

- Symptomene betyr mer enn traumeerfaringene

Per Olav Solberg

Konstituert sjefredaktør i Psykologtidsskriftet

Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. For det ble de belønnet med Bjørn Christiansens minnepris.

I slutten av april i år fikk Eidhammer en hyggelig telefon fra Håkon Skard, president i Norsk psykologforening. Han gratulerte, og meddelte at Eidhammer og kollegaer var vinnerne av årets minnepris i Psykologtidsskriftet.

– Det var veldig moro og overraskende. Og utrolig stas at en artikkel om traumer og barn, som er en sårbar gruppe, får denne typen oppmerksomhet, sier hun.

Eidhammer var ferdig utdannet psykolog høsten 2017, og jobber i dag ved BUP poliklinikk Klostergata i Trondheim.

– Opprinnelig var dette en hovedoppgave jeg skrev på studiet sammen med Håkon Larsen Jahr, som også er medforfatter på artikkelen. Ideen og forskningsmaterialet kom fra NKVTS, og våre veiledere ble Ines Blix og Tine Jensen. De ble også med videre da oppgaven skulle løftes opp til å bli en vitenskapelig artikkel, sier hun.

Hva virker?

Kort forklart er Eidhammer og kollegaers artikkel en studie om hvordan barn med kompleks PTSD responderer på traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en behandlingsform som er mye brukt ved «vanlig» PTSD. I ICD-11 ble kompleks PTSD ny diagnose, og studien ønsket å se om behandlingsmetoden hjelper for de spesifikke symptomene som de har lagt til grunn i diagnosen. Dette er det forsket lite på.

– Komplekse traumer har blitt en større og større del av psykologifeltet, men hva betyr diagnosen, og hva skal vi med den? Hvor viktig er symptomene på kompleks PTSD sammenlignet med PTSD, og hva gjør vi med denne diagnosen i praksis? Det var denne typen spørsmål vi hadde lyst til å nærme oss gjennom artikkelen, utdyper Eidhammer til Psykologtidsskriftet.

Konklusjonen i den vitenskapelige artikkelen som omhandler behandling av rundt 80 barn i BUP, er at TF-CBT kan være hjelpsomt for barn med symptomer på CPTSD, og føre til betydelig reduksjon i både posttraumatisk stress og selvorganiseringsvansker. Barn og ungdom med kompleks PTSD hadde imidlertid flere symptomer både ved behandlingsstart og behandlingslutt enn de med PTSD.

– Jeg oppfatter at det er en usikkerhet i fagfeltet om hvilken betydning diagnosen har for behandling, og da kan kanskje denne studien være et bidrag til å skape litt mer trygghet blant psykologer og andre behandlere, sier Eidhammer.

Se på symptomene

I tillegg til hovedfunnet i studien er Eidhammer opptatt av at det ikke alltid er noen klar sammenheng mellom omfanget på traumene barn har opplevd, og symptomene.

– Det er lett å tenke at jo verre traumeerfaringene er, desto mer komplekse traumesymptomer. Dette har også vært den mest vanlige hypotesen i forskningsfeltet: Barn får kompleks PTSD av

voldsomme traumatiske hendelser i tidlige år. Men det viser seg at antall traumer og type traumer ikke i seg selv er avgjørende for symptomtrykket og diagnosen du får, det var også et tydelig funn i studien vår. Det betyr at vi heller ikke må overse skadeomfanget i det vi kan tenke er tilsynelatende mildere traumatiske hendelser. Det er avgjørende å møte barna der de er, og ha fokus på symptomer og funksjon, og ikke så mye på årsaken til traumet, sier hun.

– Hvorfor er det slik at noen utvikler kompleks PTSD av tilsynelatende «små» hendelser, mens andre får et relativt lavt symptomtrykk selv om de traumatiske hendelsene er voldsomme?

– Dette er et stort spørsmål. Mengden og intensiteten av traumer er selvsagt en risikofaktor, men både arv og miljø spiller inn på hvordan barna takler traumene. Noen har større sårbarhet for psykiske lidelser enn andre, og vi vet at manglende reguleringsstøtte fra omgivelsene og mangel på trygge voksne kan ha mye å si for hvor sterkt symptomtrykket blir, sier Eidhammer.

I vinnerartikkelen skriver Eidhammer og kollegaer om befolkningsstudier som viser at 15 - 40 % av alle barn og unge har blitt utsatt for, eller har vært vitne til, vold og/eller seksuelle overgrep.

– *Det er et stort spenn i disse tallene. Hvorfor?*

– Det henger som regel sammen med ulike definisjoner av vold og overgrep, som blir brukt i studiene. Det jeg tar med meg her, er at omfanget uansett er temmelig voldsomt, og at det på samfunnsnivå er svært nyttig og viktig å finne fram til behandlingsformer som gir alle disse barna den hjelpen de trenger. Her er det fortsatt mye å lære.

– *På hvilken måte?*

– Hvordan kan man få operasjonalisert behandlingen bedre, slik at de barna som ikke responderer godt på behandling i dag, får bedre hjelp i framtiden? Hva trenger egentlig de barna som ikke responderer godt på behandling i dag? Det vet vi lite om. Handler det om mengden terapi, vektningen av de ulike komponentene i behandlingen, eller noe helt annet? Og et annet spørsmål er hvor viktig det er å differensiere mellom kompleks PTSD og PTSD. Det er det heller ikke mye forskning på, sier psykologen.

Kvantitet og kvalitet

Barna (mellom 6 og 18 år) som har deltatt i studien, har alle mottatt TF-CBT, og denne behandlingsformen gjennomføres vanligvis i løpet av 12 - 15 timer. Hvor mange timer, eller hyppigheten i behandlingen for deltagerne i studien, sier artikkelen til Eidhammer og kollegaer lite om.

– Dette er en klar svakhet ved artikkelen. Vi studerte symptomtrykket da terapien begynte, og hvordan symptomene var ved terapislutt. Hvordan de ulike komponentene i behandlingen har vært brukt i ulike terapiforløp, og hvordan det har slått ut på behandlingen, vet vi ingenting om.

– *12-15 timer høres ikke mye ut. Er det nok til å få til god allianse og kontakt med barna, i tillegg til å jobbe konkret med metoden?*

– Det er selvsagt avgjørende å få til en god relasjon med barna og gjøre dem trygge – og at behandler har tid til å lytte. Å stille spørsmål som en del av en prosedyre fungerer ikke. Metoden er temmelig fleksibel og ikke for strukturert, og gir stort rom for å fange opp det behandler opplever som selve kjernen i terapien.

– *Barn er sårbare individer i rask utvikling. Hvor stor er risikoen for feildiagnostisering i dette feltet? Kan man bli for opptatt av å lete etter kompleks PTSD istedenfor å tenke at dette er innenfor normalutvikling?*

– Feildiagnostisering skjer nettopp fordi er vanskelig å finne ut hva som er hva, særlig blant de yngste barna. Men jeg opplever høy bevissthet i fagfeltet om denne faren. Det kan være vanskelig å vite hvor mye av symptomtrykket som er traumebasert, og hva som handler om noe annet. I tillegg opplever dette feltet stor grad av underrapportering; at barn ikke forteller om alvorlige traumatiske hendelser. Her ligger det nok også en del mørketall, avslutter Sandra Ekelund Eidhammer.