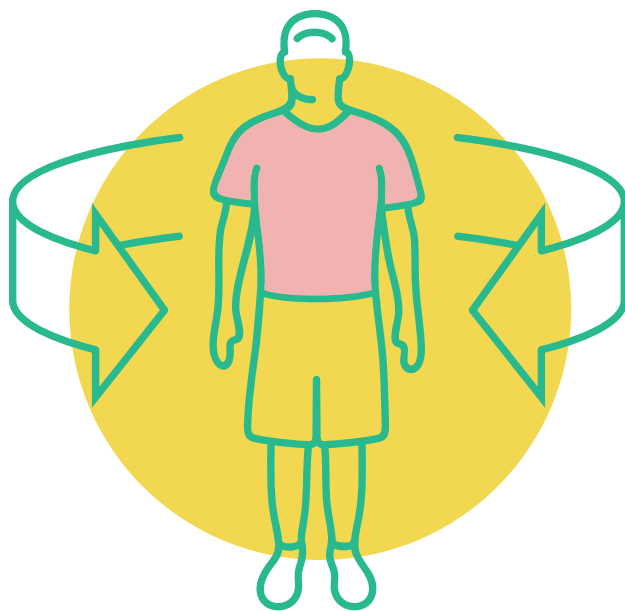


AF DITTE DARKO, PYSKOLOG & JOURNALIST
ILLUSTRATION AF OLEKSANDR PANASOVSKYI/NOUN PROJECT

Behandling af børn med traumer — hvor langt er vi nået?



I januar afholdt Videnscenter for Psykotraumatologi konference om traumefokuserede indsatser og behandling til børn på Syddansk Universitet. Forskere og klinikere fra USA, Norge og Danmark satte fokus på, hvordan vi ved hjælp af den rette indsats, tidligt identificerer og hjælper traumatiserede børn. *Magasinet P* spurgte 6 keynote speakers om, hvor langt vi er nået i forhold til at forstå og behandle børn med traumer.

”VI HAR METODERNE – MEN VI HAR BRUG FOR MERE VIDEN OM, HVORDAN VI FÅR PSYKOLOGER TIL AT BRUGE DEM.

Tine Jensen, professor. Psykologisk Institut, Oslo Universitet.

– Mit budskab er, at vi som professionelle må turde spørge børn om deres traumeerfaringer. I Norge har vi arbejdet på at implementere traumefokuseret behandling i næsten syv år, og jeg vil sige, at den største udfordring, vi har, er at opdage børn med traumer. De er i vores klinikker, men de kommer pga. af noget andet som fx depression og adfærdsvanskeligheder, angst og især ADHD. Hvis vi ikke supplerer den henvisning med at spørge dem om, hvad der er sket og se, hvordan deres udtryksformer kan have grund i traumatisering – så er vi i fare for at give fejlbehandling.

– Jeg oplever, at psykologer kan have store problemer med at sætte sig ned i en rolig og rummende relation til et barn og sige: ”fortæl mig, hvad der er sket”. Det er næsten helt uforståeligt. Vores psykologer siger, at de er bange

for at re-traumatisere børnene. Vi burde ikke tænke sådan, fordi re-traumatisering handler om, at barnet oplever et nyt traume. Det, vi gør i en terapeutisk setting, er at tale med børnene om deres livserfaringer. Der vil de selvfølgelig vise os en reaktion, men det er bare at vise os, hvordan de har det hver dag i forbindelse med et traume. Og det er vigtig klinisk information for os at få fat i. Det er et empirisk spørgsmål, om børn bliver re-traumatiserede af at fortælle om deres traumer.

– På Nasjonalt Kunnskapssenter Om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS) besluttede vi at indhente data fra 10.000 børn, der er henvist til norske klinikker til behandling. Ikke for traumer nødvendigvis. Vi gennemførte en traumescreening, hvor vi spurgte dem, om de havde været udsat for naturkatastrofer, skræmmende medicinsk erfaring, seksuelle krænkelse, vidne til vold eller udsat for vold. Og så spurgte vi, om de blev oprørte over, at vi spurgte dem om disse ting? Vi har netop publiceret vores resultater. Det viste sig, at de allerfleste børn ikke blev oprørte

over det. Så jeg er meget optaget af, at vi må fremskaffe data, som kan underbygge det, som er vores kliniske erfaringer.

– Vi har meget viden om traumebehandling, og der er meget optimisme og meget, man kan gøre med gode effekter. Traumefokuseret CBT er det, som er mest studeret og mest anbefalet, men der er derudover en lang række ting, man kan gøre. PTSD hos børn, det kan vi behandle. Men vi har en lang vej at gå, når det kommer til at få klinikerne til at bruge disse metoder. I Norge har vi fået støtte over en 10 års periode til at implementere traumefokuseret CBT i alle norske børne- og ungdomspsykiatriske klinikker. Det har regeringen bevilget penge til.

”VI SKAL HJÆLPE BØRN MED PTSD LANGT TIDLIGERE.”

Sille Schandorph Løkkegaard, psykolog og ph.d. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.

– Min primære interesse er at få hjulpet børn, der har oplevet traumer, tidligt. Ofte handler det om psykisk eller fysisk

vold, overgreb eller udviklingstraumer. Børn kan få traumer både ved at opleve ting på egen krop, men også ved at se fx forældre blive udsat for noget ubehageligt såsom vold. Vi ved, at børn med PTSD har lige så høj co-morbiditet som krigsveteraner og voldtægts ofre. Det er mere reglen end undtagelsen. Alle har andre symptomer og vanskeligheder. Det vigtige er, at hvis det er PTSD, der er deres primære lidelse, så kan man behandle det, og når man gør det, så ser vi også, at de andre symptomer mindskes. Man kan udrede for PTSD fra børn er tre år – og man kan beskrive deres traumesymptomer fra de er et år. Når barnet har en hukommelse, der er bundet op på sproget, så har det også en hukommelse, der er veludviklet nok til, at de kan udvikle PTSD. Vi ved også, at børn, der er yngre end tre år, kan være meget angstfyldte. Traumerne kommer ikke kun til udtryk gennem en sproglig hukommelse, men gennem deres sanser. Enten er de oversensitive eller modsat trækker sig ind i sig selv og lukker af for alle relationer.

– Min vigtigste pointe er, at vi må gøre alt, hvad vi kan, for at finde børnene. Lige nu opdager vi dem ofte først, når de er kommet i skole. Og det er fordi, de er udad-reagerende og ikke kan være i klassen eller vender det indad og begynder at gøre skade på sig selv og bliver angste. Det er ikke alle børn, der er udad-reagerende eller angste, som er traumatiserede, men der er et vist overlap. Vi ved, at børn, der får hjælp tidligt – og det kan man gøre allerede fra tre-års alderen – kan få reduceret deres traumesymptomer. Når PTSD'en forsvinder, så får de også færre symptomer på fx adfærdsforstyrrelser. Det vigtigste er, i min optik, at vi kan hjælpe børn med at

vokse op med en ny og bedre fortælling om sig selv.

– Vi har redskaberne til at finde børnene, vi har behandlingsformerne, som er prøvet af siden 1980'erne. I Norge er de mange år foran os, og behandlingen er integreret i klinikkerne. Det er som om, børn med PTSD i Danmark er blevet lidt glemt, de hører ikke til i psykiatrien, og vi udreder ikke nødvendigvis for PTSD i familiehuse. Vi har retningslinjer for behandling af angst hos børn, men vi har ikke nogle nationale retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen til udredning og behandling af børn med PTSD. Det har man i England og USA. Psykologer vil gerne hjælpe og bliver uddannet i værktøjerne, og vi venter på, at der er nogle ledere og organisationer, som siger, det er vigtigt at prioritere tiden og bruge de værktøjer. Den største udfordring er, hvem der har ansvaret for at behandle børnene. Skal behandlingen ligge i de regionale børnehuse, kommunerne eller som en del af børnepsykiatrien?

”DET ER AFGØRENDE FOR DEN ENKELTE OG FOR SAMFUNDET AT OPSPORE OG FOREBYGGE TVÆR-GENERATIONEL TRAUMEVANDRING.”
Rikke Kann & Helena Lund,
aut. psykologer Dignity – Dansk Institut Mod Tortur. Tværfaglig rehabilitering af torturoverlevende og deres pårørende.

– Vi har prøvet at sætte fokus på den traumevandring, som sker i familier, og som vi ser i vores samarbejde med traumeramte flygtningefamilier hver dag. Når vi taler om traumevandring, så taler vi helt overordnet om dét, at forældres ubearbejdede traumer og måder at håndtere disse traumer på præger familielivet på tværs af generationer og påvirker børnenes

udvikling negativt. Vi gør opmærksom på, at de flygtningebørn, der lever med forældre, som har traumer med i bagagen, kan være dobbelt ramte – de kan både have deres egne traumatiske oplevelser med sig og kan samtidig leve i en familiekontekst, hvor én eller begge forældre kan være præget af erfaringer med krig, tortur og fængsling. Vi ved, at der gennemsnitligt går mindst 10 år fra, at de forældre, vi møder i klinikken, har oplevet symptomer første gang, til at de søger hjælp for dem. Ny forskning fra et samarbejde mellem DIGNITY og andre danske traumecentre peger på, at de flygtninge, der har størst effekt af traumebehandling, er dem, der får den inden for de første otte år efter ankomst til Danmark. Der er samfundsmæssigt og personligt meget at hente ved at sætte ind tidligere.

– Vi oplever, at der er behov for en mere systematisk og tværsektoriel tilgang til at opspore og forstå traumereaktioner hos børn og familier på systemniveau. Vi oplever også, at mange familier og fagprofessionelle rækker ud, men kommer til kort og efterspørger mere viden om, hvordan traumereaktioner kan forstås, håndteres og forebygges.

– Der er en positiv udvikling undervejs i forhold til at gøre traumescreeninger mere bredt tilgængelige – bla. i form af et aktuelt samarbejde mellem Videnscenter for Psykotraumatologi og DIGNITY om validering af udredningsredskaber, der både har en psykoedukativ, almengørende værdi for børn og er i et alderssvarende format, men som i tillæg tilbyder en systematisk udredning af PTSD hos børn. Der, hvor vi ikke er så langt, er, når vi kigger på den gennemsnitlige tid, der går fra, at problemerne optræder, til at folk søger hjælp. Der er brug for mere formidlingsarbejde og tillidsopbygning ude i nærmiljøerne.



Der er brug for at styrke lokale indsatser, som kan bidrage til, at vi spotter de udfordringer, børnene har, og som nemt overses. Et eksempel kunne være barnet med flygtningebaggrund i klassen, som reagerer mere voldsomt på stimuli, er udadreagerende eller har svært ved at koncentrere sig og er overoptaget af, hvad der sker derhjemme. Det er vigtigt, at flere fagpersoner får bedre forudsætninger for at arbejde mere traumeinformeret, så vi finder de børn og familier, der har brug for hjælp. Vi oplever konkret, at mange lærere og pædagoger meget gerne vil have mere viden, men ikke altid bliver klædt på til at opdage og håndtere traumereaktioner. Det ville være rigtig godt med nationale retningslinjer, så vi kan etablere nogle standarder og gøre udredningsredskaber bredt tilgængelige. Det er ret afgørende, hvis vi skal komme skridtet videre og nå disse børn og forældre rettidigt, at der afsættes de ressourcer, det kræver at få det implementeret.

HVORDAN SKABER VI EN STØRRE OFFENTLIG BEVIDSTHED OM TRAUMER?

Jason Lang, ph.d. Vice President for Mental Health Initiatives. Child Health and Development Institute of Connecticut.

- Hvordan får vi information om traumer videreføret til alle mulige forskellige systemer - og ikke kun til mennesker, der arbejder med mental sundhed? Hvordan bringer vi viden til skoler, politiet, retssystemet? Det er nogle af de spørgsmål, jeg er med til at stille.

Hvordan hjælper vi mennesker i systemer med nemmere at identificere børn med traumer? Og måske allervigtigst: Hvordan skaber vi en større offentlig bevidsthed om traumer. Hvordan taler vi om det? Historisk set har vi været gode til at behandle folk, når vi har identificeret dem. Men vi er ikke særlig gode til at identificere børn tidligt. Vi venter ofte, indtil ting går rigtig galt, og barnet ses som et problem. Vi burde kigge på barnet og familien og hjælpe dem langt hurtigere. Mange børn deler ikke, hvad der er sket, før de bliver voksne.

- En af mine vigtigste pointer er, at vi er nødt til at blive bedre til at hjælpe børn med at kunne tale om det. Men også voksne mennesker. Traumer er meget dyre for sundhedssystemet, og de er direkte forbundet med mange andre sygdomme fx depression, misbrug, hjertetilfælde og diabetes. Børn, der oplever mange traumer i barndommen, har 20 års kortere forventet levetid.

- Jeg synes, vi er kommet langt i forståelsen af børn og traumer. Vi ved, hvad der virker, fx traumefokuseret CBT. Problemet er, at disse behandlinger ikke er tilgængelige for alle, og at vi ikke screener og identificerer børn tidligt. Noget, der er virkelig brug for, især i USA, er en løsning på, hvordan behandling finansieres. For at få hjælp i USA skal børn have en diagnose, og der er mange børn, der er for unge og må vente og vente på at få en diagnose, før de kan få behandling. Vi er nødt til at blive bedre til at finansiere forebyggelse, men også til at hjælpe skoler og fællesskaber, så man ikke behøver komme hen til en klinik for at få hjælp. Mange børn lider i stilhed og fortæller ikke noget. Samtidig kan vi se, at børn, der får hjælp, får det bedre.

”VI HAR BRUG FOR EN STØRRE ENSARTETHED I BEHANDLINGEN AF BØRN MED TRAUMER”

Sarah Bonnemann Egebæk,
aut. psykolog, JanusCentret

– Når vi sammenligner os med, hvor langt de er i Norge, når det kommer til at behandle børn med traumer, så er vi noget længere bagud. Nordmændene har selvfølgelig haft meget voldsomme begivenheder som fx Utøya d. 22. juli 2011, som skabte både stor mediemæssig omtale og politisk interesse for at behandle traumer.

Herhjemme i Danmark er en af de største udfordringer inden for området den manglende ensartethed i behandlingen af børn med traumer. Vi er som faggruppe kommet videre med screening og tidlig opsporing, men der ligger ikke en fasttømret tilgang til, hvordan vi tilgår børnene på en ensartet måde i behandlingssammenhæng. Den her mangel på retningslinjer på dansk funderet forskning er en udfordring.

– En af mine vigtigste pointer er, at de børn, vi møder i JanusCentret, er en meget sammensat gruppe. Vi kalder vores børn for dobbelt udsatte, idet mange af dem kommer med meget voldsomme omsorgssvigt. De har i gennemsnit været udsat for tre forskellige former for omsorgssvigt og overgreb i deres opvækst. Nogle af de børn, vi hjælper, har selv begået overgreb og krænkelser mod andre børn. Hos flere af dem ser vi rent klinisk en traumereaktion på det, de selv har gjort. Når det går op for dem, hvad de har gjort, så er skylden og skammen så kraftig, at det påvirker deres trivsel og udvikling – og for nogle i sådan en grad, at de bliver selvskadende. Vi taler meget om den komplekse sammensatte PTSD i kombination med dette nye begreb, som kaldes *perpetrator PTSD*. Mange af børnene kan nogle gange med støtte godt sætte sig ind i, hvad deres adfærd

har gjort ved andre. 75 % af de børn, vi møder, har begået krænkelser over for andre. Vi ville gerne have dem ind, inden de gør det. De børn, der kommer til os, er ikke ansvarlige alene. Der har manglet voksenstøtte, og deres vanskeligheder opdages i nogle tilfælde for sent.

– I JanusCentret er vi blevet oplært i de forskellige screeningsredskaber, som de har udviklet i Videnscentret for Psykotraumatologi, fx Odense Child Trauma Screening og Thomas-testen. I dag er vi kommet længere i forhold til at kunne identificere og kunne sige, om der er en væsentlig traume-problematik hos et barn. Men det er begrænset, hvad der ligger af dansk forskning på effektmålinger af traumebehandling. Vi mangler dansk udviklede behandlingsmanualer til PTSD hos børn. Men vi prøver i JanusCentret at skabe empiri og data til at lave en effektevaluering af vores arbejde. ●

