

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 536-545 FAGFELLEVDERT

NANCY ELLEN DOS SANTOS, psykolog, Enhet for barn og familie, BUP Døgn, Sykehuset Innlandet. **TINE K. JENSEN**, Professor og psykologspesialist, Psykologisk Institutt UiO og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). **SILJE MØRUP ORMHAUG**, psykologspesialist, PhD. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
KONTAKT dossantos.nancyellen@gmail.com

ER DET SÅ ILLE Å BLI SPURT OM TRAUMER?

Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP

Mange klinikere vegrer seg for å spørre barn om traumer av frykt for at de skal bli opprørte. Vi finner ikke støtte for denne antagelsen i vår studie.

De siste årene har media og politikere rettet fokus mot forekomst og avdekking av vold og seksuelle overgrep (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). To nye omfangsstudier har vist at så mange som mellom 9 og 30 % rapporterer om vold i hjemmet i barndommen, og rundt 10,2 % kvinner og 3,5 % menn rapporter om seksuelle overgrep før fylte 13 år i Norge (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Selv om mange klarer seg bra etter å ha vært eksponert for traumer, viser en metastudie at i gjennomsnitt 15,9 % utvikler posttraumatisk stresslidelse, og vil ha behov for behandling (Alisic et al., 2014). Behandlingsstudier viser at barn og ungdom som har utviklet traumerelaterte plager, har god nytte av traumespesifikk behandling (de Arellano et al., 2014; Silverman et al., 2008), men for å lage en godt tilpasset behandlingsplan trenger terapeuter å vite om barnets livserfaringer og hverdagsliv. Dette innebærer også å vite om de er, eller har vært, utsatt for traumer, og om de har plager knyttet til dette (Pine & Cohen, 2002; Silverman et al., 2008). Kunnskap om traumer og relaterte plager kan gi verdifull diagnostisk informasjon som danner grunnlag for en behandlingsplan, og minsker risikoen for feildiagnostisering (Reigstad & Kvernmo, 2015). Vi vet imidlertid lite om barnas opplevelse av å bli spurt om traumeerfaringer. I denne studien har vi undersøkt hvordan barn og ungdom i BUP opplevde å bli spurt om sine traumeopplevelser.

ABSTRACT

Is it really so upsetting? Traumatized children's reaction to screening and symptom assessment

Researchers recommend trauma screening for retrieving information about trauma exposure. However, little is known about clients' reactions to screening. This article describes reactions to screening for trauma exposure and questions about trauma symptoms among 99 youths (10-18 years) referred to Child and Adolescent Mental Health Services in Norway. All had been exposed to one or more traumatic experiences and reported having significant posttraumatic stress symptoms. Results indicate that only 5 % reported high levels of distress, 14 % reported that the screening procedure was very boring, 4 % found the questions difficult and 32 % thought it was exciting to answer the questions. High levels of PTS-symptoms predicted distress. The youth who found the questionnaire most boring were reluctant to repeat the screening procedure. The results do not support the assumed risk associated with trauma screening.

*Keywords: trauma screening,
children, emotional distress.*

Det er uklart hvor mange av dem som er henvist til BUP, som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Vi kjenner ikke til noen norske studier som har undersøkt dette. I en nylig publisert svensk studie rapporterte hele 67% av barn i alderen 9–17 år som var henvist til BUP, at de hadde vært eksponert for vold i og/eller utenfor familien (Hultmann & Broberg, 2015). Den siste norske offentlige oversikten fra 2009 viste at alvorlige reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer var den primære henvisningsgrunnen i kun 1,8 % av henvisningene til BUP (Sitter, 2010). I en studie ble det funnet at referanser til traume manglet i 40,2 % av henvisningene hos barn og unge som rapporterte om posttraumatiske stressreaksjoner over klinisk grense (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). I en annen studie fant Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) stor diskrepans mellom ungdommers opplevde traumer og rapportering om traumer til behandler i BUP. Blant 129 BUP-pasienter i Nordland oppga 60,2 % av ungdommene i alderen 12–18 år å ha vært utsatt for minst ett tilfelle av mishandling eller neglekt. På landsbasis var imidlertid kun 1–3 % av ungdommene i BUP som hadde en traumatisk hendelse, oppgitt på ICD-10 akse 5.

For de fleste er noen temaer mer sensitive å snakke om enn andre. I en omfangsstudie av et representativt utvalg av ungdommer rapporterte 21,3 % av de som hadde vært voldtatt, og over halvparten av de som hadde vært utsatt for vold, at de aldri hadde fortalt noen om hendelsen (Myhre et al., 2015). Det var også bare rundt halvparten av ungdommene som hadde fortalt helsepersonell om sine opplevelser, eller om helseproblemer eller bekymringer de hadde som følge av hendelsen. Tallene varierte på bakgrunn av traumeopplevelse, men samsvarer med internasjonale studier (McElvaney, Greene, & Hogan, 2014). Disse studiene tyder på at faktiske traumer svært ofte ikke er kjent for behandleren. Dette gir en indikasjon om viktigheten av gode rutiner for å avdekke traumer hos barn og unge.

Erkjennelsen av at mange barn ikke uten videre forteller om traumatiske erfaringer, har ført til at det i internasjonale retningslinjer anbefales at alle barn henvist for behandling blir spurt om traumeopplevelser som del av inntaksvurderingen (NICE Guidelines,

2005). Studier har imidlertid vist at mange klinikere kvier seg for å spørre om traumeutsatthet fordi de er redde for at barna skal bli opprørte av å bli stilt slike sensitive spørsmål (Hultmann, Möller, Ormhaug, & Broberg, 2014; Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007; Sprague et al., 2012). En slik vegring for å snakke om traumer gjelder både i forskning, psykisk helsevern og barnevern (Jensen, 2012; Langballe, Gamst, & Jacobsen, 2010; Read et al., 2007). Hultmann et al. (2014) undersøkte terapeuters opplevelser av å stille rutinemessige spørsmål om eksponering for partnervold, og intervjuet 14 klinikere fra en BUP i Sverige om deres erfaringer med screening av vold i nære relasjoner. De positive erfaringene handlet om at det var lettere å spørre etter vold og traumer når dette inngikk som et standardspørsmål. Samtidig ble det uttrykt bekymring for hvorvidt det å snakke om traumer ville være en for stor emosjonell påkjenning, at det kunne være opprørende for pasienten, og/eller at det kunne skade relasjonen til klienten.

Det foreligger lite forskning som belyser hvorvidt traumeutsatte barn og ungdom blir emosjonelt opprørte av spørsmål om traumer. I to befolkningsstudier fra USA har til sammen 8117 barn og unge blitt spurt om voldsutsatthet, seksuelle overgrep, mishandling i familien og mental helse (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby, & Shattuck, 2014; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders, & Kilpatrick, 2011). Maksimalt 6 % opplevde kartleggingen som opprørende i disse studiene. En av de få studiene som har undersøkt traumatiserte barns opplevelse av å bli kartlagt for stressreaksjoner, viser at kun 5 % av barna opplevde spørsmålene som opprørende eller at de ble triste (Kassam-Adams & Newman, 2005).

Formålet med denne artikkelen er å utforske hvordan traumeutsatte barn opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Vår hypotese er at grad av PTS-symptomer påvirker barnas opplevelse av traumekartleggingen, og at høyere symptomnivå vil predikere mer rapportert opprørthet ved kartleggingen. I tillegg forventet vi at de som hadde opplevd flere traumatiske hendelser, ville oppleve kartleggingen som mer belastende, og at de yngste barna ville synes det var mest vanskelig. Det var også forventet at jenter ville rapportere om høyere symptomnivå sammenlignet med gut-

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget

	M (SD)	Min. – maks.	%
Alder	15,2 (2,2)	10–18	
Totalt antall traumer	3,4 (1,7)	1–8	
PTS-symptomer* T1	60,6 (20,2)	9–105	
PTS-symptomer T3	36,5 (25,5)	0–112	
Barnas selvrapporterte verste traumer			
	Utsatt for fysisk vold i familien		29,3
	Seksuelt misbruk utenfor familien		19,2
	Utsatt for fysisk vold utenfor familien		16,2
	Vitne til fysisk vold innad i familien		9,1
	Plutselig dødsfall / skade av en nær person		9,1
	Seksuelt misbruk innad i familien		8,1
	Ulykke		6,1
	Sykehusinnleggelse		1
	Ran		1
	Krig		1

Merknad: *PTS-symptomer målt med CAPS-CA (Clinical-Administred PTSD scale for Children and Adolescents). Tid 1: før behandling, Tid 3: etter behandling. PTS-symptomer består av symptomkategoriene: unngåelse, gjenopplevelse og fysiologisk aktivering. Klinisk cutoff er en skåre på 45.

ter, og at de derfor ville rapportere om mer opprørthet ved kartleggingen. Til sist forventet vi at de som rapporterte størst grad av opprørthet, ville være minst villige til å svare på slike spørsmål igjen.

METODE

Prosedyre og utvalg

Utvalget er hentet fra en randomisert behandlingsstudie av traumatiserte barn henvist til BUP (se Jensen et al., 2014). Studien ble utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), og godkjent av Regional Etisk Komité. Studien er finansiert av Helsedepartementet, Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse.

Utvalget består av 99 barn og unge mellom 10 og 18 år, fra behandlingsstudien, hvorav 82,8 % var jenter og 16,2 % gutter. Se tabell 1 for beskrivelse av utvalget.

Alle barna og ungdommene ble spurt om traumeopplevelser og symptomer på posttraumatisk stress ved første inntakstid på BUP, i tillegg ble de kartlagt for depresjon, angst og generell psykisk fungering før behandlingsstart. Samtlige deltakere hadde betydelige PTS-symptomer etter å ha opplevd én eller flere traumatiske hendelser. Kartleggingen foregikk på klinikkene og bestod av kliniske intervjuer og selvutfylling av skjema på PC. Barna ble kartlagt på tre tidspunkter; før behandling (T1), etter time seks (T2) og etter time 15 (T3). Kart-

leggingen hadde en varighet på 1 til 2 ½ timer, avhengig av funksjonsevne og symptomnivå. Etter T3 ble deltakerne bedt om å svare på en rekke spørsmål om hvordan de opplevde å bli kartlagt. Kartleggingen ble utført av kliniske psykologer.

Måleinstrumenter

Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C): Traumatiske opplevelser ble kartlagt ved hjelp av en sjekklister basert på TESI-C (Ribbe, 1996). Barna svarer ja eller nei på 12 potensielt traumatiserende hendelser som ulykker, naturkatastrofer, ran, vold i eller utenfor familien og seksuelle overgrep, osv.

Clinical-Administred PTSD Scale for Children and Adolescents: CAPS-CA er et strukturert klinisk intervju tilpasset barn og ungdom opp til 18 år (Nader et al., 2004). Intervjuet er utviklet for å kunne gjøre en diagnostisk vurdering av barn og unges posttraumatiske stress-symptomer og er basert på de 17 diagnostiske kriteriene for PTSD i DSM-IV. Spørsmålene blir skåret på en 5-poengsskala for vurdering av symptomenes frekvens og en 5-poengsskala for vurdering av intensiteten. Skårene blir satt på bakgrunn av barnets svar og en klinisk vurdering. Indre konsistens for totalskåren ved CAPS-CA var høy ($\alpha = 0,90$), og indre konsistens for symptomkategoriene varierte fra meget høy til tilfredsstillende (gjenopplevelse, $\alpha = 0,97$, unngå-



Det foreligger lite forskning som belyser hvorvidt traumeutsatte barn og ungdom blir emosjonelt opprørte av spørsmål om traumer



Tabell 2. Barnas opplevelse av kartleggingen – The Reaction Questionnaire

Variabel	M	SD	Median	Svarrespons %		
				1 eller 2	3, 4, 5	6 eller 7
Spørsmål 1 – Opprørende/Stressende	2,24	1,63	2	69,7 %	25,3 %	5 %
Spørsmål 2 – Interessant	3,52	1,79	3	32,4 %	53,5 %	14,1 %
Spørsmål 3 – Forvirrende	2,45	1,58	2	59,6 %	35,4 %	5 %
Spørsmål 4 – Vanskelig	2,38	1,61	2	61,6 %	34,3 %	4 %
Spørsmål 5 – Tid det tok	2,64	1,82	2	57,6 %	34,3 %	8,1 %
Spørsmål 6 – Emosjonell aktivering	2,65	1,17	3	1 20,2 %	2 eller 3 55,5 %	24,3 %
Spørsmål 7 – Svare igjen	1,8	,98	1	1 50,5 %	2 eller 3 40,4 %	4 9,1 %

else, $\alpha = 0,77$, og fysiologisk aktivering, $\alpha = 0,79$) (Jensen et al., 2014).

The Reaction Questionnaire: Dette skjemaet undersøker hvordan deltakere i en traumestudie opplevde å bli kartlagt for sine traumeopplevelser og påfølgende symptomer (Griffin, Resick, Waldrop, & Mechanic, 2003). Skjemaet består av totalt syv spørsmål, og de inkluderer rangering av opprørthet/stressnivå, interesse, forvirring og om spørsmålene oppleves som vanskelige. Spørsmålene inkluderer også hva de synes om tiden det tok å svare på alle spørsmålene, om følelser opplevd underveis, og om de vil delta igjen ved en senere anledning. Den norske versjonen ble oversatt og tilbakoversatt etter anbefalte prosedyrer. For å undersøke skjemaet på vårt utvalg gjennomførte vi en eksplorerende prinsippal komponentanalyse (PCA). Basert på PCA-resultatene og vurdering av konseptuell sammenheng ble seks av spørsmålene lagt sammen til tre samlede skårer (for barnas opplevelse av traumekartlegging): en samlet skåre for «emosjonell opprørthet» (spm. 1 og 6), en samlet skåre for «vanskelighetsgrad» (spm. 3 og 4) og samlet skåre for «kjedsomhet» (spm. 2 og 5). Ettersom skårene består av to ledd, benyttet vi Spearman-Brown reliabilitetsestimater som mål på indre konsistensvariabel (Eisinga, Grotenhuis, & Pelzer, 2013). Indre konsistens for den samlede skåren «vanskelighetsgrad» var $r_{SB} = 0,82$, og

for «emosjonell opprørthet» og kjedsomhet var den $r_{SB} = 0,52$. På bakgrunn av lav indre konsistensverdi for Spearman-Brown ved emosjonell opprørthet og kjedsomhet undersøkte vi interitem-korrelasjon ($r = 0,35$ for begge). Basert på akseptable verdier på Spearman-Brown reliabilitetsestimater og inter-item-korrelasjon ble de tre samlede skårene benyttet.

Analyser

Statistikkprogrammet SPSS versjon 22 ble brukt til statistiske analyser. For å undersøke hva som predikerte barnets opplevelse, brukte vi standard multippel regresjonsanalyse. PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling (T3), type traumer, antall traumer, kjønn og alder ble definert som uavhengige variabler, og reaksjonene emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet ble definert som avhengige variabler (regresjonsmodell 1–3). Standard multippel regresjonsanalyse ble også benyttet for å undersøke hvilke variabler som predikerte hvilke barn som ikke ønsket å bli kartlagt igjen (regresjonsmodell 4–5). Her undersøkte vi PTS-symptomer, antall og type traumer, kjønn, alder og barnas reaksjoner.

RESULTATER

Generelt ga barnas svar inntrykk av at de ikke opplevde kartleggingen som negativ eller belastende. Bare 5 % svarte at de opplevde kartleggingen som veldig opprørende, mens 69,7 %

sa de ikke syntes det var noe opprørende. 32,4 % svarte at kartleggingen var veldig spennende, mens 14,1 % svarte at den var veldig kjedelig. For 61,6 % var kartleggingen lett, mens 4 % syntes den var veldig vanskelig. De fleste (57,6 %) syntes kartleggingen tok sånn passe lang tid, mens 8,1 % syntes det tok for lang tid. Se tabell 2.

Resultatene viste at bare PTS-symptomnivå målt med CAPS-CA ved T3 predikerte hvor emosjonelt opprørende deltakerne opplevde kartleggingen, og hvor vanskelig de opplevde den da vi kontrollerte for andre variabler, som kjønn, alder, type traumer og antall traumer. Regresjonsanalyser for totalvarians i kjedsomhet var ikke statistisk signifikant ($F(5,85) = 1,51, p = 0,195$), og ingen av variablene i regresjonsmodellen predikerte hvor kjedelig deltakerne opplevde kartleggingen. Se tabell 3 for detaljer.

På spørsmål om deltakerne kunne tenke seg å delta på lignende kartlegging igjen, svarte 50,5 % at de kunne tenkte seg det, 40,4 % sa kanskje, og 9,1 % svarte at de absolutt ikke ville. Det var ikke opplevelsen av kartleggingen som emosjonelt opprørende som predikerte hvem som ikke ville svare igjen, men heller opplevelsen av kjedsomhet (tabell 4). Alder, kjønn, antall traumer, type traumer og PTS-symptomer etter behandling predikerte ikke hvilke barn som ikke ville svare igjen (se tabell 5.)

DISKUSJON

I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan barn og unge henvist til BUP opplevde å bli spurt om sine traumeerfaringer og påfølgende traumerelaterte plager. Resultatene kan oppsummeres med at de fleste barna rapporterte at kartleggingen ikke var veldig emosjonelt opprørende. Barnas PTS-symptomnivå predikerte hvor emosjonelt opprørte de ble, og hvor vanskelig de opplevde kartleggingen. Det var ingen sammenheng mellom type traumer, antall traumer, kjønn og alder, og hvordan barna opplevde kartleggingen når PTS-symptomer ble kontrollert for. Barn som ikke ville svare på kartleggingen igjen, var de som oppga at de opplevde kartleggingen som kjedelig.

Flere studier viser at klinikere vegrer seg for å spørre barn om sensitive temaer fordi de blant annet frykter at barnet skal bli emosjonelt overveldet, at sensitive spørsmål vil påvirke den terapeutiske alliansen negativt, og at barnet vil slutte i behandling (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). I denne studien var det derimot få barn som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende. Flere opplevde det som kjedelig, og noen syntes spørsmålene var vanskelige. Det at så få ble opprørte over spørsmålene, sammenfaller med andre studier, der kun en liten prosentandel av deltakerne opplevde intervju-spørsmål om traumer og relaterte plager som opprørende (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). For klinikere er dette betryggende, ettersom det er nødvendig å vite om barns livsbetingelser for både å forstå barnets plager og sette dem i en sammenheng, og for å lage en tilpasset behandlingsplan.

Det var noen få barn ($n = 5$) som rapporterte at de ble veldig emosjonelt opprørte. Særlig barn med betydelige PTS-symptomer opplevde kartleggingen som opprørende. Det var ikke et overraskende funn, ettersom barn med posttraumatisk stresslidelse kan få gjenopplevelsesreaksjoner, og stressresponser kan aktiveres (Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999). Resultatet sammenfaller med amerikanske befolkningsstudier, der barn og unge med høyere PTS-symptomer ble mer opprørte enn de med lavere PTS-symptomer (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Det kan



Generelt ga barnas svar inntrykk av at de ikke opplevde kartleggingen som negativ eller belastende





Kun et fåtall svarte at de absolutt ikke ville svare på spørsmålene igjen

Tabell 3: Hva predikerer barnets opplevelse av kartlegging av traumer og traumerelaterte plager?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
Emosjonell opprørthet				0,234
PTS-symptomer T3	0,03 (0,01)	< 0,001	0,02 til 0,05	
Type traumer	0,01 (0,12)	0,943	-0,23 til 0,25	
Antall traumer	0,08 (0,09)	0,403	-0,10 til 0,25	
Kjønn	0,22 (0,43)	0,612	-0,63 til 1,06	
Alder	-0,02 (0,07)	0,799	-0,16 til 0,13	
Vanskelighetsgrad				0,145
PTS-symptomer T3	0,02 (0,01)	0,006	0,01 til 0,04	
Type traumer	-0,29 (0,15)	0,056	-0,58 til 0,01	
Antall traumer	-0,07 (0,11)	0,502	-0,29 til 0,14	
Kjønn	0,63 (0,52)	0,223	-0,39 til 1,66	
Alder	0,14 (0,09)	0,126	-0,04 til 0,31	
Kjedsomhet				0,033
PTS-symptomer T3	0,01 (0,01)	0,161	-0,00 til 0,03	
Type traumer	-0,13 (0,14)	0,364	-0,40 til 0,15	
Antall traumer	-0,18 (0,10)	0,086	-0,38 til 0,03	
Kjønn	-0,28 (0,48)	0,558	-1,25 til 0,68	
Alder	0,10 (0,08)	0,213	-0,06 til 0,27	

Merknad: PTS-symptomer T3 = posttraumatiske stresssymptomer etter behandling. Regresjonsmodell 1-3.

Tabell 4. Predikerer barnas opplevelse hvem som ikke vil svare igjen?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
				0,234
Emosjonell opprørthet	0,07 (0,06)	0,278	-0,06 til 0,19	
Vanskelighetsgrad	-0,05 (0,06)	0,386	-0,17 til 0,07	
Kjedsomhet	0,29 (0,06)	< 0,001	0,17 til 0,41	

Merknad: Regresjonsmodell 4.

Tabell 5. Er det andre faktorer som predikerer hvem som ikke vil svare igjen?

Variablene	Ustand. B (SE)	p	95 % CI	Adj. R ²
				-0,01
PTS-symptomer T3	0,00 (0,05)	0,862	-0,01 til 0,01	
Type traumer	-0,05 (0,08)	0,564	-0,21 til 0,12	
Antall traumer	0,02 (0,06)	0,794	-0,11 til 0,14	
Kjønn	-0,46 (0,29)	0,118	-1,03 til 0,12	
Alder	-0,04 (0,05)	0,459	-0,14 til 0,06	

Merknad: PTS-symptomer T3 = posttraumatiske stresssymptomer etter behandling. Regresjonsmodell 5.

virke som om graden av opprørthet likevel er innenfor det barnet kan akseptere, ettersom de mest opprørte barna ikke er de samme som svarer at de ikke vil bli stilt spørsmålene igjen. For terapeuter betyr det at de kan spørre etter traumatiske erfaringer hos sterkt traumatiserte barn med høye symptomer tross deres reaksjoner. Det er viktig å huske at barnets emosjonelle responser er de samme som barnet selv erfarer hver dag i møte med traumepåminnere.

Barn som blir veldig emosjonelt opprørte, er det viktig at terapeuten møter med empati og varme, at de anerkjenner deres opplevelser, og at de validerer barnets følelsesreaksjoner som forståelige og ufarlige. Når barna i denne studien ble bedt om å beskrive hvordan de opplevde å gå i terapi, fortalte mange at selv om det å snakke om traumer var vanskelig, var det også det de selv tenkte var mest hjelpsomt (Dittmann & Jensen, 2013). Det foreligger undersøkelser som indikerer at det å kartlegge for traumer i seg selv kan ha en positiv effekt. En studie av barn i traumebehandling viste at barna hadde symptomlette allerede etter den første kartleggingen (Konanur, Muller, Cinnamon, Thornback, & Zorzella, 2015). Dette er i tråd med resultatene i en metaanalyse som viser at psykologiske kartleggingsprosedyrer kan ha en klinisk effekt i seg selv (Poston & Hanson, 2010). Dette kan være fordi det oppleves som en anerkjennelse av deres opplevelser når de blir spurt etter traumatiserende hendelser. Videre kan det å bli kartlagt for posttraumatisk stress bidra til at barna får en forklaring på, og en bedre forståelse av, symptomene sine. I denne studien svarte nesten en tredjedel (32,1 %) at de syntes spørsmålene var veldig interessante, noe som tyder på at de opplevde kartleggingen som relevant.

Vår analyse viste at det bare var barnas grad av PTS-symptomer på det tidspunktet de ble kartlagt (T3), som predikerte hvem som opplevde kartleggingen som vanskelig. Studien gir ikke noe svar på hva som kan gjøre kartleggingen mindre vanskelig for barna, men andre studier anbefaler at terapeuten stiller konkrete og direkte spørsmål (Myhre et al., 2015; Read et al., 2007). Slike spørsmål gjør at barna blir mindre forvirret. Det kan også være at barna syntes det var vanskelig å svare på spørsmålene på grunn av sine reaksjoner på spørsmålene, heller enn at spørsmålene i seg selv var vanskelige.

Noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig. Dette er ikke overraskende, ettersom kartleggingen varte mellom én og to timer, og ble gjennomført flere ganger. Det var ingen sammenheng mellom hvor kjedelig barna syntes kartleggingen var, og barnets alder, kjønn, PTS-symptomer, type traumer eller antall traumer. Vi kan undre oss over om barna kunne synes spørsmålene var kjedelige hvis de var trøtte og strevde med å konsentrere seg, eller om det at det var «kjedelig», var en måte å uttrykke at det var vanskelig eller ubehagelig på. Studien undersøkte ikke andre mulige forklaringer på hvorfor noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig, men andre studier har rapportert om lignende funn (Kassam-Adams & Newman, 2005).

Kun et fåtall svarte at de absolutt ikke ville svare på spørsmålene igjen. Dette var ikke de barna som hadde opplevde kartleggingen som opprørende. Dette var overraskende, ettersom flere terapeuter har uttrykt bekymring for at spørsmål om traumer kan være emosjonelt opprørende (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). I vår studie var det imidlertid de barna som opplevde kartleggingen som kjedelig, som ikke ville svare igjen. Dermed er barnets opplevelse av om kartleggingen er interessant eller kjedelig, mer avgjørende for om de vil svare på lignende spørsmål igjen, enn om de blir emosjonelt opprørte. Kanskje er det slik at det viktigste er om barnet opplever spørsmålene terapeuten stiller, som relevante, og om de angår dem og det de strever med. Selv om det er trist og opprørende, så gir det mening. Terapeuten bør forklare hvorfor det kan være nødvendig å snakke om disse tingene selv om de kan oppleves som vanskelig, opprørende eller kjedelig.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens viktigste styrke er at det kliniske utvalget består av barn og unge i BUP som har vært utsatt for traumer med PTS-symptomer. Det foreligger ingen lignende studier som har undersøkt hvordan et klinisk utvalg av traumeutsatte barn og unge opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. En annen styrke er at The Reaction Questionnaire barna fikk utdelt etter T3, var et anonymt selvutfyllingsskjema som barna kunne svare på uten å ta hensyn til kartleggeren. Begrensninger ved studien er blant annet at barnas opplevelse av

»

kartleggingen ble gjort ved avslutning av behandlingen, og at spørsmålet om hvordan de opplevde å bli kartlagt for traumer i begynnelsen av terapiforløpet, ble besvart retrospektivt. I tillegg ble deltakerne presentert en større kartleggingspakke enn det en vanligvis får i BUP, noe som kan ha påvirket deres opplevelse av kartleggingen som kjedelig og tidkrevende. Studien undersøker heller ikke andre variabler som kan ha hatt innflytelse på barnets opplevelse av kartleggingen, deriblant hvorvidt symptomer på angst, depresjon, generell fungering eller opplevelsen av hele terapiforløpet kan ha virket inn på opplevelsen av kartleggingen. Videre kan man spekulere over om begrepene «vanskelig» og «kjedelig» var uklare for barna i studien. Det kan tenkes at de svarte kjedelig når de egentlig mente vanskelig. Kartleggingen ble ikke utført av barnets egen terapeut, og man kan stille spørsmål ved om barnet ville ha opplevd kartleggingen annerledes dersom det hadde vært tilfelle. Jenter i tenårene er overrepresentert i utvalget. Det kan svekke generaliserbarheten til gutter og yngre barn. Utvalget omfatter heller ikke barn under 10 år, og resultatene gjelder derfor ikke for denne aldersgruppen.

KONKLUSJON

Denne studien er den første som undersøker hvordan barn og unge i BUP opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Den antatte risikoen ved å spørre om traumer støttes ikke i denne studien. De som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende, fullførte likevel behandlingsforløpet, og var villige til å svare på spørsmålene igjen. Vi mener det er knyttet større konsekvenser til å unnlate å spørre om traumeopplevelser og traumerelaterte plager, deriblant at traumene ikke blir avdekket, og at barn kan bli feildiagnostisert og ikke får tilpasset behandling. På bakgrunn av kunnskap om underrapportering av traumer anbefaler vi at alle terapeuter spør barn om de har opplevd ulike traumatiske hendelser. Å løfte opp dette temaet tidlig signaliserer også til barnet

at dette er ting vi vet barn opplever, og at BUP er et sted der det kan snakkes om. Terapeuten formidler også at dette er noe hun/han tåler å høre om. Dette er særlig viktig for barn som har opplevd at voksne ikke har trodd på dem, ikke har forstått dem eller har blitt lei seg eller sinte når barnet har forsøkt å fortelle om sine erfaringer. Det kan være at en terapeut som unngår å snakke om traumatiserende hendelser, kan modellere unngåelse og indirekte formidle til barnet at det er farlig og skremmende å snakke om det som har hendt. Hvordan en systematisk innføring av traumekartlegging bør gjennomføres som en naturlig del av inntaksvurderingen ved BUP, bør undersøkes og drøftes videre. Det er viktig å være klar over at ikke alle barn vil fortelle om overgrep eller andre typer traumer selv om de blir spurt innledningsvis, og at en videre utforskning av slike temaer også kan gjøres senere i terapien.

Selv om det ikke er grunn til å tro at det vil skje ofte, kan det være utfordrende for terapeuten å oppleve at spørsmål han/hun stiller, vekker sterke reaksjoner hos et barn med PTSD-symptomer. Da kan det være til hjelp å huske at dette er følelser barnet sannsynligvis nokså ofte har i møte med traumepåminnere. Det kan tenkes at de største barrierene mot å snakke med barn om deres traumatiske erfaringer ligger hos terapeuten selv. ✘

REFERANSER

- Alicic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Norge: Regjeringen.
- de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602.
- Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2013). Giving a voice to traumatized youth – Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1221–1230.
- Eisinga, R., Grotenhuis, M. T., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International journal of public health*, 58(4), 637–642.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child abuse & neglect*, 38(2), 217–223.
- 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.
- Hultmann, O. & Broberg, A. G. (2015). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among 9-to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of interpersonal violence*, 1–29.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: a qualitative study. *Journal of family violence*, 29(1), 67–78.

- Jensen, T. K. (2012). 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, Norge: Gyldendal Akademiske.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Kassam-Adams, N. & Newman, E. (2005). Child and parent reactions to participation in clinical research. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 29–35.
- Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. (2015). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program. *Child abuse & neglect*(15).
- Langballe, Å., Gamst, K. T., & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (Vol. 2): Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928–947.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjerdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nader, K., Newman, E., Weathers, F., Kaloupek, D. G., Krieglger, J., & Blake, D. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Press.
- NICE Guidelines. (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de glemte eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 234–240.
- Pine, D. S. & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51(7), 519–531.
- Poston, J. M. & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212.
- 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.
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD – eller noe annet? *Tidsskrift-norsk psykologforening*, 52(4), 302–311.
- Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (s. 386–387). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., 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.
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587–605.
- Thoresen, S. & Hjerdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge – en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- 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.

* Lenke til videreutviklet traumekartleggingsskjema: <https://www.nkvt.no/kartleggingsverktoy/>

Anbefaler måling av psykisk helse

Kunnskap om hvordan folk selv synes de har det, kan gi viktig informasjon om samfunnsutviklingen og være et nyttig styringsverktøy, mener Helsedirektoratet

Helsedirektoratet anbefaler måling av selvopplevd livskvalitet i en utredning som ble overrakt helse- og omsorgsministeren 21. juni.

– Livskvalitet handler om det som gjør livet verdt å leve. Vi har gode målinger på fysisk helse i befolkningen, men vi har

ikke gode nok data på hvordan folk faktisk har det. Når vi vet hvor viktig trivsel er for helse, er det ønskelig å få dette bedre på plass, sier helsedirektør Bjørn Guldvog i en pressemelding.

Helsedirektoratet har samarbeidet med Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Velferdsforskningsinstituttet NOVA/Høyskolen i Oslo og Akershus om en utredning for hvordan befolkningens livskvalitet kan måles.