

Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn

Somatisk syke barn kan oppleve store psykiske påkjenninger som følge av sykdom, sykehusinnleggelse og belastende medisinske prosedyrer. Ofte får de ikke den psykologiske oppfølgingen og behandlingen de trenger.

TEKST

Solveig Gjems

Trond H. Diseth

PUBLISERT 5. september 2011

ABSTRACT:

Somatic illness and psychological trauma in children: Prevention and treatment strategies

Children with serious and/or chronic somatic illness are at risk of developing posttraumatic stress symptoms, PTSD and dissociative symptoms as a consequence of the illness process, hospital stays and painful treatment procedures. This article addresses the central factors that may reduce or prevent traumatic experiences during the hospitalization. Psychological treatment of children who have become traumatized during their somatic illness is discussed and illustrated by clinical examples. For optimal treatment it is vital that paediatric and psychiatric health care services have accurate knowledge about the *risk of psychological trauma experiences among children with somatic illness*.

Keywords: somatic illness, children, hospitalization, traumatic stress

EMNER

Somatisk sykdom

barn

Forebygging

Traumatisk stress



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

Kunnskap om psykiske vansker som følge av somatisk sykdom hos barn er ikke tilstrekkelig kjent, verken innenfor somatisk helsevesen eller psykisk helsevern. Dette medfører at somatisk syke barn ofte ikke får den psykologiske oppfølging og behandling de trenger. Disse barna bør i langt større grad enn i dag tilbys oppfølging av psykolog, men fortsatt er det få psykologer som arbeider på barnemedisinske avdelinger (Hofgaard, 2008). Psykologisk oppfølging kan bidra til sykdomsmestring, raskere bedring og til forebygging av negative konsekvenser av sykdom.

«Alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom hos barn gir 2-3 ganger økt risiko for psykiske, sosiale og familiære vansker»

Studier viser at alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom hos barn gir 2–3 ganger økt risiko for psykiske, sosiale og familiære vansker (Diseth, 2006). Den økte risikoen er dokumentert ved barneleddgikt, medfødt hjertefeil, barnekreft og medfødte misdannelser. Sykehusinnleggelser og den medisinske behandling kan innebære påkjenninger og belastninger av traumatisk karakter. Forskning vedrørende posttraumatisk stress og dissosiative symptomer hos somatisk syke barn er meget begrenset sammenlignet med tilsvarende forskning på barn som har opplevd emosjonelle, fysiske eller seksuelle overgrep (153 referanser i forhold til somatisk sykdom versus 2205 referanser i forhold til overgrep; PubMed søk 30.05.11: «PTSD» OR «Dissociation» AND «Children» AND «Medical illness»/ «Abuse»).

Det er funnet en klart forhøyet risiko for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) ved alvorlig sykdom. Nitti prosent av somatisk syke barn rapporterer minst én traumatisk hendelse, gjennomsnittlig 3,14 hendelser, relatert til sin somatiske sykdom (Stuber, Shemesh & Saxe, 2003). Traumer hos somatisk syke barn kan dreie seg om enkeltstående traumer knyttet til forbigående sykdom, eller det kan være barn som har sammensatte og gjentatte traumeerfaringer. Disse barna har ofte fra tidlig barnealder hatt en alvorlig eller livstruende sykdom og gjennomgått utallige sykehusinnleggelser, som kan innebære mange separasjoner, skremmende sykehusopplevelser eller smertefulle medisinske prosedyrer. Også barn med mindre alvorlige kroniske tilstander, men som må gjennomgå smertefull medisinsk behandling kan utvikle posttraumatiske stresssymptomer (Diseth, 2006).

Nyere nevrobiologisk forskning viser at omsorgssvikt og overgrep fra tidlig småbarnsalder kan ha cerebrale følger for barnets psykologiske, sosiale, kognitive og fysiologiske utvikling (Siegel, 1999; Diseth, 2005). Alvorlig somatisk sykdom hos barn fra tidlig levealder kan medføre tilsvarende alvorlige utviklingsmessige konsekvenser, som følge av den medisinske behandlingen (Stuber et al., 2003; Diseth, 2006).

«Flere studier viser at både foreldre og søsken rapporterer høyere forekomst av posttraumatisk stresssymptomer enn det syke barnet selv»

For å belyse sammenhengen mellom somatisk sykdom og traumereaksjoner hos barn gjennomgår vi i denne artikkelen relevant forskning og gir kliniske illustrasjoner fra en somatisk barneavdeling. Til slutt drøfter vi sentrale komponenter i forebygging og behandling av traumer hos somatisk syke barn.

Somatisk sykdom og traumer hos barn

Barn med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom er i risiko for å utvikle posttraumatiske stresssymptomer (Diseth, 2006). Diagnosetidspunktet ved alvorlig

livstruende sykdom, for eksempel kreft, kan representere type 1-traume (Terr, 1991), det vil si en akutt trussel om død/alvorlig skade/sykdom. Ulykker og brannskade er andre eksempler på type 1-traumer. Under et ofte langvarig behandlingsforløp må barnet gjennomgå gjentatte invaderende medisinske prosedyrer som vil kunne representere type 2-traume, det vil si en serie gjentatte truende hendelser om død/trussel mot fysisk integritet (Terr, 1991). En undersøkelse av ungdom som har gjennomgått organtransplantasjon (lever, nyre eller hjerte), viser at mer enn 16 % oppfylte alle PTSD-kriteriene, i tillegg oppfylte 14,4 % to av tre kriterier på PTSD (Mintzer, Stuber, Seacord & Glover, 2005). Den samme risiko viser studier av brannskadde barn, hvor 30 % utviklet PTSD (Saxe et al., 2005). Av barn med medfødte misdannelser som ble utsatt for gjentatte smertefulle behandlingsprosedyrer de første 4 leveår, hadde 43 % vedvarende posttraumatisk stresssymptomer både i ungdoms- og voksenalder (Diseth, 2006).

Inntil på begynnelsen av 1990-tallet var det allment akseptert at spedbarn og småbarn ikke kunne føle smerte eller hadde en umoden smerterespons, og at barn ikke kunne huske smerter/traumer. Nyere forskning viser at barn har større individuell variasjon i smerterespons enn voksne, og at barn kan ha sterkere smerteopplevelse og kraftigere smerterespons enn voksne. Ved gjentakende smerteopplevelse skjer det en sensitivisering av nervesystemet, slik at smerte «huskes» og barnet vil ved gjentatte smertefulle stimuli kunne oppleve smerten mer intens (Howard, 2003). En undersøkelse indikerer at personalet på barneintensiv underestimerer PTSD; kun 7 % av personalet trodde at barn kunne utvikle PTSD. Kun 11 % visste om metoder og intervensjoner for å fange opp barn med PTSD, mens hele 80 % ikke visste om de ville ta disse mulige metodene og intervensjonene i bruk, grunnet tidspress og kostnad (Ziegler, Greenwald, DeGuzman & Simon, 2005).

Alvorlig sykdom hos barn kan få store konsekvenser også for barnets familie. Undersøkelser viser at 27–52 % av foreldrene til barn som har gjennomgått organtransplantasjon (Young, Mintzer, Seacord & Stuber, 2003), foreldre til barn som er innlagt barneintensiv avdeling (Colville & Gracey, 2006) og foreldre til barn med alvorlig brannskade (Hall, Saxe & Stoddard et al., 2006) rapporterer symptomatologi forenlig med PTSD. Det samme viser undersøkelser vedrørende foreldre til kreftsyke barn. Opptil 40 % av foreldrene rapporterer PTSD og opptil 68 % posttraumatiske stresssymptomer i etterkant av diagnose og behandling (Taieb, Moro, Baubet, Revah-Levy & Flament, 2003). Flere studier viser også at både foreldre og søsken rapporterer *høyere* forekomst av posttraumatisk stress-symptomer enn det syke barnet selv (Alderfer, Labay & Kazak, 2003).

Kliniske illustrasjoner

Følgende tre kliniske eksempler viser hvordan påkjenninger knyttet til alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom kan bidra til utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. Da det til dels dreier seg om lavfrekvente sykdomstilstander, er kasusbeskrivelsene anonymisert i henhold til alder, kjønn, sykdomskategorier og familieopplysninger.

Pia, sju år

Pia var blitt kritisk syk med akutt leversvikt, og sykdomsforløpet var svært komplisert. Hun ble levertransplantert to ganger, og var innlagt i flere måneder på sykehus. Hun gjennomgikk i denne tiden mange smertefulle medisinske prosedyrer, gjentatte narkoser og utallige høyteknologiske undersøkelser. I forbindelse med den siste transplantasjonen var hun svært nær ved å dø, og foreldrene trodde de kom til å miste henne. Pia beskrives som en utadvendt og aktiv jente som hadde utviklet seg normalt frem til hun ble akutt syk. Hun hadde i en periode vært noe engstelig for mørket og for å sove alene etter at hennes mormor døde brått da Pia var 5 år gammel. Engstelsen hadde imidlertid avtatt i månedene før hun selv ble syk. I ukene etter sykehusoppholdet utvikler hun sterk engstelse for en rekke ulike situasjoner hun ikke tidligere har vært redd for. Hun unngår alt som har med sykehus å gjøre, og hun har fått innsovningsvansker. Pia vurderes å ha utviklet en akutt belastningslidelse (ASD) på bakgrunn av alvorlig og livstruende sykdom.

Johan, fem år

Johan var innlagt i barneavdelingen for utredning av barneleddgikt. Fra første stund viste han intens motvilje mot alle medisinske prosedyrer, særlig sprøyter. Til og med å ta av plaster var en utfordring å få gjennomført. I disse situasjonene reagerte han med å sparke og slå både foreldre og personalet. Foreldrene opplevde det som å «trykke på en bryter» når noe skulle gjøres med ham, han ble panisk, og de klarte ikke å roe ham slik de vanligvis gjorde når han ble redd eller lei seg. I anamnesen fremkom at Johan fra 2 års alder hadde vært plaget med obstipasjon, og i 3–4-årsalderen var han flere ganger innlagt på lokalsykehuset for tømning med klyster. Foreldrene beskrev disse situasjonene som meget traumatiske for gutten. Han motsatte seg sterkt det som skulle skje, og det måtte flere voksne til for å holde ham fast, inkludert foreldrene. Johan har alltid vært meget bestemt og viljesterk, men har ikke hatt spesielle psykososiale vansker utover angsten for sykehussituasjoner. Etter at han igjen ble innlagt på sykehus, plages han av innsovningsvansker og mareritt. Leken hans er preget av å være repeterende, og dreier seg ofte om at ulike leker og gjenstander blir sperret inne eller tatt til fange. Johan vurderes å ha utviklet PTSD på bakgrunn av tidlige skremmende og smertefulle opplevelser på sykehus.

David, seks år

David har en medfødt kronisk tarmsykdom som innebærer operasjon i tidlig levealder og tett medisinsk oppfølging. Sykdommen fører til problemer med tarmfunksjonen, med medfølgende hyppige magesmerter og avføringslekkasje. Da han var fem år, fikk han på bakgrunn av mye plager med magen utlagt tarm (stomi). David kommer fra en familie med både psykiatrisk og somatisk sykdomsopphopning. Belastninger knyttet til sykdom har fått mye fokus i familien helt siden hans første leveår, noe som har virket forstyrrende inn på tilknytningen mellom David og foreldrene. David varierer mye i funksjon både emosjonelt og kognitivt. Han kan plutselig begynne å gråte, tilsynelatende uten grunn. Han kan virke fjern for så å gi god kontakt kort tid senere, og

han har en tendens til å glemme ting han har lært, for så å huske det igjen. David vurderes å ha utviklet en dissosiativ lidelse på bakgrunn av traumatiske opplever knyttet til medfødt sykdom, langvarige plager/smerter som følge av sykdommen og stor grad av sykdomsbelastning i familien.

Valg av behandlingstilnærming for hvert av barna vil bli drøftet senere i artikkelen.

Biopsykososialt perspektiv på sykdom

Med en biopsykososial sykdomstilnærming vektlegges både fysiske, psykologiske og sosiale faktorer i forståelsen av hva som predisponerer, utløser og opprettholder sykdom. I arbeid med somatisk syke barn er det nødvendig med en slik multifaktoriell, helhetlig tilnærming til sykdom, hvor alle identifiserbare stressorer som vurderes å kunne påvirke sykdomsforløpet, blir tatt hensyn til (Frankel, Quill & McDaniel, 2003). I hvilken grad et barn blir traumatisert som konsekvens av somatisk sykdom, vil kunne påvirkes av mange faktorer som barnets genetiske, biologiske og psykologiske sårbarhet eller motstandskraft (resiliens) i forhold til livsbelastninger, barnets/familiens tidligere erfaring med sykdom, barnets generelle tilpasning før sykdomsdebut, sosial støtte i nettverk og grad av åpenhet i familien (Reinfjell, Diseth & Vikan, 2007). Også kunnskap om viktigheten av utviklingspsykologiske aspekter i forhold til somatisk sykdom og langvarig behandling, og hvordan en kan sikre at normale psykologiske utviklingsprosesser får gå sin gang i størst mulig grad, er av stor betydning (American Academy of Pediatrics, 1996; Horowitz, Kassam-Adams & Bergstein, 2001).

For å ivareta et slikt helhetsperspektiv i behandlingen av det somatisk syke barnet er tverrfaglig samarbeid av stor betydning. Psykologen som er ansatt på en barneavdeling, arbeider gjennom ulike metoder både direkte pasientfokusert og mer konsultativt i forhold til andre faggrupper. Psykologen samarbeider derfor nært med lege, sykepleier, fysioterapeut, spesialpedagog og ernæringsfysiolog i tverrfaglige team. Et samarbeid skjer også i forhold til førskolelærer på lekerommet, lærer på sykehuskolen, musikkterapeut og sykehusklovn. Det legges vekt på å ha jevnlig tverrfaglige møter for å sikre at alle involverte er oppdaterte på helhetssituasjonen til det enkelte barn. Ofte deltar også foreldrene på slike tverrfaglige møter. Dette uttrykker mange foreldre stor tilfredshet med, da de ellers fort kan oppleve behandlingen som fragmentert og med manglende dialog mellom de ulike fagpersonene som er involvert. Da psykologen oftest er den som tar initiativ til tverrfaglig samarbeid med det medisinske personalet, har psykologen en viktig funksjon i å ivareta et biopsykososialt perspektiv i behandlingen av barn på sykehus.

Forebygging og tidlig intervensjon

For å forebygge langtidskonsekvenser av alvorlig sykdom er det nødvendig å dempe de akutte stressorene tidlig, det vil si på tidspunktet for diagnose og igangsetting av behandling (Stuber, 1996; Kassam-Adams & Winston, 2004; Kassam-Adams, 2006; Kazak, Kassam-Adams, Schneider, Zelikovsky, Alderfer & Rourke, 2006).

Helsepersonell på somatisk sykehus er derfor i posisjon til å forebygge videre

traumatiske opplevelser, fange opp stressreaksjoner og hjelpe foreldrene å forholde seg til barnets reaksjoner. Det er utviklet flere metoder, manualer og programmer for dette (Stuber, Schneider, Kassam-Adams, Kazak & Saxe, 2006; National Child Traumatic Stress Network, 2011).

I tråd med dette blir det for psykologen som er ansatt ved somatisk barneavdeling, en viktig oppgave å veilede og undervise avdelingspersonalet i hvordan en kan forebygge traumatiske opplevelser i forbindelse med sykehusbehandlingen og fange opp eventuelle traumereaksjoner. Vår kliniske erfaring tilsier at bedring av rutiner for gjennomføring av smertefulle eller skremmende prosedyrer med fokus på det enkelte barns forutsetninger og behov vil kunne skape mer forutsigbarhet og opplevelse av kontroll hos barnet. Barn vil oppleve mer kontroll dersom de er godt forberedt på hva som skal skje, før undersøkelsene gjennomføres. En rekke studier har vist at forberedelse ved bruk av hypnose eller kognitive atferdsterapeutiske intervensjoner reduserer angst, hjelpeløshet og stress under medisinske prosedyrer (Stuber, 1996). I den forbindelse er det nyttig å ta i bruk ulikt lekemateriell som dukker og tegning, for å forberede barn på smertefulle prosedyrer. Forhåndsbesøk på operasjonsstuen kan også inkluderes. Det har vist seg nyttig å legge vekt på personkontinuitet på pleiesiden og bruk av en dagsplan som på en oversiktlig og forutsigbar måte spesifiserer hva barnet skal gå igjennom av undersøkelser fra dag til dag. Ærlig og åpen informasjon tilpasset barnets alder er av stor betydning for å redusere usikkerhet og negative følelser hos barn som behandles for alvorlig sykdom (Reinfjell et al., 2007). I hverdagen på et somatisk sykehus kan det være en utfordring å detaljplanlegge og tidfeste undersøkelser. Likevel viser klinisk erfaring at økt bevissthet på barnets behov, og hensyntaken til barnets tidligere erfaringer med sykehus, kan redusere angstreaksjoner hos barnet. Hensyntaken til disse aspektene kan også forebygge kompliserte og ofte langvarige postoperative forløp og sykehusopphold.

Hvis det somatisk syke barnet, tross ovenstående, likevel erfarer traumatiske eller smertefulle opplevelser i forbindelse med sykehusbehandlingen, bør psykologen ta i bruk senere års nyere kunnskap som gjelder for tidlig intervensjon etter kriser med hovedfokus på viktigheten av å få roet ned og unngå videre høy aktivering (Dyregrov, 2011; International Society for Traumatic Stress Studies, 2009; National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006). Det er her av stor betydning at barnet sikres raskest mulig fysisk trygghet sammen med medfølgende forelder, og omsorgsfull ivaretagelse og strukturert oppfølging i de første ukene. Barnet bringes ut av undersøkelses-/behandlingsrommet og inn på sitt vante oppholdsrom så raskt som mulig. Sammen med demping av aktiveringen tidligst mulig er god tidlig smertelindring viktig. Likeledes anbefales det å unngå søvn like etter opplevelsen, da søvn kan bidra til at de traumatiske sanseintrykkene fester seg ytterligere (Wagner, Hallschmid, Rasch & Born, 2006). Det understrekes at det er viktig, også innenfor et sykehus, raskt å reetablere trygge rammer i form av ro, omsorg, fysisk nærhet og dagligdagse rutiner. I enkelte tilfeller er også utskrivelse indisert, hvis den somatiske tilstanden tillater det, for at barnet skal kunne falle til ro i vante omgivelser før videre

sykehusbehandling iverksettes. Samtaler med siktemål å gi barnet konkret informasjon om fakta rundt opplevelsen og å identifisere eventuelle misforståelser kan skje i et samarbeid mellom psykologen og det medisinske personalet. En bør veilede det medisinske personalet til unngå å stimulere eller presse frem umiddelbare emosjonelle uttrykk, og en bør avvente verbale uttrykk for emosjoner den første tiden etter hendelsen (Seery, Silver, Holman, Ence & Chu, 2008). Psykologen kan i det videre arbeidet legge til rette for ulike uttrykksformer: tegning, lekemateriale, dukker etc., både direkte eller via personalet. Informasjon til både foreldre og personalet om vanlige reaksjoner, spesielt traumatiske påminnere, og hjelp til en videre åpen og direkte foreldre-barn-kommunikasjon blir også en av psykologens oppgaver.

De forannevnte empirisk valide metoder, manualer og programmer er imidlertid i behov av randomiserte kontrollerte intervensjonsstudier. Til tross for økt fokus på forebygging og dermed integrering av ulike tidlig intervensjon-programmer i de siste 5–10 år, foreligger det svært begrenset empirisk forskning og evidensbasert kunnskap om nytten av slik tidlig intervensjon for å forebygge posttraumatiske psykiske helseplager hos somatisk syke barn (International Society for Traumatic Stress Studies, 2009; Kassam-Addams et al., 2011).

Foreldrenes rolle

Foreldrene har en viktig rolle når det gjelder i hvilken grad barn utvikler posttraumatiske stressreaksjoner; også reaksjoner som følge av somatisk sykdom. God foreldrestøtte kan virke forebyggende på senere problemer, men dette vanskeliggjøres ved at foreldrene selv kan utvikle posttraumatiske stresssymptomer når barn rammes av alvorlig sykdom (Young et al., 2003). Ofte pågår behandlingen over lang tid, som ved kreft, hvor det kan ta år før barnet blir erklært friskt. Foreldrene blir utfordret i forhold til å takle egen angst når barnet skal inn til medisinsk kontroll, når man avventer prøvesvar, og dersom barnet viser symptomer på at sykdommen kan ha kommet tilbake (Reinfjell et al., 2007). Det er avgjørende at foreldrene føler en viss trygghet i forbindelse med den medisinske behandlingen, da engstelse og utrygghet hos foreldrene i stor grad vil kunne forsterke barnets angst. En del foreldre kan trenge veiledning blant annet om hva som skal være deres rolle i undersøkelsessituasjoner. Dersom barnet ikke samarbeider, påtar mange foreldre seg for stort ansvar for gjennomføring av undersøkelsen. Dette kan medføre økt stress hos foreldrene, som igjen kan føre til at de uttrykker negative følelser overfor barnet fremfor å opptre støttende.

Når barn opplever traumer som konsekvens av somatisk sykdom, kan foreldreferdigheter settes på prøve, særlig dersom foreldrenes ferdigheter også før sykdomsdebuten ikke var optimale. For å begrense negative konsekvenser av barnets sykdom er det sentralt at foreldrene opprettholder dagliglivets fungering så langt det er mulig, da forutsigbarhet og faste rutiner er vesentlig for å gjenopprette trygghet hos barn som har opplevd traumer. Videre er det av betydning at foreldrene ikke blir for ettergivende eller på andre måter endrer sin atferd betydelig overfor barnet. På grunn av sykdommens ofte lange varighet kan vesentlig endret foreldreatferd få konsekvenser

for barnets sosiale tilpasning. Videre er det viktig å hjelpe foreldrene til å holde et «her og nå»-fokus på hvordan de kan hjelpe barnet sitt, da bekymringen for fremtiden kan ta mye av foreldrenes oppmerksomhet. Ofte blir hele familiens situasjon snudd på hodet ved alvorlig sykdom hos barn. I tillegg til å håndtere egen angst og bekymring for barnet skal foreldrene få hverdagen til å fungere i forbindelse med pendling mellom hjemmet og sykehus. Ofte må foreldrene hjelpes til å se behovene hos søsken under sykdomsforløpet, da all oppmerksomhet lett rettes mot det syke barnet. Både foreldre og søsken kan oppleve betydelig posttraumatisk stress ved alvorlig sykdom. Det er derfor sentralt å ha et familieperspektiv, og å tilby familien psykologisk hjelp ved behov. Med utgangspunkt i et familie- og systemfokus blir det hensiktsmessig med familiesamtaler der både pasient, søsken og foreldre deltar, gjerne i form av triangulerte samtaler. Slike familiesamtaler kan bidra til større åpenhet og kommunikasjon omkring sykdommen, og dermed større forståelse i familien for hvert enkelt familiemedlems reaksjoner. Felles samtaler med foreldre og søsken kan være med på å tydeliggjøre søskens spesielle situasjon og bidra til at foreldrene i større grad blir oppmerksomme på søskens behov. Ofte vil også individuelle samtaler med søsken være indisert.

Behandling

Litteraturen beskriver flere faseorienterte behandlingsmodeller ved traumer. Eksempler på dette er «traumefokusert kognitiv atferdsterapi» (TF-CBT) (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006), «The five domain crisis modell» (Silberg, 1996) og «SARI»-modellen (Phillips & Frederick, 1995). Felles for de tre modellene er at det anbefales å ha en innledende fase i behandlingen der det fokuseres på affektstabilisering, før en går videre med bearbeiding av traumene. Generelt innebærer stabilisering at det er dannet et grunnlag for å kunne arbeide direkte med traumeerfaringene, da det uten et slikt grunnlag kan være fare for retraumatisering og intensivering av unngåelsesatferd.

Ny forskning viser at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er den behandlingsmodell som til nå har mest empirisk støtte når det gjelder traumatiserte barn, både når det gjelder enkeltstående traumer og gjentatte traumatiske erfaringer (Jensen, 2011). Modellen skisserer en strukturert og tidsavgrenset behandling, og vektlegger blant annet kontaktetablering med opparbeiding av en god terapeutisk allianse, psykoedukasjon og hjelp til stressmestring og bedret følelsesregulering.

Når det gjelder somatisk syke barn, er psykoedukasjon viktig, ikke minst når det gjelder normalisering av symptomer hos barnet. Det er allment lite kjent at somatisk sykdom kan gi posttraumatiske stresssymptomer, og normalisering av symptomene kan redusere barnets og foreldrenes frykt for at det er noe galt med barnet. Hjelp til stressmestring er meget sentralt, da barna ofte er plaget med engstelse for medisinske prosedyrer på bakgrunn av tidligere negative erfaringer. Noen ganger kan barnet utvikle fobisk angst for sprøyter eller narkose. I arbeid med stressmestring kan en først etablere positive forestillingsbilder og et trygt sted («safe place»). Barnet kan så hjelpes ved ulike former for pusteteknikker, avslapningstrening og selvhypnose. Ulike distraksjonsmetoder og

visualiseringsteknikker kan bidra til at barnet får økt kontroll over angst, autonom aktivering og traumatiske påminnere (Dyregrov, 2001).

I behandling av traumerelaterte dissosiative tilstander hos barn er det ingen behandlingsmodell som skiller seg spesifikt ut (Diseth & Christie, 2005). Det anbefales en eklektisk behandlingstilnærming med fokus på terapeutisk allianse, og åpenhet og fleksibilitet er viktige terapeutiske karakteristika. Et viktig mål i behandlingen er å hjelpe barnet å få en økt opplevelse av sammenheng mellom følelser, kognisjon og atferd. Dette kan oppnås gjennom en trygg terapeutisk allianse preget av tillit og håp, samt å arbeide med desensitivisering av traumatiske påminnere og å redusere fysiologisk aktivering ved bruk av trygt sted, avspenning og andre følelsesregulerende teknikker (Phillips & Frederick, 1995). Barn med sammensatte traumeerfaringer vil ofte trenge mer fokus på emosjonell og atferdsmessig regulering enn barn med mer avgrensede traumer, og det vil som regel ta lengre tid å etablere en allianse med barnet. Tidsrammen bør derfor være mer åpen og fleksibel (Cohen et al., 2006).

Valg av behandlingstilnærming

Beskrivelsen av Pia, Johan og David viser at barna har ulike symptomatologi og grad av traumatisering. Det vil være både likheter og forskjeller i måten å tilnærme seg barna i behandling.

Pia ble vurdert å være noe sårbar på bakgrunn av tidligere angstreaksjoner etter tap av nært familiemedlem. Hun hadde imidlertid en normal psykososial funksjon forut for at hun ble akutt og livstruende syk, og hun hadde en trygg tilknytning til foreldrene. For *Pia* ble det vurdert som mest hensiktsmessig å sette i gang en tidsavgrenset traumefokusert psykoterapi, hvor målsettingen var bedret emosjonell regulering og å hjelpe henne til mestring av stress i situasjoner som minnet om sykehus. Da *Pia* fortsatt måtte ta medisiner og være under jevnlig oppfølging på sykehus, ble det også sentralt å planlegge grundig alt som skulle skje av fremtidige medisinske undersøkelser. Det var av stor betydning å gi god informasjon til *Pia* om hva som gjøres og hvorfor, og at alle prosedyrer ble planlagt ut fra hennes behov for kontroll og forutsigbarhet.

Johan hadde hatt traumatiske opplevelser på sykehus i tidlig barnealder. Det ble vurdert som særlig traumatisk at han hadde blitt holdt fast flere ganger for å sette klyster i endetarmen. Han var da i en spesielt sårbar utviklingsfase for inngrep mot denne delen av kroppen. Alle aktuelle sykehussituasjoner som minnet om det han tidligere hadde opplevd, vekket sterk angst hos gutten og gjorde det nærmest umulig å gjennomføre nødvendig medisinsk utredning og behandling. I første omgang var det sentralt å legge til rette for at alle medisinske prosedyrer skulle gjøres mest mulig avgrensede og forutsigbare. Han ble gitt ulike valg i henhold til hvordan prosedyren skulle foregå, med den hensikt å styrke opplevelse av kontroll og å redusere følelse av hjelpeløshet i situasjonen. Han ble på forhånd forberedt på det han skulle igjennom, ved hjelp av lek med dukker, hvor han var doktor og dukken var pasient. Foreldrene slet med selvbekreidelser for tidligere å ha holdt ham fast i slike situasjoner. Det førte til at de selv ble engstelige og utydelige i undersøkelsessituasjoner, noe som økte guttens

angst ytterligere. Det ble derfor sentralt å gi foreldrene rom for bearbeiding av egne negative erfaringer, for at de skulle støtte ham på en bedre måte. Ved utskrivelsen fra sykehuset ble det vurdert at gutten hadde behov for ytterligere psykologisk oppfølging, og han ble henvist til den lokale BUP for traumefokusert terapi.

David ble vurdert å ha sammensatte vansker både med emosjonell, sosial og kognitiv fungering på bakgrunn av medfødt, kronisk sykdom. Han hadde opplevd mange sykehusinnleggelses og mye smerter og ubehag fra tidlig alder. David fremsto som lite selvrepresenterende, noe som ble vurdert å ha sammenheng med at han i tidlig alder hadde tilpasset seg familiens vanskelige situasjon med stor sykdomsbelastning og lite overskudd hos foreldrene. I behandlingen av hans dissosiative tilstand var det fokus på å binde sammen opplevelser i fortid og nåtid, samt integrere tanker, følelser og kroppslige forhold. Videre var det en viktig terapeutisk oppgave å synliggjøre David og legitimere hans behov for å bli sett og bekreftet. Terapeuten representerte en trygg base, og affektoleransen ble bygget opp over tid gjennom en trygg relasjon mellom ham og terapeuten. Ut fra hans alder var det hensiktsmessig å arbeide med leketerapi, og integrere psykoedukasjon og hjelp til følelsesregulering i behandlingen. I foreldrearbeidet var det fokus på å øke foreldrenes oppmerksomhet på hvordan en best kunne møte Davids psykologiske behov. På grunn av den kontinuerlige sykdomsbelastningen i familien ble det også iverksatt ulike praktiske hjelpetiltak for å bedre familiens totale situasjon.

Konklusjon

Barn med alvorlig og/eller kronisk somatisk sykdom har betydelig økt risiko for å utvikle posttraumatiske stresssymptomer, PTSD og dissosiative lidelser som en konsekvens av sykdommen, forløpet av den eller av ulike behandlingsprosedyrer. Sykehuspersonell trenger økt kunnskap om psykologiske konsekvenser av alvorlig sykdom hos barn, slik at posttraumatiske stressreaksjoner i større grad kan forebygges. Med dette fokuset er det behov for flere psykologer tilknyttet somatiske barneavdelinger. Videre er det et spesifikt behov for randomiserte kontrollerte studier av tidlig intervensjon og nytten av de ulike anbefalte intervensjonsprogrammene med den hensikt å forebygge posttraumatiske stressreaksjoner hos somatisk syke barn. Det er nødvendig at kunnskap om posttraumatisk stress og andre psykologiske konsekvenser av somatisk sykdom hos barn blir mer erkjent og anerkjent både innen barnemedisin og i psykisk helsevern for barn og unge, for at disse barna skal få et best mulig behandlingstilbud.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 9, 2011, side 856-862

TEKST

Solveig Gjems, Psykologspesialist og ledende psykolog ved Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, Kvinne- og barneklubben, Rikshospitalet

KONTAKT: solveig.gjems@ous-hf.no

Referanser

- Alderfer, M. A., Labay, L.E. & Kazak, A. E. (2003). Brief report: does posttraumatic stress apply to siblings of childhood cancer survivors? *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 281-286.
- American Academy of Pediatrics. (1996). Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery and anesthesia. *Pediatrics*, 97, 590-594.
- Cohen, J., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press.
- Colville, G. A & Gracey, D. (2006). Mothers' recollections of the Paediatric Intensive Care Unit: Associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 49-55.
- Diseth T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma - an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 79-91.
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 278-292.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and psychopathology*, 18, 233-251.
- Dyregrov, A. (2001). *Den lille søvnboken*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2011). Tidlig intervensjon etter en krise. Hentet 30. mai 2011 fra Senter for Krisepsykologi: <http://www.krisepsyk.no> (Traumer/Hjelp etter traumatiske hendelser/Tidlig intervensjon etter en krise).
- Frankel, R. M., Quill, T. E., McDaniel, S. H. (2003). *The Biopsychosocial approach: past, present, future*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., Lopez, C., King, L. & King, D. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 403-412.
- Hofgaard, T. L. (2008). Psykologer bør være der somatisk syke barn er. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 904.
- Horowitz, L., Kassam-Adams, N. & Bergstein, J. (2001). Mental health aspects of emergency medical services for children: summary of a consensus conference. *Academic Emergency Medicine*, 8, 1187-1196.
- Howard, R. F. (2003). Current status of pain management in children. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2464-2469.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2009). Guideline 2: Acute Interventions for Children and Adolescents. I Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (red.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2. utg.) (s. 542-545). New York: Guilford Press.
- Jensen, T. K. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge- forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 57-63.
- Kassam-Adams, N. & Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 403-411.

- Kassam-Adams, N. (2006). Introduction to the special issue: Posttraumatic stress related to pediatric illness and injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 337-342.
- Kassam-Adams, N., García-España, J. F., Marsac, M. L., Kohser, K. L., Baxt, C., Nance, M. & Winston, F. (2011). A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *Journal of Traumatic Stress*, May 18. doi:10.1002/jts.20640.
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A. & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 343-355.
- Mintzer, L., Stuber, M., Seacord, D. & Glover, D. (2005). Traumatic stress symptoms in Adolescent Organ Transplantation Recipients. *Pediatrics*, 115, 1640-1644.
- National Child Traumatic Stress Network. (2011). Pediatric Medical Traumatic Stress Toolkit for Health Care Providers. Hentet 30. mai 2011 fra National Child Traumatic Stress Network (NCTSN): <http://www.nctsn.org/trauma-types/medical-trauma>.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006). Psychological First Aid. Field Operations Guide. 2nd Edition. Hentet 30. mai 2011 fra National Child Traumatic Stress Network (NCTSN): http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/pfa/2/PsyFirstAid.pdf.
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and Ericsonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. New York, NY: Norton.
- Reinfjell, T., Diseth, T. H. & Vikan, A. (2007). Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 724-734.
- Saxe, G. N., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., King, D., King, L. & Yehuda, R. (2005). Pathways to PTSD, part 1: Children with burns. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1299-304.
- Seery, M. D., Silver, R. C., Holman, E. A., Ence, W. A. & Chu, T. Q. (2008). Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 657-667.
- Siegel D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Silberg, J. L. (1996). *The dissociative child: diagnosis, treatment and management*. Brooklandville, MD: Sidran Press.
- Stuber, M. L. (1996). Psychiatric sequelae in seriously ill children and their families. *Psychiatric clinics of North America*, 19, 481-493.
- Stuber, M. L., Shemesh, E. & Saxe, G. N. (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 195-209.
- Stuber, M. L., Schneider, S., Kassam-Adams, N., Kazak, A. E. & Saxe, G. (2006). The medical traumatic stress toolkit. *CNS Spectrums*, 11, 137-142.
- Taieb, O., Moro, M. R., Baubet, T., Revah-Levy, M. & Flament, M. (2003). Post-traumatic stress syndrom after childhood cancer. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 255-264.
- Terr, L. (1991). «Wild child»: How three principles of healing organized 12 years of psychotherapy. *Journal of American Child and Adolescents Psychiatry*, 42, 1401-1409.
- Young, G., Mintzer, L., Seacord, D. & Stuber, M. (2003). Symptoms of post-traumatic stress in parents of transplant recipients: Incidence, severity and related factors. *Pediatrics*, 111, 725-731.
- Ziegler, M. F., Greenwald, M. H., DeGuzman, M. A. & Simon H. K. (2005). Posttraumatic stress responses in children: awareness and practice among a sample of pediatric emergency care providers. *Pediatrics*, 115, 1261-1267.
- Wagner, U., Hallschmid, M., Rasch, B. & Born, J. (2006). Brief sleep after learning keeps emotional memories alive for years. *Biological Psychiatry*, 60, 788-790.

