

Hvordan vurderer vi småbørnstraumer?

- En sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser



Sidsel Karsberg, Stine Rønholt & Ask Elklit
Syddansk Universitet
Videnscenter for Psykotraumatologi



Indhold

1.0 Baggrund.....	2
1.1 Indledning.....	2
1.2 Arbejdsgruppe om identificering og vurdering af småbørnstraumer	3
1.3 Definition af traumer hos små børn.	4
2.0 Kortlægning af eksisterende viden og erfaringer på området.	5
2.1 International forskning omkring traumeudsættelse og PTSD prævalens.	5
2.2 Erfaringer fra Danmark.	6
2.3 Konkrete metoder til opsporing og vurdering af traumer hos små børn.....	9
3.0 anbefalinger	12
3.1 Fremtidige tiltag	13
3.2 Anbefalinger til fremtidig forskning	13
4.0 Referencer	14
Bilag 1. Den tværfaglige arbejdsgruppe	18

1.0 Baggrund

1.1 Indledning

Der er meget begrænset viden om, i hvilken grad små børn påvirkes af traumatiske og stressfulde oplevelser. En meget udbredt teori har været, at helt små børn ikke påvirkes af disse oplevelser i samme grad som ældre børn og voksne, fordi de er for små til at forstå omfanget af det der sker og til at sætte ord på deres oplevelser. Nyere forskning (Margolin & Vickerman, 2011) viser dog, at selv helt små børn påvirkes af traumatiske oplevelser i langt højere grad, end man tidligere har været klar over og at de på baggrund af disse oplevelser kan få svære psykologiske følger for resten af livet. Vurdering og identificering af småbørnstraumer er derfor et helt nyt fokusområde, også i international sammenhæng. Man ved at den måde børn reagerer på efter at have været udsatte for potentielt traumatiske situationer ofte er anderledes end voksnes reaktionsmåde (Scheeringa & Zeanah, 2001). Den måde børn håndterer traumer på er meget afhængig af den støtte de får fra det omgivende miljø – især den nærmeste familie - og mange undersøgelser har vist, at det er vigtigt at forholde sig til det relationelle perspektiv, når man skal vurdere børns reaktion på traumatiske begivenheder (Scheeringa & Zeanah, 2001). Derfor er det vigtigt at inkludere forældrene i vurderingen af børns symptomer efter traumatiske oplevelser ligesom det er vigtigt at forældrene undervises i, hvordan de støtter barnet bedst muligt.

Forskning har vist at udsættelse for traumer tidligt i livet kan påvirke barnets biologiske, emotionelle, sociale og kognitive funktionsniveau både på kort og på lang sigt (Chu & Lieberman, 2010). Udsættelse for tidlige traumer har endvidere vist sig at være en risikofaktor for senere i livet at udvikle psykiske lidelser som posttraumatisk stress syndrom (PTSD; Elklit & Gudmundsdottir, 2006), angst og depression (De Young, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2012), psykoser (Callcott, Dudley, Standart, Freeston, & Turkington, 2011), personlighedsforstyrrelser (Daud, Klinteberg, & Rydelius, 2008), misbrug af afhængighedsskabende stoffer (Farrugia et al., 2011), spiseforstyrrelser (Roeholt, Beck, Karlsberg & Elklit, in press) samt et dårligt fysisk helbred (Scott et al., 2011). Hvis ikke de udsatte børn opspores og behandles så hurtigt som muligt, kan det altså være meget omkostningsfulde både for det udsatte individ personligt og for samfundet generelt. Fra forskning i depression ved man for eksempel, at børn med depression koster samfundet fem gange så meget som børn uden depression i årlige sundhedsudgifter (Giles, 2001). Andre studier har dokumenteret at det kan betale sig rent økonomisk at tilbyde børn med psykiatriske lidelser relevant behandling (Wang, Simon & Kessler, 2003). Flere undersøgelser (bl.a. Gleason, Zeanah & Dickstein, 2010) har vist at mange af de børn, der har været udsatte for traumatiske begivenheder ikke identificeres og dermed heller ikke kan tilbydes behandling.

1.2 Arbejdsgruppe om identificering og vurdering af småbørnstraumer

I Januar 2012 afholdt Videnscenter for Psykotraumatologi i samarbejde med Syddansk Universitet, en stor international konsensus konference om identificering af småbørnstraumer¹. Denne konference havde til formål at formidle ny viden om og nye redskaber til at identificere traumesymptomer hos helt små børn. På konferencen holdt 7 internationalt anerkendte eksperter fra Israel, England, USA, Norge og Canada oplæg om deres kliniske arbejde med vurdering af småbørnstraumer. Konferencen er tilgængelig på en redigeret dvd-samling. Som udløber af denne konference nedsattes en tværfaglig arbejdsgruppe på 25 personer som alle deltog i konferencen (Se bilag 1).

Arbejdsgruppens formål var bl.a.

- At etablere et overblik over eksisterende dansk praksis indenfor området.
- At indhente international viden om "best practice".
- Diskutere mangelområder og problemstillinger i forhold til identificering af traumesymptomer hos små børn i Danmark.
- At vurdere om der er behov for at oversætte og validere udenlandske redskaber til at opspore og vurdere traumer hos småbørn.

Arbejdsgruppens mål var på baggrund af disse arbejdsopgaver, at udforme anbefalinger til de relevante myndigheder og instanser, der er i kontakt med børn. Det primære fokus for disse anbefalinger blev konkrete redskaber til at identificere og vurdere barnets psykologiske påvirkning af tidligere traumatiske hændelser, således at man kan sikre den bedst mulige indsats og forebygge senere mistrivsel.

Medlemmerne af arbejdsgruppen bestod af sygeplejersker, læger, psykologer, jordemødre og pædagoger, der til dagligt arbejder med små børn (0-6 år) i udsatte miljøer. Arbejdsgruppen har haft tre møder af fire timers varighed og det følgende er en opsummering af de problemstillinger der er blevet diskuteret og de anbefalinger man er blevet enige om at viderebringe. Processen er blevet faciliteret af videnskabeligt personale fra Videnscenter for Psykotraumatologi på SDU. Det har været en høj prioritering, at de redskaber man har undersøgt og diskuteret i arbejdsgruppen har været af god klinisk og forskningsmæssig kvalitet og at de er anvendelige til screening.

¹ Se: www.psykotraume.dk

1.3 Definition af traumer hos små børn.

En psykologisk traumereaktion opstår på baggrund af én eller flere traumatiske hændelser og har ofte store konsekvenser for den, der rammes. Dette gælder for voksne og i særdeleshed for børn da disse stadig er i fysiologisk og psykologisk udvikling. Forskning viser, at jo tidligere et barn udsættes for traumatiske belastninger desto sværere vil det blive for barnet at fortsætte et normalt udviklingsspor (Berk, 2006). En traumatisk hændelse vil som regel indeholde både objektive og subjektive aspekter. Det objektive værende selve den fysiske hændelse (uheldet, truslen osv.), og det subjektive værende oplevelsen af hændelsen (intens angst, hjælpeløshed, rædsel). Det er altså ikke udelukkende hændelsens objektive omfang der har betydning, men i lige så høj grad individets egen opfattelse af truslen (Folkman et al., 1986). I og med at børn og voksnes oplevelsesunivers er meget forskellige, vil hændelser der opleves som værende traumatiserende for børn, ofte være forskellige fra de hændelser, der opleves som værende traumatiserende for voksne. Hændelser så som dyrebid, skoldninger, forældres skilsmisse og langvarig adskillelse fra omsorgspersoner kan for eksempel være stærkt traumatiserende for børn, men sjældent for voksne. Børns psykologiske reaktioner på traumatiske hændelser kommer desuden oftere til udtryk som fysiologiske og adfærdsmæssige symptomer end hos voksne. Det symptombillede man ofte observerer hos børn såvel som voksne efter at de har været udsatte for en traumatisk hændelse kaldes Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). Gennemsnitligt vil 20 % af alle individer der oplever en voldsom traumatisk begivenhed udvikle PTSD, og forskning tyder på at børn kan være særligt påvirkelige i denne sammenhæng (Carrion et al., 2002). Afhængigt af hvilken gruppe af børn man har undersøgt, har man fundet stærkt varierende forekomster af PTSD (Ibid.). For eksempel er der, generelt set, store forskelle på reaktionerne hos omsorgssvigtede børn og børn der har været involveret i et mindre trafikuheld. De omsorgssvigtede børn vil som oftest blive mere skadede af deres gentagne traumatiske oplevelser. Som udgangspunkt taler man i PTSD litteraturen om en "dose-response effekt" – altså at jo mere voldsomt, indgribende og langvarigt traumat er, des mere skadeligt vil det være og som følge af dette vil symptombilledet blive mere alvorligt. Man bør dog holde sig for øje, at oplevelser der som udgangspunkt virker som lavrisiko-oplevelser, kan være yderst traumatiserende. Børn har på baggrund af deres opvækst og genetiske konstitution forskellige redskaber med sig og disse redskaber er afgørende for deres oplevelse af traumatiserende begivenheder. Man har fundet at børn med lav eller ingen social støtte, med dårligt forældretilknytning, og lav intelligens er særligt sårbare i denne forbindelse og omvendt at børn der har gode relationer, en god forældre tilknytning og en normal til høj intelligens kan være yderst modstandsdygtige ved selv meget voldsomme traumatiske oplevelser (Werner, 1993).

2.0 Kortlægning af eksisterende viden og erfaringer på området.

En gennemgang af litteraturen har vist at der eksisterer noget viden om området men denne er primært fra udlandet. I Danmark er erfaringerne med at arbejde systematisk og vidensbaseret med overgreb på børn mere begrænset.

2.1 International forskning omkring traumeudsættelse og PTSD prævalens.

Amerikanske undersøgelser har fundet at børn generelt er meget udsatte for potentielt traumatiske begivenheder og ofte også udvikler PTSD symptomer på baggrund af deres oplevelser. I en undersøgelse af 1.420 amerikanske børn havde 68 % oplevet mindst en potentielt traumatisk begivenhed og 37 % havde været udsat for to eller flere begivenheder (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). Mange forskellige typer af traumer kan medføre PTSD symptomer hos børn (Donnelly & Amaya-Jackson, 2002) som eksempelvis vold, seksuelle overgreb, brande, naturkatastrofer, hospitalsindlæggelser og trafikulykker. En gruppe man er begyndt at fokusere mere på både internationalt og nationalt, er de hospitalsindlagte børn. Omkring hvert fjerde af de børn, der har været indlagt på intensivafdelingen, udviser negative psykologiske følger på baggrund af denne indlæggelse (Rennick og Raschotte, 2009). Disse børn er i risikogruppen for at udvikle PTSD. Yderligere har det vist sig, at gentagne smerteoplevelser hos helt små børn kan resultere i en u hensigtsmæssig neurologisk udvikling. Nyfødte udsættes ofte for smertefulde eller stressende oplevelser (blodprøver, sugninger, drop, infektion osv.). Forskning viser, at gentagne smerteoplevelser kan medvirke til celledød i forskellige områder af hjernen, hvilket på sigt kan medføre ændringer i smerteperception, indlæring og opmærksomhedsfunktioner hos små børn (Berde et al., 2012). Yderligere kan gentagen smerte betyde en øget sårbarhed over for stress, angst og på sigt andre psykologiske lidelser (Anand, 2000a; Anand 2000b; Porter, Grunau & Anand, 1999). Flere undersøgelser har fundet, at hvis børn først har udviklet PTSD symptomer er disse ofte af en mere kronisk karakter og disse børn udviser ofte symptomer flere år efter traumeudsættelsen (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011). Derfor har The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry anbefalet, at alle psykologiske og psykiatriske udredninger af børn rutinemæssigt bør indeholde spørgsmål om udsættelse for traumatiske begivenheder og PTSD symptomer (Cohen et al., 2010). Denne screening bør foretages med validerede og udviklingssensitive redskaber. Såfremt en screening indikerer at barnet har signifikante PTSD symptomer, bør det udredes nærmere for PTSD i forhold til at vurdere om graden af symptomerne, varigheden af disse samt om barnets funktion i dagligdagen er påvirket (ibid.).

2.2 Erfaringer fra Danmark.

Arbejdsgruppens medlemmer kom fra vidt forskellige arbejdsområder relateret til småbørnsområdet.

Nogle af de diskuterede problematikker og erfaringer var ens på tværs af deltagernes arbejdsområder og andre var mere specifikke for det enkelte fagområde.

Overordnet beskrev deltagerne at den nutidige praksis med henblik på at opspore og vurdere traumer på småbørnsområdet er præget af "tavs viden" og af ikke-standardiserede metoder. Endvidere er det meget op til den enkelte fagpersons skøn hvornår man spørger ind til traumatiske oplevelser og reaktioner hos småbørn og dermed ikke en systematisk opsporing. Deltagerne oplever yderligere, at arbejdspresset er så stort, at der ikke er tid til at sætte sig ind i den nyeste viden og de nyeste redskaber indenfor deres fagområde. Dette gør det svært at sikre sig at den viden man har, er "best practice" på området. Endelig havde mange en oplevelse af, at det hos helt små børn er særligt svært at udrede for traumatiske oplevelser og symptomer da deres ordforråd og generelle kognitive niveau gør det svært at bruge samme metoder som til de lidt ældre børn.

Hospitalsindlæggelser:

- Det er stadig en gængs opfattelse blandt personale at: "helt små børn oplever ikke smerte" – denne opfattelse gælder både fysisk og psykisk smerte.
- Der er en stor kløft imellem viden og praksis. Lige nu eksisterer der udbredt viden om, at bestemte procedurer - så som at hvis forældrene er ved barnets side under smertefulde indgreb mindsker det smerte og ubehag, men det er svært at overbevise andre faggrupper om dette. Sygeplejersker og læger skal ofte stå foran forældre og diskutere med eksempelvis laboranterne om forældrene må være med til blodprøvetagning. Samtidig er der ikke nok fokus på omgivelsernes rolle og på hvor vigtig social støtte og tilknytningen til forældrene er. Et eksempel på dette er, at der f.eks. bør være plads til at forældrene kan sidde ved barnets side under smertefulde procedurer da mange undersøgelser har vist at det er smertelindrende for barnet. Det er ikke normal praksis mange steder i dag. Et andet eksempel er, at det ofte kan observeres at barnet bliver ængsteligt og/eller uroligt, når det befinder sig i det område hvor medicinske indgreb har fundet sted. Derfor kunne det være fordelagtigt, at barnet blev udsat for disse procedurer andetsteds end i den seng, hvor barnet tilbringer det meste af tiden under sin indlæggelse.

I disse tilfælde kunne smerteskalaer og PTSD screeninger (senere beskrevet), være en hjælp til at dokumentere hvad der er mest smertelindrende og mindst traumatiserende for det enkelte barn.

- Der er brug for en specifik skala til måling af de negative psykologiske følger af hospitalsindlæggelser hos børn, da mennesker der ikke kender hospitalsmiljøet og hospitalets procedurer vil have svært ved at spørge ind til de rigtige ting og at tolke barnets nonverbale signaler korrekt (f.eks. et barn der viser, hvordan det får sat en sonde op). Det er vigtigt at en sådan skala både kan bruges af psykologer til opfølgende behandling og af hospitalspersonale eller praktiserende læge, der kender hospitalsverdenen.
- Der mangler et screeningsredskab til en hurtig vurdering af om tilknytningsmønsteret er bekymrende. Både til de børn der er traumatiseret af indlæggelsen og dem der er traumatiserede af andre årsager. Dette fokus er især vigtigt for de børn der er så små at de ikke har sprog til at fortælle hvordan de har det og hvor forældrene heller ikke er optimale informanter. (Eksempelvis ved seksuelt misbrug, forældre med lavt kognitivt niveau, stof/alkoholmisbrugende forældre mm.)
- Den korte PTSD screening kan omskrives til et informationsmateriale som forældre får med ved udskrivelsen, så de ved hvad de skal holde øje med. Det kan også tjene til at berolige de forældre, hvis børn ikke udviser symptomer.

Psykologisk og psykiatrisk regi:

- Det er svært at henvise til et konkret behandlingstilbud når man ikke præcist kan definere hvori barnets hjælpebehov ligger. Det er svært, at overbevise sagsbehandlere og andre om, at det er post traumatiske reaktioner der er tale om. Der er brug for at kunne argumentere på et grundlag som mange fagfolk har en "tavs viden" om.
- Der er brug for instrumenter til at måle noget vi egentlig godt ved. Mangler redskaber til at vurdere om der er tale om post traumatiske reaktioner eller andre psykiske vanskeligheder. Vi tænker ikke i diagnosen PTSD og kan derfor risikere at misfortolke barnets adfærd. De redskaber vi bruger afspejles i de diagnoser vi finder og når der ikke eksisterer danske redskaber til opsporing af PTSD, finder vi ofte ikke de børn der har denne lidelse.

- Det er svært at teste børn når de er i akut krise, men et interview hvor man i stedet interviewer forældrene kan måske afhjælpe dette.
- Fokus har været på adfærd hos børnene, f.eks. opmærksomhedsvanskeligheder, men ikke det psykiske følelsesliv og dermed på hvad barnet tænker og føler som baggrund for deres adfærd.
- Der er ofte kun fokus på aktuelle traumer og ikke på de længerevarende følgevirkninger af oplevelser der ligger længere tilbage i tiden. Screeningsredskaber kan bruges til at dokumentere om barnet stadig er påvirket af en tidligere traumatisk episode.
- Der mangler redskaber til vurdering af tilknytningsforstyrrelser, som er relateret til traumatiske reaktioner ved netop denne aldersgruppe.
- Udredning bliver ofte ustruktureret. Validerede redskaber understøtter en mere struktureret og ensartet tilgang til udredning af traumer og PTSD symptomer.

Kommunalt regi:

- Mangler vurderingsværktøjer (f.eks. nogle simple sociale indikatorer) specielt til de helt små børn på 0 til 1 år. Dette vil både lette dialog med forældre og være handlingsanvisende for hvornår et barn/familie tilbydes behandling, anbringelse m.v..
- Vi mangler at aktivere sundhedsplejen i forhold til identificering af "risikobørn".
- De børn, der har oplevet tidlige traumer overses nogle gange af pædagoger, sundhedsplejersker og andre faggrupper, fordi fagpersoner generelt mangler redskaber til at vurdere de adfærdsmønstre de ser. Nogle traumatiserede børn får ikke relevant omsorg og opmærksomhed fra fagpersoner da de opleves som værende uopdragne (adfærdsvanskelige) og andre får ikke opmærksomhed fordi de er meget indadvendte (stille børn).

- Der er i forvaltninger og andre steder ofte manglende opmærksomhed på at sekundær traumatisering (som kan forekomme når barnets forældre er traumatiserede), og adoptionsproblematikker mm. bør lede til en udredning af PTSD symptomer hos barnet.
- Der har mange steder været stort fokus på læring og udviklingspotentiale. Med denne tankegang risikerer man ikke at tilgodese de traumatiserede børns behov for ro, omsorg og følelsesmæssig bearbejdning. Screeningredskaber kan hjælpe med at udpege de børn, der har brug for særlige pædagogiske tilgange eller decideret behandling.
- Man bør ved indskrivning i børnehaver, vuggestuer systematisk spørge ind til barnets tidligere negative oplevelser og vigtige hændelser, der kan være vigtige for barnets senere udvikling.

2.3 Konkrete metoder til opsporing og vurdering af traumer hos små børn.

Udredning af børn i hospitalsregi:

COMFORTneo

Under indlæggelse bliver det neonatale barn udsat for gentagne smertefulde procedurer, yderligere kan nogle have smerter relateret til deres sygdom/tilstand. COMFORTneo² er en videreudvikling af COMFORT skalaen, som i 2000 blev udviklet til måling af postoperative smerter hos 0-3 årige børn. Skalaen består af 7 adfærdsmæssige dimensioner: Vågenhed, Rolig, Respiratorisk reaktion, Gråd, Kropsbevægelse, Ansigtsspænding og Muskeltonus. COMFORTneo forefindes på hollandsk og engelsk og er ved at blive oversat til dansk.

The Children's Critical Illness Impact Scale (CCIIS & Y-CCIIS)

Mange børn (25 %) får negative psykologiske konsekvenser efter hospitalsindlæggelser. CCIIS & Y-CCIIS (Rennick et al., 2008) er spørgeskemaer udviklet med henblik på at identificere børn, der har behov for ekstra behandling efter hospitalsindlæggelser. Børnene besvarer ved hjælp af tekst eller billeder spørgsmål om deres oplevelse af at være syg og indlagt. Målgruppen er børn indlagt på intensivafdeling og/eller kritisk

² www.cincinnatichildrens.org/assets/0/78/176/4711/4717/e0808b3f-49b9-4196-b696-85148aa158cb.pdf

syge børn. CCIIS er et tekstbaseret spørgeskema og er derfor fordelagtig at anvende til børn i læsealderen (9-12 år). Y-CCIIS er billedbaseret og er fordelagtig at anvende til børn i 5-9 års alderen.

Generelle PTSD test til børn:

DIPA

DIPA (Diagnostic Infant and Preschool Assessment) er et diagnostisk interview, der kan anvendes af psykologer og læger til at udrede og diagnosticere børn i førskolealderen (Scheeringa & Haslett, 2010). DIPA giver mulighed for at diagnosticere 13 forskellige relevante diagnoser ud fra DSM-IV kriterierne heriblandt PTSD. DIPA i sin helhed er forholdsvist langt og indeholder 47 sider med i alt 517 spørgsmål. DIPA fungerer på den måde, at undersøgeren spørger forældrene til barnet om en bestemt adfærd forekommer oftere hos barnet end normalt for aldersgruppen. Denne fremgangsmåde har den fordel at man ikke kommer til at overdiagnosticere adfærd der er almindelig for bestemte aldersgrupper som f.eks. hyperaktiv adfærd. Dermed bliver DIPA meget udviklingssensitiv. For videnskabelige artikler omkring validering af DIPA se hjemmesiden for Tulane Institute of Infant and Early Childhood Mental Health³.

YCPC

YCPC (Young Child PTSD Checklist) er en checkliste der består af PTSD modulet fra DIPA'en. Det er mere enkelt udformet og dermed et meget overskueligt instrument til fagpersoner, der vil vurdere eventuelle PTSD symptomer. Dette instrument er lettere at bruge for andre faggrupper end psykologer og læger men kun bruges til en vurdering af tilstedeværelsen af og omfanget af PTSD symptomer men ikke til at stille en egentlig diagnose.

YCPS

YCPS (Young Child PTSD Screen) er en udviklingssensitiv screenings tjekliste for små børn. Den indeholder 1 spørgsmål om traumeudsættelse og 6 spørgsmål om PTSD symptomer der udfyldes af barnets forældre. Denne checkliste er udviklet gennem statistiske analyser af hvilke items fra YCPC der havde størst forudsigelsekraft i forhold til at kunne forudsige hvilke børn der er i risiko for at opfylde kravene til en PTSD

³ www.infant institute.org/measures.htm

diagnose. Tjeklisten er et hurtigt og nemt at bruge af alle faggrupper og giver et fingerpeg om hvilke børn der bør udredes nærmere.

Thomas

Thomas (Darryl på engelsk) er en tegneserietest udviklet af Dr. Neugebauer fra Columbia Universitet i 1999. Testen anvendtes oprindeligt til at vurdere omfanget af PTSD symptomer hos små børn i storbyområder præget af gadevold. Senere er der udviklet flere varianter af testen med fokus på blandt andet vold i hjemmet og trafikulykker. Thomastesten består af 21 tegninger der afbilder PTSD symptomer hos børn samt to tegninger der afbilder somatiske symptomer. Tegningerne er af en dreng (Thomas) i forskellige situationer, og ledsages af en sætning der beskriver hvordan Thomas har det. Derefter spørges barnet: Hvor ofte har du det ligesom Thomas. Testen er valideret til brug for amerikanske børn (Neugebauer et al., 1999; Neugebauer, 2007) og er ved at blive valideret i dansk sammenhæng af Ask Elklit et al. fra Videnscenter for Psykotraumatologi⁴.

Vurdering af traumatisering gennem tilknytningsmønstre:

Barnets tilknytning til dets primære omsorgsperson er essentiel for en normal udvikling. Voldsomt traumatiske oplevelser såsom omsorgssvigt, seksuelt misbrug og vold vil ofte påvirke barnets tilknytning til dets forældre og andre omsorgspersoner og det er derfor ofte muligt at opspore tidlige faresignaler om mistrivsel ved at vurdere barnets tilknytning. Tests til at vurdere tilknytning er især anvendelige til helt små børn der ikke selv har noget sprog og/eller til børn hvis forældre ikke er optimale informanter.

Strange Situation Procedure

Strange Situation-proceduren indebærer at et barn observeres i 20 minutter mens barnets primære omsorgsperson og en fremmed forlader og kommer ind i forsøgslokalet. Forælderen og barnet introduceres til forsøgslokalet. To aspekter af barnets adfærd observeres: Mængden af undersøgende adfærd (f.eks. leg med nyt legetøj) barnet er engageret i under proceduren og barnets reaktion på separations- og genforeningsepisoderne. Barnets tilknytningsmønster kan på den baggrund kategoriseres som værende

⁴ www.psykotraume.dk

enten tryk eller utryk (også kaldet sikker eller usikker). Strange situation proceduren bliver i mange vestlige lande betragtet som værende det bedste tilknytningsmål.

MCAST

Et lovende nyt instrument til vurdering af tilknytningsmønstre hos førskolebørn er den narrative test MCAST der har særligt fokus på desorganiseret tilknytning (Green, Stanley, Smith, & Goldwyn, 2000)⁵. Den mest alvorlige type af traumer små børn kan komme ud for er de situationer hvor det er barnets primære omsorgsperson der begår overgreb mod barnet, det være sig overgreb af fysisk, psykisk eller seksuel art (Saigh, Green, & Korol, 1996). Ved denne type traume er barnet i en særlig sårbar position, da de der skulle være nærmest til at hjælpe barnet med at berolige sig selv samtidig er kilden til barnets angst. Det er ofte fundet i forskningen at denne type overgreb påvirker barnets tilknytningsmønster (Breidenstine, Bailey, Zeanah, & Larrieu, in press). Børn kan udvise forskellige tilknytningsmønstre præget af grader af sikkerhed, ambivalens og angst. Et såkaldt desorganiseret tilknytningsmønster er ofte resultatet af traumatiske oplevelser eller af den primære omsorgspersons manglende evne til at yde tilstrækkelig omsorg for sit barn (van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Børn med et desorganiseret tilknytningsmønster er i højrisikogruppen for at udvikle senere psykiske lidelser og/eller misbrugslidelser (ibid.), derfor er det vigtigt at identificere disse børn så tidligt som muligt. MCAST er afprøvet både på børn fra normalpopulationer (Green et al., 2000) og fra kliniske populationer (Green, Stanley, & Peters, 2007) samt i forskellige lande som Italien (Barone et al., 2009) og Tyskland (Leuzinger-Bohleber et al., 2011). MCAST anbefales kun anvendt på børn fra 4 til 8 år.

3.0 Anbefalinger

Med udgangspunkt i konferencen om småbørnstraumer samt arbejdsgruppens erfaringer gives følgende anbefalinger for fremtidig udvikling indenfor området i Danmark.

⁵ www.medicine.manchester.ac.uk/mcast/

3.1 Fremtidige tiltag

- Understøttelse i etablering af interessegrupper blandt specifikke faggrupper der arbejder indenfor småbørnsområdet for at muliggøre videns udveksling og forankring af nye tiltag indenfor vurdering og identificering af traumer.
- Undervisning i opsporing og vurdering af potentielt traumatiserede småbørn på uddannelser til pædagoger, sygeplejersker, socialrådgivere, læger og psykologer.

3.2 anbefalinger til fremtidig forskning

- Først og fremmest bør fremtidig forskning fokusere på at oversætte og validere egnede redskaber til udredning af PTSD hos danske småbørn. Forslag til specifikke redskaber er nævnt i det foregående afsnit om "Konkrete metoder til opsporing og vurdering af traumer hos små børn".
- Dernæst bør der gennemføres danske undersøgelser med fokus på PTSD prævalens hos forskellige grupper af potentielt traumatiserede småbørn.
- Endelig kan disse udrednings- og vurderingsmetoder anvendes til at udvikle og dokumentere egnede behandlingsmetoder til behandling af småbørn med PTSD symptomer. Et område der er meget underudviklet i Danmark i dag.

4.0 Referencer

Anand, K J (2000a). "Effects of perinatal pain and stress". *Progress in Brain Research (0079-6123)*, 122, p. 117

Anand, K J (2000b). "Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?". *Biology of the neonate (0006-3126)*, 77 (2), p. 69.

Barone, L., Del Giudice, M., Fossati, A., Manaresi, F., Actis Perinetti, B., Colle, L., & Veglia, F. (2009). METHODS & MEASURES: Psychometric properties of the Manchester Child Attachment Story Task: An Italian multicentre study. [Article]. *International Journal of Behavioral Development*, 33(2), 185-190.

Berde CB, Walco GA, Krane EJ, Anand KJ, et al. (2012). Pediatric analgesic clinical trial designs, measures, and extrapolation: report of an FDA scientific workshop. *Pediatrics*. 2012;129:354-64.

Berk, L. E. (2006). *Child development (Seventh Edition)*. Boston: Pearson Education.

Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Charles H. Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (in press). Attachment and Trauma in Early Childhood: A Review.

Callcott, P., Dudley, R., Standart, S., Freeston, M., & Turkington, D. (2011). Treating trauma in people with first-episode psychosis using cognitive behavioural therapy. In Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R. W. (eds.): *CBT for psychosis: A symptom-based approach* (pp. 175-192). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.

Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166-173. doi: 10.1097/00004583-200202000-00010

Chu, A. T. & Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010; 6: 469-494.

Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 49(4): 414-30.

Daud, A., Klinteberg, B., & Rydelius, P.-A. (2008). Trauma, PTSD and personality: The relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 331-340.

De Young, A. C. , Kenardy, J. A., Cobham, V. E., & Kimble, R. (2012). Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012; 53: 56–63

Donnelly, C. L. & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Paediatric Drugs*;4(3): 159-70.

Elklit, A. & Gudmundsdottir, D. B. (2006). Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge. *Den blå serie. Forlaget skolepsykologi*.vol. 29.

Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A., & Brady, K. T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Mental Health and Substance Use*, 4(4), 314-326.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571

Geller, P. A., Neugebauer, R., Possemato, A., Walter, P., Dummit, E., & Silva, R. R. (2007). Psychometric properties of Darryl, a cartoon based measure to assess community violence-related PTSD in children. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 157-168.

Giles, S. NA. (2001). Service system finance: implications for children with depression and manic depression. *Biological Psychiatry*. 2001; 49: 1128-1135.

Gleason, M. M.; Zeanah, C. H. & Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Developmental and preliminary validity of the early childhood screening assessment. *Infant Mental Health Journal*. 2010; 31(3): 335-357.

Green, J., Stanley, C., & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*, 9(3), 207-222.

Green, J (04.2000). "A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: the Manchester Child Attachment Story Task". *Attachment & Human Development (1461-6734)*, 2 (1).

Kessler, R. C. (2011). Association of Childhood Adversities and Early-Onset Mental Disorders With Adult-Onset Chronic Physical Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 838-844.

Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Lazer, K. L., Pfenning-Meerkotter, N., Wolff, A., & Green, J. (2011). Early prevention of psychosocial disorders in children with difficult childhoods. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 65(9-10), 989-1022.

Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2011). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. [Reprint]. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(S), 63-73.

Neugebauer, R., Wasserman, G. A., Fisher, P. W., Kline, J., Geller, P. A., & Miller, L. S. (1999). Darryl, a cartoon-based measure of cardinal posttraumatic stress symptoms in school-age children. *American Journal of Public Health*, 89(5), 758-761.

Porter, F L (08.1999). "Long-term effects of pain in infants". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics (0196-206X)*, 20 (4), p. 253.

Rennick, Janet E (05.2008). "Developing the Children's Critical Illness Impact Scale: capturing stories from children, parents, and staff". *Pediatric Critical Care Medicine (1529-7535)*, 9 (3), p. 252.

- Roeholt, S., Beck, N. N., Karsberg S. H., & Elklit A. (2012) Post-Traumatic Stress Symptoms and Childhood Abuse Categories in a National Representative Sample for a Specific Age Group: Associations to Body Mass Index. *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 17188.
- Saigh, P. A., Green, B. L., & Korol, M. (1996). The history and prevalence of posttraumatic stress disorder with special reference to children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34(2), 107-131.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001) A relational perspective on PTSD in early Childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770-782.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Haro, J. M., Lepine, J., Ormel, J., Posada-Villa, J., Tachimori, H. & Kessler, R. C. (2011). Association of Childhood Adversities and Early-Onset Mental Disorders With Adult-Onset Chronic Physical Conditions. *Archives of General Psychiatry*;68(8): 838-844.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249.
- Wang, PS., Simon, G, & Kessler, RC. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003; 12(1): 22-33.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5(4), 503-515. doi: 10.1017/S095457940000612X

Bilag 1. Den tværfaglige arbejdsgruppe

- 1) Nike Brandt, Psykolog, Ansat i Integrationsprojektet here2stay Viborg, privat praksis i Kgs. Lyngby.
- 2) Helle Haslund, Klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske, MSA, Ph.d. studerende.
- 3) Tina Zwergius, Psykoterapeut, Familiehuset Horsens
- 4) Inger Poulsen, Psykoterapeut, leder Familiehuset Horsens
- 5) Jette Asmussen, Overlæge, Spæd- og Småbørns Team, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Odense
- 6) Ask Elklit, Professor, Psykolog, Videnscenter for Psykotraumatologi
- 7) Nina Beck, Psykolog, Videnscenter for Psykotraumatologi
- 8) Stine Rønholt, Psykolog, Videnscenter for Psykotraumatologi
- 9) Sidsel Karsberg, Psykolog, Videnscenter for Psykotraumatologi
- 10) Tonny Elmoose Andersen, Psykolog, Ph.d., Videnscenter for Psykotraumatologi
- 11) Mette Benkjer, Psykolog, Pædagogisk Psykologisk Rådgivning,
- 12) Erene Rusmann, sygeplejerske børneafdelingen, Aalborg sygehus
- 13) Birgitte Boysen Kjær, Børnelæge, Rigshospitalet, Børneteamet ved Center for Seksuelle overgreb
- 14) Torun Birkbak, Jordemoder, pædagog, terapeut
- 15) Inger Thormann, Psykolog, Socialpædagog, tidligere medlem af børnerådet
- 16) Dania Lisberg Jørgensen, Psykolog, Børne- og Ungerådgivningen i Faaborgmidtfyn Kommune
- 17) Ilsemarie Blach Bærentzen, Konsulent, pædagogik og integration, Århus kommune
- 18) Pia Rathje, psykolog, Børneteamet, Center for Seksuelle Overgreb på Rigshospitalet
- 19) Nanna Steenstrup, pædagog, familieplejekonsulent i Roskilde Kommune
- 20) Susanne Wich, privatpraktiserende psykolog
- 21) Jonna Jepsen, Forfatter, foredragsholder, leder Rafael centeret
- 22) Hanne Laugaard-Jacobsen, Psykoterapeut og spædbarnsterapeut, neonatalsygeplejerske Aalborg
- 23) Susie Thestrup Kirkeby, Sygeplejerske, BRITA, Børneintensivafsnit (NICU og PICU), OUH

24) Ann-Dorthe Petersen, sygeplejerske og familieterapeut, SINDs pårørenderådgivning

