

**Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging
av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP**

Silje Mørup Ormhaug mfl.* , Tine K. Jensen , Silje
Sommer Hukkelberg , Tonje Holt og Karina Egeland

Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP

Det er grunn til å anta at nesten halvparten av alle barn og unge i spesialisthelsetjenesten (BUP) har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, ofte uten at det er beskrevet i henvisningene. For å sikre god oppfølging bør traumeopplevelser kartlegges tidlig.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Vi vil gjerne takke alle barna, deres foreldre, samt ledere og ansatte ved de to poliklinikkene som bidro til å gjennomføre denne studien.

Traumatiske hendelser # dvs. ekstremt skremmende og/eller potensielt livsfarlige situasjoner # utgjør en del av oppveksten til en betydelig andel barn og ungdom i Norge. I et utvalg på 7033 avgangselever i videregående skole oppga 25 % at de hadde blitt utsatt for minst ett tilfelle av vold fra foreldrene en eller flere ganger i løpet av livet (Mossige & Stefansen, 2007). Videre oppga 15 % av jentene og 7 % av guttene i samme studie at de hadde opplevd alvorlige seksuelle krenkelser. I en annen undersøkelse, som omfattet 15 930 ungdommer i 10. klasse, svarte 23,6 % av guttene og 11,8 % av jentene at de hadde blitt utsatt for vold fra jevnaldrende i løpet av det siste året (Schou, Dyb & Graff-Iversen 2007). Hvor stor andel som utsettes for andre traumatiske hendelser som alvorlige ulykker, overfall eller traumatiserende dødsfall vites ikke.

Ifølge diagnosemanualen DSMIV (American Psychiatric Association, 1994) defineres et traume som en situasjon der «en person opplever, er vitne til eller blir konfrontert med en eller flere hendelse(r) som innebærer faktisk, eller trussel om, død eller *alvorlig skade*, eller *trussel om fysisk skade* mot seg selv eller andre». I tillegg spesifiseres det at «personens reaksjoner innebærer intens redsel, hjelpeløshet eller skrekk. (). Hos barn kan reaksjonene vise seg i form av disorganisert eller agitert atferd» (ibid. s. 428, egen oversettelse). Det er veldokumentert at dette er hendelser som utgjør en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske vansker. Blant annet er det anslått at 30#40 % av barn og unge utsatt for traumatiske hendelser vil utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Fletcher, 1996). I tillegg finner flere studier økt forekomst av andre former for angstlidelser, depressive plager, sosiale vansker, skolerelaterte problemer, rusmisbruk og annen risikoatferd blant unge utsatt for traumer sammenlignet med kontrollgrupper (Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003; Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999).

Den høye forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge utsatt for traumer gjør at mange vil ha behov for oppfølging og behandling av spesialisthelsetjenesten for barn og unge (BUP). Per i dag finnes det ingen oversikt over hvor mange av de henviste pasientene til BUP som har vært utsatt for traumatiserende hendelser, men det er grunn til å anta at andelen er betydelig. I en landsdekkende kartlegging blant behandlere i BUP oppga mange at en stor andel av deres pasienter var traumatiserte. Samtidig ble det rapportert om en mangel på nødvendig kompetanse for å behandle denne gruppen (Hjemdal, 2006). Flere nyere studier indikerer at barn og unge med alvorlige posttraumatiske stressreaksjoner vil oppnå størst bedring dersom de mottar en form for traumefokusert behandling (NICE, 2005; Silverman et al., 2008). Dette var noe av bakgrunnen for at Nasjonalt kunnskapssenter

om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2008 startet en behandlingsstudie av traumatiserte barn og unge (TF-CBT-studien). Studien gjennomføres i samarbeid med flere poliklinikker i Norge, og formålet er å forstå mer av hva slags behandling som er effektiv for barn og ungdom som strever med signifikante symptomer på posttraumatisk stress (PTS) (www.nkvts.no). Deltakerne er mellom 10#18 år, og er rekruttert ut fra poliklinikkens vanlige pasientgrunnlag.

En av de første erfaringene som ble gjort da rekruttering til studien startet, var at traumatiserte barn sjelden ble henvist for behandling av traumer eller posttraumatiske stressreaksjoner

En av de første erfaringene som ble gjort da rekruttering til studien startet, var at traumatiserte barn sjelden ble henvist for behandling av traumer eller posttraumatiske stressreaksjoner. Barnas symptomer ble som regel forstått som tegn på depresjon, angst eller ADHD, og beskrivelser som kunne ha knyttet barnets symptomer til traumatiserende livserfaringer var ofte utelatt. Konsekvensen var at barnets erfaringer enten aldri ble avdekket, eller at de kom frem først sent i behandlingsforløpet. Dette ser ut til å være et gjennomgående problem også på landsbasis, da rapport fra Helsedirektoratet (2011) viser at det i 2009 kun var 1,9 % av pasientene i BUP som ble henvist på grunn av «alvorlige psykiske reaksjoner etter kriser, traumer eller katastrofer». Andelen som får en diagnose knyttet til traumatiske opplevelser, er lav også etter endt behandling. I en studie av Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) viser forfatterene til at det ifølge Helsedirektoratet var 3,9 % av pasientene i BUP i perioden 2001 - 2002 som var diagnostisert utsatt for seksuelle overgrep eller vold (diagnosene 1.3, 1.4 og 6.4 på akse 5, ICD-10). I samme tidsperiode fant forfatterne at av et representativt utvalg på 129 BUP-pasienter i Nordland oppga 60,2 % at de hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk mishandling, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. I Sverige fant de i en undersøkelse at det til en enkelt BUP var rapportert om familievold i seks prosent av nye henvisninger (Hedtjärn, Hultmann & Broberg, 2009). Tallet økte til 21 % da det ble innført systematisk kartlegging ved inntak til klinikken. Tilsvarende stor forskjell i hva pasienter rapporterer av traumer, og hva som er registrert i henvisning er funnet i studier blant voksne pasienter (Lothian & Read, 2002; Zanville & Cattaneo, 2009).

En slik diskrepans mellom opplevde og oppdagede traumer i behandlingssystemet er alvorlig av minst to grunner. For det første er det viktig at behandlere i psykisk helsevern bidrar til å oppdage og stoppe pågående traumatiserende forhold som barn utsettes for. For det andre trenger behandlere å ha et tilstrekkelig godt bilde av barnet eller ungdommens erfaringer for å kunne sette riktig diagnose og gi tilpasset behandling. Dette var grunnen til at vi i samarbeid med poliklinikkene i TF-CBT-

studien besluttet å innføre en mer systematisk kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser ved inntak for å se om dette førte til at flere traumer ble fanget opp tidlig. I denne artikkelen presenteres resultater fra de to første poliklinikkene som ble med i behandlingsstudien. Tre spørsmål søkes besvart:

- 1) Hvor mange av de kartlagte barn og unge rapporterte om traumatiske hendelser?
- 2) Hvor stor andel av det traumatiserte utvalget skåret over klinisk grense for posttraumatiske stress-symptomer?
- 3) I hvor stor grad var de selvrapporterte hendelsene nevnt i henvisningen?

Metode

Prosedyre og utvalg. Data ble samlet inn ved to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i perioden 1. april 2008 til 1. april 2010. Alle nye henvisninger av barn og ungdom i alderen 10#18 år ble vurdert som aktuelle for traumekartlegging, men saker hvor det var mistanke om psykose, psykisk utviklingshemning eller hvor det var behov for tolk, ble utelatt på grunn av behandlingsstudiens eksklusjonskriterier. Det ble lagt vekt på at traumekartleggingen skulle passe inn i poliklinikkens eksisterende inntaksrutiner. I den ene klinikken ble kartleggingen innført som en del av de faste inntakssamtalene, og alle behandlere ble bedt om å gå igjennom en sjekkliste over potensielt traumatiserende hendelser i denne første samtalen. I den andre klinikken ble oppgaven delegert til et inntaksteam. Her ble kartleggingene foretatt på telefon enten med barnets foreldre, eller direkte med ungdommen dersom de var over 16 år gamle. Der hvor det ble vurdert at en telefonsamtale ikke ville være beste måte å innhente slike opplysninger på, ble det innkalt til en inntakssamtale. For begge klinikker var det slik at hvis bare foreldrene hadde besvart sjekklisten, ble denne gjennomgått på nytt i første møte med barnet eller ungdommen for å fange opp mulige hendelser som foreldrene ikke visste om.

Alle som hadde erfart ett eller flere traumer, fikk tilbud om en ny samtale med psykolog tilknyttet behandlingsstudien for vurdering av eventuelle symptomer på posttraumatisk stress (PTS). Utvalget som takket ja til en slik vurdering ($n = 184$), hadde en gjennomsnittsalder på 13,9 år ($SD = 2,4$), og bestod av 63 % jenter. De aller fleste (75 %) hadde en eller begge foreldre som var norskfødte, 13 % hadde to asiatskfødte foreldre. De resterende 12 % hadde foreldre fra Afrika,

Europa og Latin-Amerika. Studien og ovennevnte prosedyrer er godkjent av Regional etisk komité (REK).

Instrumenter og datainnsamling. For å besvare våre problemstillinger ble det brukt en sjekklister for traumatiske hendelser, samt et screening-instrument for å vurdere barnas symptomer på posttraumatisk stress (beskrevet under). Til sist ble henvisningsbrevene lest igjennom, for å undersøke om hendelsene som fremkom i kartleggingen også var nevnt i henvisningen.

Tabell 1. Traumatiske hendelser som ble rapportert ved kartlegging: i hele utvalget, blant gutter og blant jenter

Type trauma	Utvalget totalt (n = 184)		Gutter (n = 68)		Jenter (n = 116)	
	%	n	%	n	%	N
Vold utenfor familien	58,7	108	61,8	42	56,9	66
Plutselig død	54,3	100	54,4	37	54,3	63
Vitne til vold i familien	39,1	72	36,8	25	40,5	47
Direkte utsatt for vold i familien	36,9	68	27,9	19	42,2	49
Ulykke	26,6	49	22,0	15	29,3	34
Vitne til vold utenfor familien	21,7	40	19,1	13	23,3	27
Sykehusinnleggelse	19,6	36	13,2	9	23,3	27
Seksuelle overgrep utenfor familien	12,0	22	0,0	0	19,0	22
Grovt ran	10,3	19	8,8	6	11,2	13
Naturkatastrofe	6,5	12	8,8	6	5,2	6
Seksuelle overgrep i familien	4,3	8	0,0	0	6,9	8
Kidnappet/bortført	3,3	6	5,9	3	2,6	3
Annet	27,2	50	20,5	14	31,0	36
Samlet antall hendelser rapportert (gjennomsnitt)	590	(3,2)	189	(2,8)	401	(3,5)

Traumatiske erfaringer: sjekklister til inntakssamtale. For kartlegging av traumatiske erfaringer utviklet prosjektgruppen en sjekklister med 12 potensielt traumatiserende hendelser: 1) alvorlig ulykke, 2) naturkatastrofe, 3) plutselig død eller alvorlig sykdom hos nær person, 4) skremmende og/eller smertefull medisinsk behandling, 5) vold eller trusler om vold utenfor familien, 6) overfall/ran, 7) bortføring/kidnapping, 8) vitne til alvorlig vold utenfor hjemmet, 9) vitne til vold i familien, 10) direkte utsatt for vold fra voksne i familien, 11) seksuelle overgrep, 12) andre skremmende eller alvorlige hendelser. Foreldre og/eller barnet skulle svare ja eller nei på om de hadde opplevd en eller flere av disse hendelsene. (Sjekklisten er tilgjengelig på www.nkvt.no//FU).

Tabell 2. Sammenheng alderskategori, antall traumer rapportert og symptomer på posttraumatisk stress (PTS)

Alderskategori	% av utvalget (n)	Gj.snitt antall traumer	Gj.snitt CPSS-skåre
Barneskolen (10 - 13 år)	42,4 (78)	2,8 (SD = 1,4)	11,8 (SD = 9,9)
Ungdomsskolen (14 - 16 år)	39,7 (73)	3,7 (SD = 1,8) ^{***1}	17,1 (SD = 9,9) ^{**2}
Videregående (17 - 18 år)	17,9 (33)	3,2 (SD = 1,5)	18,9 (SD = 10,6) ^{**2}
Total	100 (184)	3,2 (SD = 1,6)	15,1 (SD = 10,4)

Child PTSD Symptom Scale (CPSS). Vurdering av posttraumatisk stress ble gjennomført med CPSS (Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001). Dette er et instrument tilpasset barn og ungdom i alderen 8-18 år, og består av to deler. Den første delen er basert på DSM-IV diagnostiske kriterier for PTSD, og inneholder de 17 symptomene som inngår i faktorene gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering. Barnet eller ungdommen bes om å rapportere om i hvor stor grad det enkelte symptom har vært til stede de siste 14 dagene. Symptomene rangeres på en firepunkts skala fra 0 til 3 (0 = Ikke i det hele tatt, 1 = 1 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). Den andre delen av instrumentet består av seks spørsmål om hvorvidt plagene forstyrrer daglig fungering (fritidsaktiviteter, forhold til venner, skolearbeid, forhold til familie, plikter og oppgaver hjemme, generelt hvor fornøyd de er med livet). En samlet skår på 11 eller mer, minst ett symptom fra hver av de tre symptomfaktorene, samt svekkelse av minst ett funksjonsområde, regnes som symptomer over klinisk grense. Deltakere som hadde opplevd flere traumatiserende hendelser, ble bedt om å ta utgangspunkt i den hendelsen de opplevde som den verste. Analyser av dette utvalget viser at den norske utgaven har tilfredsstillende indre konsistens i de tre faktorene (gjenopplevelse; $\alpha = 0,83$, unngåelse: $\alpha = 0,78$, hyperaktivering: $\alpha = 0,74$) og funksjon ($\alpha = 0,90$).

Gjennomgang av henvisningene. Alle henvisninger ble lest igjennom av førsteforfatteren. Hvis traumene som var fremkommet gjennom kartleggingen, var nevnt i henvisningsbrevet, ble saken kodet som *nevnt*. Dersom ingen traumer var nevnt i henvisningen, eller det var nevnt en mindre betydningsfull hendelse enn den barnet opplevde som verst (f.eks. en voldtekt), ble den kodet som *ikke nevnt*.

Statistiske analyser. Alle analyser er gjennomført ved bruk av SPSS 18. Deskriptive statistiske analyser som frekvenstabeller og korrelasjoner ble brukt til å studere forekomst og sammenheng mellom traumer og ulike karakteristika ved barna. Gruppeforskjeller ble undersøkt ved hjelp av uavhengig t-test, enveis ANOVA og Pearsons khi-kvadrat test.

Ved gjennomgang av henvisningene fant vi at den traumatiske hendelsen ikke var nevnt i 37,7% av sakene, et funn som er i tråd med tidligere studier, både i Norge og internasjonalt

Resultater

I studien ønsket vi å undersøke hvor mange av de kartlagte barn og unge som oppga at de hadde vært utsatt for traumatiske hendelser, og hvor mange av disse som strevde med betydelige posttraumatiske stress-symptomer som de kunne trenge behandling for. Vi ønsket også å undersøke i hvor stor grad de selvrapperte hendelsene var nevnt i henvisningen.

Tabell 3. Verste traume,% over klinisk grense posttraumatisk stress1 og% utelatt fra henvisningen2

Type traume3	Verste trauma		Over klinisk grense PTS		Utelatt fra henvisningen2	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Vold utenfor familien	24,5	45	60,0	27	59,3	16
Direkte utsatt for vold i familien	21,7	40	70,0	28	39,3	11
Seksuelle overgrep utenfor familien	11,4	21	85,7	18	16,7	3
Vitne til vold i familien	10,9	20	55,0	11	36,4	4
Plutselig død i familien	10,9	20	45,0	9	33,3	3

Tabell 3. Verste traume,% over klinisk grense posttraumatisk stress1 og% utelatt fra henvisningen2

Ulykke	7,1	13	23,1	3	33,3	1
Plutselig død utenfor familien	6,5	12	58,3	7	28,6	2
Seksuelle overgrep i familien	2,7	5	80,0	4	0,0	0
Medisinske prosedyrer	2,2	4	25	1	0,0	0
Vitne til vold utenfor familien	1,0	2	50,0	1	0,0	0
Naturkatastrofe	1,0	2	50,0	1	100,0	2
Total	100,0	184	59,8	110	37,7	41

Hvor mange rapporterte om traumatiske hendelser, og hva hadde de opplevd? Av 511 barn og ungdommer som ble kartlagt for traumer, oppga 47,2 % ($n = 241$) å ha opplevd én eller flere traumatiske hendelser. Av disse samtykket 76,3 % ($n = 184$) i å møte til en ny samtale for vurdering av symptomer på PTS. I gjennomsnitt hadde disse 184 barn og unge opplevd 3,2 traumatiske hendelser hver ($SD = 1,6$, range 1#8). Traumat som ble hyppigst rapportert, var å bli angrepet eller utsatt for alvorlige trusler om vold utenfor familien (58,7 %, $n = 108$). Dernest hadde 54,3 % ($n = 100$) opplevd plutselig død eller alvorlig sykdom hos en nær person (omsorgsperson eller annen nær person). En tredje hyppig hendelse var vold i hjemmet; 39,1 % ($n = 72$) oppga at de hadde vært vitne til vold, mens 36,9 % ($n = 68$) svarte at de hadde blitt direkte utsatt (sparket, lugget eller slått av en eller flere omsorgspersoner). Seksuelle overgrep i form av voldtekt, voldtektsforsøk eller annen uønsket seksuell atferd ble rapportert av 25,9 % av jentene ($n = 30$), men ikke av noen gutter. Samlet rapporterte jentene om signifikant flere hendelser enn guttene (gjennomsnitt 3,5 vs. 2,8; $t(182) = -2,65$, $p < 0,01$).

I utvalget var det signifikante forskjeller på hvor mange hendelser som ble rapportert i ulike aldersgrupper, der deltakere i ungdomsskolealder rapporterte om flest hendelser ($F(2, 181) = 6,35$, $p < 0,01$) (se tabell 2).

Når barna og ungdommene ble bedt om å fortelle hvilken hendelse de opplevde som *den verste*, var det hyppigst rapporterte traumat enten å være direkte utsatt for eller vitne til vold i hjemmet (32,6 %, $n = 60$). Neste hendelse var vold utenfor hjemmet, noe som ble oppgitt av 24,5 %

($n = 45$) av utvalget. Seksuelle overgrep var det tredje hyppigste traumet, dette ble rapportert av til sammen 14,1 % ($n = 21$ utenfor familien, $n = 5$ innenfor familien) (tabell 3).

Hvor stor andel hadde signifikante symptomer på posttraumatisk stress? Ved vurdering av symptomer på PTS skåret 59,8 % av utvalget over klinisk grense. Gjennomsnittlig skår var 15 ($SD = 10,4$, range 0#46). De som hadde opplevd flere traumatiserende hendelser, rapporterte om gjennomsnittlig høyere symptomnivå ($r = 0,30$, $p < 0,01$). Å være jente ($r = 0,26$, $p < 0,01$), samt høyere alder ($r = 0,31$, $p < 0,01$) var også assosiert med høyere skår (tabell 2). Ser vi nærmere på sammenhengen mellom *type* traume og grad av posttraumatisk stress, var det i vårt utvalg særlig barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, som skåret over klinisk grense. Av de som var utsatt for overgrep fra noen utenfor familien, gjaldt dette 85,7 %, og 80,0 % for de som hadde opplevd overgrep fra et familiemedlem. Det samme gjaldt de som hadde opplevd vold i hjemmet; her skåret 70,0 % av utvalget over klinisk grense (tabell 3).

I hvor stor grad var de selvrapporterte traumene nevnt i henvisningen? Av hele utvalget ($n = 184$) var de traumatiserende hendelsene utelatt fra 40,2 % av henvisningene. For å utelukke de sakene hvor traumene ikke var nevnt fordi de ikke var direkte relevante for barnets vansker i dag, ble utvalget som skåret over klinisk grense for PTS undersøkt ($n = 110$). Her fant vi at traumene *ikke* var nevnt i 37,7 % av henvisningene ($n = 41$). I dette utvalget rapporterte 59,3 % ($n = 16$) om vold utenfor hjemmet som *ikke* var nevnt i henvisningene. Vold i hjemmet var utelatt i 38,5 % ($n = 15$) av sakene. Motsatt var hendelser som seksuelle overgrep, medisinske prosedyrer og plutselig dødsfall i nær familie hyppigst nevnt (tabell 3). Vi fant videre at det var signifikant høyere CPSS-skårer blant undergruppen av personer over klinisk grense hvor traumene ikke var nevnt, sammenlignet med gruppen der hendelsen var nevnt i henvisningen (gjennomsnitt 18,9 vs. 14,0, $t(111) = -3,56$ $p < 0,01$). I totalutvalget fant vi ingen forskjell på om traumene var nevnt ut fra kjønn ($\chi^2(1) = 0,12$, $p = 0,91$) eller aldersgruppe ($F(2, 182) = 1,05$ $p = 0,35$).

Diskusjon

Resultatene fra denne studien indikerer at nesten halvparten av alle barn og unge som henvises til BUP, kan ha opplevd én eller flere traumatiserende hendelser, og at andelen som også rapporterer om signifikante symptomer på posttraumatisk stress, er høy. Dette er i tråd med hva man kunne forvente ut fra tidligere studier både av BUP-populasjoner (Reigstad et al., 2003) samt epidemiologiske

studier (Mossige og Stefansen, 2007). Det som er nytt med denne studien, er at det i tillegg ble undersøkt hvorvidt de selvrapporterte traumene ble nevnt i henvisningene. Her kom det frem at en betydelig andel traumer *ikke* var nevnt, også blant andelen barn og unge som rapporterte om posttraumatiske stressreaksjoner over klinisk grense. Dette medfører en risiko for at traumer og påfølgende posttraumatiske stressreaksjoner ikke blir fanget opp i BUP, med mindre terapeuter selv spør eller på andre måter kartlegger hvorvidt de henviste barn og unge har hatt traumatiserende erfaringer.

Denne studien var ikke utformet for å avdekke *hvorfor* de opplevde traumene så ofte var utelatt fra henvisningene, men det er rimelig å tenke seg i hvert fall to årsaker til dette. For det første blir en del traumer antakelig utelatt fordi de er holdt skjult. Dette kan være tilfeller der barnet eller ungdommen ikke har fortalt om hendelsen til andre voksne, eller det kan være at enkelte foreldre ikke har ønsket at henviseren skal vite om deres opplevelser. I vårt utvalg var vold, både innenfor og utenfor familien, de typer hendelser som var hyppigst utelatt fra henvisningene. Ut fra klinisk erfaring vet man at det å leve med vold i familien ofte er forbundet med mye skam og hemmelighold. Det er derfor sannsynlig at mange ikke ønsket å oppgi dette til sin fastlege eller eventuelt til barneverntjenesten. Det kan også tenkes at ungdommer som har opplevd voldsepisoder utenfor hjemmet, unnlater å fortelle om dette til foreldrene, særlig hvis de har vært påvirket av alkohol eller andre rusmidler. En annen grunn til at traumatiske hendelser ikke blir nevnt i henvisningen, kan være fordi foreldre og henviseren ikke forstår at den har relevans for barnets nåværende plager. Noen ganger kan det være at foreldrene ikke oppfatter hvor skremmende hendelsen har vært for barnet. Andre ganger kan det være at det har gått lang tid siden traumet (traumene) skjedde, og siden barnet ikke lenger er i fare, blir det oppfattet som at vanskene har andre årsaker. Det er ikke alltid lett for voksne å observere posttraumatiske plager hos barn, da mange av reaksjonene, så som påtrengende minner og flashbacks, foregår på et «indre» plan. Studier har vist at foreldre ofte har en tendens til å underrapportere barns posttraumatiske symptomer (Dyb, Holen, Brønne, Indredavik & Aarseth, 2003).

Ut fra funnene i vår studie anbefales det at poliklinikkene innfører systematisk kartlegging for traumer

Det vites ikke hvor stor andel av de utelatte traumene som ville blitt oppdaget i løpet av behandlingen dersom familiene ikke hadde blitt spurt direkte ved inntak. Det vil åpenbart være rom for å rapportere om traumer i den påfølgende kontakten etter en innledende samtale, men det er

ikke alltid sikkert dette vil skje. Studier av voksne pasienter tyder på at man ikke kan forvente at traumatiske erfaringer blir spontant rapportert om, og at behandlere derfor må ta ansvar for å spørre etter slike hendelser (Lothian & Read, 2002; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007). Dette vil i høyeste grad også gjelde for barn, da de også vil ha behov for bekreftelse fra voksne på at det er lov å fortelle om det de har opplevd. Studier har vist at både barn og voksne synes det er greit å bli spurt om potensielt traumatiserende opplevelser (Griffin, Resick, Waldrop & Mechanic, 2003; Newman, Risch & Kassam-Adams, 2006; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders & Kilpatrick, 2011; Lothian & Read, 2002). Dette gjaldt også barna i TF-CBT-studien, hvor kun to prosent svarte at de opplevde det som veldig opprørende eller stressende å svare på spørsmål knyttet til traumer og posttraumatisk stress (Jensen, i trykk). Blant voksne fant Lothian & Read (2002) at et utvalg pasienter rapporterte at de hadde forventet å bli spurt om traumatiske erfaringer når de kom i behandling, og de satte pris på at dette ble gjort.

Ut fra funnene i vår studie anbefales det at poliklinikkene innfører systematisk kartlegging for traumer.

Denne kartleggingen bør gjøres så tidlig som mulig, helst som en del av inntaksarbeidet. Det gjør at man får avklart tidlig om det er behov for spesifikke tiltak for å trygge barnets situasjon, og hvorvidt det bør foretas en videre vurdering av PTS-reaksjoner. Resultatene i denne studien viser også at veldig mange vil fortelle om traumatiske hendelser når de blir spurt, selv om vi vet at det også finnes unntak. Noen ganger trenger barnet eller andre i familien mer tid før de føler seg trygge nok til å fortelle om sine opplevelser, da hendelsene ofte kan være forbundet med mye skam og skyldfølelse. Det vurderes likevel som viktig å stille disse spørsmålene, fordi dette vil sende viktige signaler til familien. For det første får behandleren formidlet at man kjenner til at en del barn og unge utsettes for vold, overgrep og andre traumatiserende hendelser. For det andre signaliserer man at dette er hendelser det er viktig for terapeuten å få vite om, fordi de kan føre til plager for barnet. Sist, men ikke minst, viser disse spørsmålene at BUP er et sted der man kan snakke om slike hendelser, og at barn og ungdom som sliter med plager i etterkant, kan få hjelp til å håndtere disse.

Basert på disse erfaringene anbefales det at poliklinikkene innfører systematisk kartlegging av traumatiske erfaringer som en del av de faste inntaksrutinene

Begrensninger i studien. Studien har gitt oss verdifull kunnskap om betydningen av å rutinemessig kartlegge for traumer og posttraumatisk stress. Noen begrensninger må likevel nevnes. Vi kan ikke si noe om hvor stor andel av det totale antallet henviste barn og unge i BUP som kan

antas å være traumatiserte eller ha behov for traumefokusert behandling. Dette skyldes først og fremst at barn og ungdom med psykisk utviklingshemning og familier med behov for tolk (oftest flyktninger) ble systematisk utelatt fra kartleggingene på grunn av hovedstudiens eksklusjonskriterier. Siden studier har vist at dette er to grupper som i større grad blir utsatt for traumer enn andre (Schau, Dyb & Graff-Iversen, 2007), er det rimelig å anta at våre funn på 47,2 % er en underrapportering av BUP-pasienters faktiske traumeerfaringer. Videre er det slik at bare henvisningene til de som valgte å bli kartlagt for posttraumatisk stress, ble analysert (76,3 %), så vi vet heller ikke hvor stor andel av traumene som ble nevnt i henvisningen i det totale utvalget. De to klinikkene som er presentert, ble valgt ut tilfeldig, og vi vet således ikke hvorvidt de to er representative for alle landets poliklinikker. Denne studien begrenser seg til barn og ungdom i alderen 10-18 år, og fremtidige studier burde undersøke forekomsten av traumer og posttraumatisk stress blant de yngre aldersgruppene.

Konklusjon

I denne kartleggingsstudien ble barn og unge som var henvist til BUP, systematisk kartlagt for traumatiske hendelser ved inntak. Resultatene viser at 47,2 % av utvalget rapporterte om minst én traumatisk hendelse i løpet av livet, og av de traumeeksponerte barn og unge hadde 59,8 % posttraumatisk stress-symptomer over klinisk grense. Ved gjennomgang av henvisningene fant vi at den traumatiske hendelsen *ikke var nevnt* i 37,7 % av sakene, et funn som er i tråd med tidligere studier, både i Norge og internasjonalt. Basert på disse erfaringene anbefales det at poliklinikkene innfører systematisk kartlegging av traumatiske erfaringer som en del av de faste inntaksrutinene. Dette er tiltak som kan hindre at barnets traumatiske opplevelser og påfølgende symptomer blir oversett, og øke muligheten til å gi riktig tilpasset behandling.

ABSTRACT

Screening for traumatic experiences among children and adolescents referred to outpatient clinics

There is reason to believe that a significant number of children and adolescents referred to child and adolescent outpatient clinics have experienced traumatic events, but it is unclear whether these traumas are described in the referrals. This means that the traumatizing experiences are often unknown to clinicians, and the child's post-traumatic stress symptoms may thus be overlooked. In the present study, 511 children and adolescents aged 10 - 18 referred to two child and adolescent outpatient clinics were screened for traumatic events at intake. Results show that 47.2 % reported being exposed to at least one traumatic event, and 184 of these agreed to be further assessed for symptoms of post-traumatic stress (PTS). In this sample, 59.8 % scored above clinical level, but the traumatizing event was not mentioned in 37.7 % of the referrals. These findings are in line with previous studies, and underscore the importance of routinely screening for traumatic events and post-traumatic symptoms at intake.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington, DC: Forfatteren.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268–277.
- Dyb, G., Holen, A., Brønne, K., Indredavik, M. S. & Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 339–344.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. I E. J. Mash & R. Barkley (red.), *Child psychopathology* (s. 242–276). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), s. 376–384. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E. & Mechanic, M. B. (2003). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 221–227.
- Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Klinik och Vetenskap*, 106, 3242–3247.
- Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Jensen, T. K. (I trykk). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner # kan vi snakke med barn om alt? I E. Backe-Hansen & I. Frønes (red.), *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95–120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lothian, J. & Read, J. (2002). Asking about abuse during mental health assessments: Client's views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology* 31(2), 98–103.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: NOVA.
- Newman, E., Risch, E. & Kassam-Adams, N. (2006). Ethical issues in trauma-related research: A review. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1, 29–46.

- NICE. (2005, 17.07.08). NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder from <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>
- 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*, 46, 1542–1554.
- Read, J., Hammersley, P. & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101–110.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58–66.
- Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker (vol. 8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D., Putnam, F. W. & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156–183.
- Zajac, K., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2011). Adolescent distress in traumatic stress research: Data from the national survey of adolescents replication. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 226–229.
- Zanville, H. A. & Cattaneo, L. B. (2009). Underdiagnosing and nontreatment of posttraumatic stress disorder in community mental health: A case study. *Psychological Services*, 6(1), 32–42.