrunn både fra arv og miljøet. Man har funnet at noen etter slike opplevelser faktisk opplever en vekst. Det ser ut til at de som håndterer hendelsen bra, kan oppleve en slik positiv

utvikling (Salter & Stallard, 2008). Emosjonsreguleringen er en måte å kanalisere emosjonalitet på. Kan det tenkes at god emosjonsregulering vil gjøre arbeidet etter et traume enklere?

Kanskje de som har hatt et godt miljø for utvikling av emosjonsregulering tidlig i livet, vil takle den traumatiske hendelsen bedre. Kanskje man etter et slikt traume kan ende opp med en enda dårligere emosjonsregulering hvor man overreagerer på negative hendelser? Eller om man har god emosjonsregulering, kanskje en slik opplevelse kan føre til vekst og en bedre håndtering av negative hendelser. Årsaken til veksten kan være fordi man klarer å sette ting i perspektiv, og den emosjonelle utviklingen fortsetter i riktig retning etter en opplevelse av vellykket regulering og mestring.

### ***Behandlingsdiskusjon***

TF-CBT (se vedlegg 1.) er den behandlingen som skal brukes for barn som har blitt utsatt for traumer. CBT har mest empirisk støtte og den formen som skal brukes i forhold til at man skal drive evidensbasert praksis. Ved å se på utviklingspsykologisk teori om emosjonsregulering og utviklingen av denne sammen med viktig voksne, kan man tenke seg at psykodynamisk terapi kunne være nyttig. Likevel er det lite evidens for at psykodynamiske metoder er effektive ved traumeproblematikk. Å diskutere effektiv behandling handler også om hva som er målet med behandlingen. Det vanligste i forskningen er at vi sier at behandlingen er effektiv dersom den fjerner eller minsker synlige symptomer. Spørsmålet blir da om et slikt mål kan reflektere bedret emosjonsregulering. Hvis emosjonsreguleringen er en grunnleggende del ved flere typer problematikk, vil den kanskje ligge bak flere symptomer (Jacobsen & Svendsen, 2010). Så bedring i form av symptomlette kan kanskje også være et mål på bedre emosjonell regulering. Eller vi kan tenke oss at målrettet arbeid med et enkelt symptom kan skape bedring av dette symptomet uten å forandre underliggende mekanismer.

Hvis det er tilfelle at en kan behandle enkeltsymptomer på denne måten, er det vanskelig å se for seg hvordan dette kan overføres til andre lignende situasjoner. Hvis en dårlig emosjonsregulering derimot bedres gjennom behandling, kan vi se for oss at denne kan fungere som et redskap som kan brukes i mange situasjoner og kanskje også fungere som en beskyttende faktor. Ut fra denne diskusjonen kan det være viktig å se hvordan manualene for TF-CBT tar hensyn til dette.

I manualene står det ingen ting om erfaringslæring i forbindelse med bedret emosjonsregulering (Cohen, Deblinger, Mannarino & Esther, 2006). I følge utviklingsteorien kan vi anta at erfaringslæring er nødvendig. TF-CBT tar ikke direkte hensyn til dette annet enn at det står nevnt at terapeuten skal bekrefte affektive uttrykk. I TF-CBT er det forskjellige teknikker som er fokus for arbeidet med emosjonsreguleringen. Å bruke slike teknikker gir et direkte og synlig arbeid med emosjoner, men det gir ikke nødvendigvis erfaring med emosjonell regulering.

I følge utviklingsteorien er en god tilknytning en viktig del av å skape en god emosjonsregulering. Ved TF-CBT står det ikke noe om barnets tilknytning til terapeuten, men vi vet at all behandling bør starte med å skape en god allianse. Dette er også en del ved TF-CBT. Men det å skape en god allianse er ikke det samme som en tilknytning. For barn er det viktig å ha en tilknytningsperson. Spørsmålet er om terapeuten kan og skal være denne personen. Barn som har opplevd traumer, må gå gjennom et behandlingsapparat hvor de må forholde seg til flere personer. Først får de møte *en* terapeut ved debriefing før de må stå på venteliste før eventuell behandling med en ny terapeut. Slike erfaringer er kanskje ikke det beste for et barn som trenger å oppleve trygg tilknytning. Samtidig kan vi tenke oss at det kanskje ikke er riktig at terapeuten skal fungere som en tilknytningsperson for barnet. Kanskje det heller bør settes fokus på hvordan terapeuten kan være behjelpelig med å undervise

i/veilede i teknikker og også trene opp barnets nærmeste i forhold til tilknytning og håndtering av barnets emosjonelle problemer. Noen vil mene at terapeutens rolle også er en viktig del av barnets erfaringer og læring (Jocobsen & Svendsen, 2010).

TF-CBT-manualen tar hensyn til at barnets foreldre også er viktige i behandlingen. Det står beskrevet at man kan ha timer alene med foreldrene og sammen med både barnet og foreldrene. Manualen legger vekt på at foreldrene må behandles for videre å kunne hjelpe barnet. Ved å lese dette kapitlet får man inntrykk av at TF-CBT overlater erfaringslæringen til foreldrene heller enn å fokusere på denne i timene med terapeuten. Videre har manualen fokus på å finne barnets reelle nettverk og å finne støtte til barnet her. Dette er i godt samsvar med teori om emosjonsregulering og grunnleggende antagelser (Janoff-Bulman, 1992).

Samtidig er det mindre fokus i manualene på de tilfellene der barnets foreldre ikke er tilgjengelige av forskjellige årsaker (Cohen, Deblinger, Mannarino & Esther, 2006).

I manualen står teknikker som «termometeret» og «fargelegging av kroppen» godt beskrevet som teknikker man kan ta rett ut av manualen og bruke direkte. For en leser får en også inntrykk av at en terapeut skal ta hensyn til barnets emosjonelle uttrykk gjennom å være støttende og bekreftende, men det står ikke like tydelig beskrevet hvordan dette kan fungere som en teknikk på samme måte som de forskjellige oppgavene som kan brukes. Terapeutens tilbakemeldinger kunne vært forklart i større grad på samme måte som de forskjellige teknikkene.

TF-CBT-behandling har sin styrke i at det har en konkret form og forklarer teknikkene godt. En del av det å ha god emosjonsregulering inneholder også regulere seg til situasjonen. På en måte så kan dette sammenlignes med det å velge rett teknikk i rett situasjon. For et lite barn vil kanskje det å lære å spørre en voksen om hjelp være riktig teknikk når det møter på for store utfordringer.

## **Metodekritikk**

Behandlingsforskning av barn og unge med PTSD er veldig begrenset. Mange av studiene med barn som er utsatt for traume, har et lite utvalg respondenter samtidig som studiene ikke har brukt kontrollgrupper. Flere studier bruker også brede alderskategorier slik at det blir vanskelig å si noe om hvordan alder kan påvirke symptom bildet og reaksjoner. Studiene varierer også med hensyn til hvor lenge etter traumet de er gjennomført. Symptomer kan bli verre eller bedre over tid. Det finnes ikke mange studier av barn som får CBT-behandlingen, og de alle fleste studiene er i tillegg gjort på barn som har vært utsatt for seksuelle misbruk (La Greeca & Silverman, 2006).

Det er stor forskjell på hvordan manualene blir brukt. Når man da skal måle effekten av behandling, vil man ikke klare å holde orden på alle variablene. Hva som egentlig blir mål, og hva som er den viktige delen av behandlingen, er vanskelig å si noe om når TF-CBT-behandlingen har så mange deler. TF-CBT har god evidens ved mål av symptomlette ved PTSD, men det er vanskelig å si hvilke symptomer som blir bedre og hvorfor. Vi vet ikke hvilke komponenter som er avgjørende i denne behandlingsformen (Cohen, Berliner & March, 2000).

## **Avslutning**

Hvorvidt et *barn* vil utvikle dårlig *emosjonsregulering* som et resultat av opplevd massetraume, ser ut til å være avhengig av mange variabler. Det er sannsynlig at det kan oppstå problemer i utviklingen av emosjonsreguleringen for barn som opplever traumer rundt tiårsalderen fordi de er midt i overgangen til selvregulering. Men det er mange sårbarhetsfaktorer og beskyttende faktorer som spiller inn. Mer forskning kreves for å finne ut om dårlig emosjonsregulering er en følge av opplevd massetraume eller om det er en sårbarhet som medvirker til utviklingen av PTSD etter opplevd massetraume. Som *behandling* har *TF-CBT* sin styrke i at den er konkret og kommer med eksempler på teknikker. Sett ut fra

teori om utvikling av god emosjonsregulering gjennom erfaring viser manualen mangler i forhold til samspillet mellom barnet og terapeuten. Videre forskning bør nyanseres slik at behandlingen testes ut i forhold til forskjellige typer traumer med barn på ulike stadier i utviklingen. Både korttids- og langtidsfølgene av PTSD for barn og unge må undersøkes nærmere. Videre forskning bør prøve å finne de avgjørende faktorene i behandlingen. Kanskje er det teknikkene sammen med terapeutens holdning som fører til et godt resultat.

## Referanseliste

Ashman, S. B. & Dawson, G. (2002). Maternal depression, infant psychobiological development, and risk for depression. I Goodman, S. H. & Gotlieb, I. H. (Red). *Children of depressed parents. Mekanisms of risk and implications for treatment.* (s.37-58). Washington, DC: American psychological association.

Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (2002). *Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assesment, and treatment.* Washington DC: American Psychological Association.

Bagot, R., Parent, C., Bredy, T. W., Zhang, T., Gratton, A. & Meaney, M. J. (2007). Developmental Origins of Neurobiological Vulnerability for PTSD. I L. J. Kirmayer (Red.), *Understanding trauma. Intergrating biological, clinical and cultural persepectives.* (s. 98-117). New York: Cambridge university press.

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrativ model. I Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. & Reid, T. A. (Red.). *The APSAC handbook on child maltreatment.* (2.utg., s. 175-203). California: Sage publications.

Cohen, Judith A., Deblinger, Esther, Mannarino, Anthony P. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents : A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.

Cohen, J. A., Berliner, L., March, J. S. (2000). Treatment of children and adolescents. I Foa, E. B., Keane, T. M., Firedman, M. J. (Red.). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. (s.106 – 138). New York: The guildford press.

Davis, L. & Siegel, L. J. (2000). Posttraumativ stress disorder in children and adolescents: a rewiev and analysis. *Clinical child and familily psychology review*, vol 3(3), 135-154.

Dyregrov, A., (1998). *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere* (2.utg.). Bergen: Sigma forlag.

Dyregrov, A., (2006). *Sorg hos barn. En håndbok for voksne* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, A. & Dyregrov, K., (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget.



Dyregrov, A. (2010). *Å ta avskjed. Ritualer som hjelper barn gjennom sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.

Egidius, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug

Ehring, T. og Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, 41, 587-598.

Eide-Midsand, N. (2010). Problematferd som uttrykk for feilinnstillinger i hjernens stressresponsystem. *Tidsskrift for norsk psykolog forening*. 47(12), 1098-1102.

Eisenberg, N., Fabes R., Carlo G. og Karbon M. (1992). Emotional Responsivity to Others: Behavioral Correlates and Socialization Antecedents. I N. Eisenberg & R. A. Fabes (Red.), *Emotion and Its Regulation in Early Development* (s. 57-73). San Francisco: Jossey-Bass publishers.

Eisenberg, N. (2002). Emotion-related regulation and its relation to quality of social functioning. I W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Red). *Child psychology on retrospect and prospead. The Minnesota symposia on child psychology*. 133-171. London: Lawrence Elbaum.

Ford, J. D., Albert, D. B. & Hawke, J. (2009). Prevention and treatment interventions for traumatized children. Restoring children`s capacities for self-regulatoin. I D. Brom, R. Pat-

Horenczyk & J. D. Ford. *Treating traumatized children. Risk, resilience and recovery*. New York: Routledge.

Francisco, P., Doudin, P. A., Harris, P. L., og Rosnay, M. (2005). Helping children to improve their emotion comprehension. I F. Pons, D. Hancock, L. Lafortune & P.-A. Doudin (Red.), *Emotions in learning* (15-39). Aalborg: Aalborg University Press.

Freberg, L. A. (2006). *Discovering biological psychology*. Boston: Houghton Mifflin.

Friedman, M. D. (2006). *PostTraumatic and Acute Stress Disorders* (4. Utg.). Kansas City: Compact Clinicals.

Goosens, K. A. (2011). Hippocampal regulation of aversive memories. *Current opinion in neurobiology*. 21, 460-466.

Goodman, R. F. (2004). Treatment of childhood traumatic grief. Application of cognitive-behavioral and client-centered therapies. I N. B. Webb (Red.). *Mass trauma and violence. Helping families and children cope*. (s.77-99) New York: the Guildford press.

Glasø, L., Nielsen, M. B., Einarsen, S., Haugland, K. & Matthiesen, S. B. (2009).

Grunnleggende antagelser og symptomer på posttraumatisk stresslidelse blant mobbeofre.

*Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 153-160.

Grolnick, W. S., McMenemy, J. M. og Kurowski, C. O. (2006). Emotional self-regulation in infancy and Toddlerhood. I T. LeMonda & C. S. B. Lawrence (Red.). *Child Psychology A Handbook of Contemporary Issues*. (s.2-25) USA: Psychology Press.

Hankin, B. L. & Abela, J. R. Z. (2005). *Development of psychopathology : a vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks: Sage.

Hansen, Å. M., Høgh, A., Persson, R., Karlson, B., Gard, A. H. & Ørbæk, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 63-72.

Hendriks, J. H., Black, D. & Kaplan, T. (2004). *At hjelpe barn igjennom traume og sorg* (2.utg.). Danmark: Dansk psykologisk forlag.

Jacobsen, K & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet. Grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Oslo: Fagbokforlaget.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions :Towards a new psychology of trauma*.

New York: Free Press.

Krimayer, L. J., Lemelson, R. & Barad, M. (2007). *Understanding Trauma. Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Cambridge University Press.

Kvello, Ø. (2008). Transaksjonsmodellen: mennesker og miljø utvikler hverandre. I Ø. Kvello (Red.). *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. (203-231). Oslo: Gyldendal akademisk.

La Greca, A. M. & Silverman, W. K. (2006). Treating children and adolescents affected by disasters and terrorism. I P. C. Kendall (Red.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.

Lanius, R. A., Bluhm, R. L. og Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta psychiatry Scand*. 124, 331-348.

Mahan, A. L. og Ressler, K. J. (2011). Fear conditioning, synaptic plasticity and the amygdala: implications for posttraumatic stress disorder. *Trends in neuroscience*. 1-12.

Malmquist, C. P. (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic Aspects. *Journal of American academy of child psychiatry*. 25(3)20-325.

Morina, N., Lersner, U. & Prigerson, H. (2011). War and bereavement: Consequences for Mental and Physical Distress. *PLoS ONE*. 6(7)1-14.

National institute for Clinical excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline*. The national collaborating center for mental health.

Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Oslo: Norsk psykologforening.

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjennt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 49,234-240.

Smith, P., Perrin, S., Yule, W. & Clark, D. M. (2010). *Post traumatic stress disorder. Cognitive therapy with children and young people*. New York: Routledge.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., og Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 27, 33-44.

Salter, E. og Stallard, P. (2008). The psychological impact of traumatic events on children. *Psychol. Inj. And law*. 1, 138-146.

Statens helsetilsyn. (2008). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og retningslinjer* (1. Utg.). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Teherani, N. (2004). *Workplace trauma. Concepts, assessment and interventions*. New York: Brunner-Routledge.

Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Tetzchner, S. V. (2005). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Wastell, C. (2005). *Understanding trauma and emotion. Dealing with trauma using an*

*emotion-focused approach*. New York: Open University press.

Webb, N. B. (2004). The impact of traumatic stress and loss on children and families. I N. B.

Webb. *Mass trauma and violence. Helping families and children cope*. (s.3-22). New York:  
the Guildford press.

## Vedlegg 1: Utdrag fra to behandlingsmanualer

To manualer for TF-CBT behandling er gjennomgått for å kunne vurdere problemstillingen. Dette vedlegget inneholder relevant informasjon fra de to manualene.

### **TF-CBT manual:**

Behandlingsmanualen til Trumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) fokuserer på Psykoedukasjon, foreldre trening, avslapping, affektive uttrykk og modulering, kognitiv håndtering, traume narrativ, in vivo av traume påminnere, samtale med barn og foreldre sammen, og sikre fremtidig utvikling (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

I kapittelet om affektive uttrykk og modulering skriver de om at barn som har opplevd traumer kan ha vanskelige følelser og kan ha problemer med å regulere følelsene. Ofte er de blitt redd for å ha følelser, og noen klarer ikke å sette ord på det de føler. Å få hjelpemidler for å uttrykke og modulere følelser kan være nyttig. Ved å bruke disse metodene trenger de kanskje ikke unngå i like stor grad(Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

En terapi med følelser i fokus kan med barn begynne med å identifisere følelser fra hverdagen. Terapeuten for informasjon om barnets følelsesspekter og det er ufarlig for barnet. Hvis terapeuten også er med å dele informasjon om følelser vil tillitt skapes (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Det er mange måter å snakke om følelser med barn. Man kan skrive ned alle følelsesord man kommer på i løpet av 3 min. terapeuten og barnet kan så ta tur og velge følelser fra listen som de kan beskrive og fortelle om en gang de kjente på. Man kan også bruke følelsesbingo eller finne på andre "spill" med følelser. Man kan også gi de forskjellige følelsene farger og videre fargelegge en person ettersom hvor de forskjellige følelsene kan kjennes. Denne øvelsen kan



avdekke om barnet føler mye av enkelte negative følelser, og kan være et utgangspunkt for å snakke videre om disse(Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

For eldre barn kan man bruke farger til å snakke om blandede følelser, primærfargene og primærfølelsene kan brukes til å snakke om hvilke komponenter som en følelse kan inneholde. Ved hjelp av dette kan man identifisere at man ofte føler mer enn en følelse i samme situasjon, og at det er normalt. Forskjellige “følelsspill” bør brukes helt til barnet er komfortabelt med å snakke om følelser. For å bygge tillitt spør man ikke om følelser knytte direkte til traumet de første timene. Hvis det er mulig bør en emosjonell time avsluttes på et positivt tidspunkt(Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Ved en traumebehandling av barn har man også parallelle timer med foreldrene. Det kan være nyttig å jobbe med foreldrenes følelser også. Noen følelser har de holdt tilbake fordi de ikke vil vise de for barnet. Det kan være fint for foreldrene å ha en plass hvor de kan utrykke alle sine følelser. Samtidig skal foreldrene her lære hvordan de kan støtte opp om barnets forsøk på å utrykke følelser hjemme. Foreldrene bør lære å lytte reflekterende slik at de kan forsterke barnets gode uttrykksmåter. Noen foreldre må øve seg på å gi reflekterte svar til barna sine, slik at barna føler seg hørt uansett hva de føler (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

For mange barn er kilden til deres dysregulering at de har mistet troen på at de er trygge. Disse følelsene må uttrykkes slik at man kan gjenkjenne støtten i miljøet og forsterke barnets følelse av trygghet og forutsigbarhet. Når man jobber med sikkerhet er det viktig å finne den realistiske støtten og ikke fremme urealistiske sikkerhetsplaner, slike planer gjør barnet mer usikker. Det er viktig å innse at man aldri har noen garanti, men at barnet har støtte rundt seg. Det er en fin balanse mellom å identifisere barnets støtte og sikkerhet uten at man skaper unngåelse(Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Barnet vil også i fremtiden oppleve vanskelige følelser, men etter behandlingen skal barnet sitte igjen med verktøy for å takle slike følelser. Det første steget er at barnet må kunne gjenkjenne sine følelser. Videre skal barnet lære å modulere disse følelsene før de blir overveldende. Barnet må også gjenkjenne hvilket hjelpemiddel som vil matche situasjonen best (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Barn som mister nære personer ved intensjonelle handlinger må antagelig ha hjelp med sine emosjoner. En slik handling kan føre til sterke emosjoner. Disse følelsene må anerkjennes og normaliseres. Å finne igjen barnets følelse av sikkerhet kan være vanskelig etter at noen har dødd på denne måten. Alle barn må vite og kjenne at det finnes noen som vil passe på dem dersom deres nærmeste dør (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Alle barn har noen følelser, men noen har veldig vanskelig for å skille mellom følelser og beskrive følelser. Disse barna trenger flere timer for å kunne stole på terapeuten og de trenger flere timer med tilvenning til følelsessnakk ved hjelp av spill og lek. I en slik situasjon vil det å forsterke og akseptere alle forsøk på å uttrykke alle typer følelser være viktig. Kanskje kan en time sammen med foreldrene der terapeuten og barnet konkurrerer mot foreldrene om å komme på flest mulig følelser være en motiverende konkurranse for barnet (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

TF-CBT har også et eget kapittel i sin manual som handler om timer hvor barnet og foreldrene er sammen. Samarbeidet med foreldrene er også nevnt i flere av de andre kapitlene i boka. Det er nevnt at det er viktig at foreldrene støtter opp om barnas bruk av teknikker det lærer i timene, og at de støtter barna i forhold til emosjonelle uttrykk. Timene skal brukes til å fremme positiv samhandling mellom barnet og foreldrene. De blir oppmuntret til å kommunisere og samarbeide, og manualen gir noen forslag til hvordan foreldrene kan vise at de forstår, tolererer og støtter barnet (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Terapeutens rolle:

Det er viktig at det er et tillitsforhold mellom klient og terapeut. Mange tenker på CBT som en rigid behandlingsform hvor man går frem som om man følger en kokebok. Men i denne manualen er det et egen kapittel om terapeutens rolle hvor de legger vekt på varme, empati, insikt, kreativitet, fleksibilitet og en genuin interesse i barnet (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Traumatiserte barn har ofte mistet deres tillitt til andre og til verden. Å få tilbake tillitt er avhengig av også å skape tillitt til terapeuten. Egentlig er dette foreldrenes oppgave, men ofte er også de preget av traumet og trenger veiledning (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006).

Det er lett å bli for opptatt av dagens "oppgaver". Men det er viktig at terapeuten hele tiden har fokus på barnet og foreldrene, at terapeuten både oppfatter hva de sier og hva de viser med kroppen. Å være reflektivt lyttende viser at du får med deg det som skjer i barnet og at du er komfortabel med det. Barnet er trent til å merke om du er genuint interessert eller ikke. Gjennom aktiv lytting og respekt kan man oppnå denne genuiteten. TF-CBT behandlingen krever at terapeuten er kreativ, i det ligger det at modellen må tilpasses den enkelte ved hjelp av kliniske vurderinger. Terapeuten kan bruke kunnskap fra andre metoder for å løse familiens problemer eller motstand mot arbeidsmåtene i TF-CBT. Dette er viktig fordi man må ha tro på metoden og terapeuten for å øke sjansene for at behandlingen skal fungere på sitt beste. En psykodynamisk innsikt kan hjelpe terapeuten til å se årsaken bak vanskeligheter hos mor eller barn, eller motstand mot behandling. Kliniske vurderinger er også viktig i forhold til å ta hensyn til barnets utviklingsnivå og kognitivt nivå. Terapeuten må sikre fremgang og fokusere på de realistiske behovene samtidig som han/hun må sikre at barnet stoler på han/henne. Terapeuten må få barnet til å fokusere på det de jobber med samtidig som han/hun

ikke må gi inntrykk av å overse mindre bekymringer som dukker opp (Cohen, Deblinger, Mannarino, Esther, 2006. egen oversettelse).

### **Et case eksempel fra TF-CBT behandling for barn**

Smith, Perrin, Yule og Clark (2010) skriver om ei jente på sju år som behandles for traume og sorg ved hjelp av CBT behandling. Jenta var vitne til at hennes onkel ble skutt (Smith, Perrin, Yule og Clark, 2010). Dette case eksempelet viser hvordan en slik terapiprosess kan foregå.

Utredning: Jentas symptomer viste seg i skolen gjennom at hun hang etter, var forstyrrende, urolig og gråt ofte. Utredningen foregikk som møte med mor og jenta, og møter med de to hver for seg (Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010).

Formulering/behandlingsplan: Familie faktorer var viktig i saken siden moren også fikk diagnosen PTSD og depresjon. Pga morens egen sorg var det vanskelig for henne å prate med datteren om det som hadde skjedd. Jenta var ung da hun var vitne til drap, og hennes forståelse av død var ennå under utvikling. Jenta hadde ikke vært med på noen seremonier eller snakket om onkelen etter dødsfallet. Pga hennes unngåelse måtte PTSD symptomene håndteres først slik at jenta kunne få mulighet til å sørge over onkelen. Fokus for behandlingen ble å redusere forvirrende minner om hendelsen, redusere mistolkninger om at hun selv og mor var i fare og redusere kognitiv unngåelse av minnene (Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010).

Behandling: Behandlingen varte i 6 mnd og inneholdt behandling av jenta og moren hver for seg, og noen timer sammen. For begge begynte behandlingene med psykoedukasjon, mål for behandlingen og sosialisering til modellen. Videre lærte jenta avslappingsteknikker og hvordan hun skulle rangere stress og følelser ved hjelp av et "termometer". Videre lagde de en fortellingsbok med tegninger for å åpne minnene og bli vant til dem. Gjennom å jobbe med fortellingen kom det frem mange detaljer jenta

ikke før hadde fortalt. Nye tolkninger om blant annet skyldfølelse ble hele tiden lagt til fortellingen. Når boka var ferdig så de på den flere ganger og rangerte jentas stress underveis. Terapeuten responderte hele tiden med empati og støtte, og oppmuntret jenta til å bli litt i minnene. De nye tolkningene og arbeidet med minnene førte etter hvert til symptombedring. Etter hvert klarte jenta å snakke mer om sin onkel og de begynte på en ny bok med minner om onkelen. Slik gikk behandlingen mer over i sorg arbeid (Smith, Perrin, Yule og Calrk, 2010).

Ettersom moren også fikk behandling ble hun mer i stand til å snakke med datteren om det som hadde skjedd. Familiefokuset var viktig og jentas bedring var mye takket være mors egen bedring (Smith, Perrin, Yule og Clark, 2010. Egen oversettelse).