



Norwegian Centre for Violence  
and Traumatic Stress Studies

# Behandling av traumatiserte barn og unge - resultater fra den norske TF-CBT studien

Nasjonal Fagkonferanse Atferdssenteret  
14. november 2012

Silje M. Ormhaug  
NKVTS

## Agenda

- Hva er traumer og PTSD?
- Behandling: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)
- Den norske TF-CBT studien
  - Design
  - Resultater: effektdata og tilfredshet
- Veien videre: forskning og implementering

# Traumer og PTSD

## **En potensielt traumatiserende hendelse:**

- oppstår plutselig og uventet, utenfor kontroll
- livstruende/ skremmende /overveldende
- kan også være vedvarende over tid
- kan være vitne til, eller direkte rammet

## Type hendelser:

- Ulykke/ alvorlig skade
- Naturkatastrofe
- Plutselig død eller alvorlig sykdom hos nær person
- Sykehusinnleggelse/ medisinske prosedyrer
- Overfall/ vold/ trusler om vold ute
- Kidnappet
- Vitne til vold ute
- Vitne til vold i familien
- Direkte utsatt for vold i familien
- Seksuelle overgrep
- Krig/ flukt

### For små barn husk også:

Brannskader, nesten-drukninger, hundebitt, trussel om skade fra eller av omsorgsgiver, mobbing





## Forekomst - populasjon

Av 7 000 avgangselever vgs:

20 % av jentene og 14 % av guttene slått  
hjemme

15 % av jentene og 7 % av guttene grove  
seksuelle krenkelser.

10 % vært vitne til minst ett tilfelle av vold mot  
en forelder

2 % vært vitne til vold mot begge foreldrene.

(Mossige & Stefansen, 2007)

Av 16 000 10.klassinger:

24 % av guttene og 12 % av jentene vold fra  
jevnaaldrende siste året

(Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007)



## Forekomst – klinikk:

Av 511 kartlagte barn og unge fra to norske BUPer:

- **47 % minst én potensielt traumatiserende hendelse**  
(gjennomsnitt **3.2**)

- Hvar har de opplevd? ( $n = 184$ )

- 59 % vold utenfor familien

- 54 % plutselig død

- 39 % vitne til vold i familien

- 37 % vold fra omsorgsgiver

- 12 % seksuelle overgrep utenfor familien

- 4 % seksuelle overgrep innenfor familien

- 60 % posttraumatiske stressreaksjoner over klinisk grense

(Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012)

## Forekomst – klinikk forts.

### Traumet utelatt fra 38 % av henvisningene

- Overfall: utelatt i 60 % av sakene
- Vold i familien: utelatt i 40 % av sakene
- Seksuelle overgrep utenfor familien: utelatt i 17 % av sakene

→ Barn og unge blir ikke henvist pga PTSD eller behov for traumebehandling, men fordepresjon, angst, hyperaktivitet, atferdsvansker

→ Rutinemessig kartlegging av traumer + potensielle PTSS anbefales ([www.nkvts](http://www.nkvts.no))

(Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012)

## Konsekvenser

- ✓ Somatiske plager og økt dødelighet  
(Dube et al. 2003)
- ✓ Angst og depresjon  
(Famularo et al. 1996)
- ✓ Atferdsvansker  
(Saigh et al. 2002)
- ✓ Rusmisbruk  
(Clark et al., 1995)
- ✓ PTSD  
(Norris et al. 2000)

# Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American  
Psychiatric Association, 1994

## (A1) Traume:

Å oppleve, være vitne til eller bli konfrontert med en  
*hendelse* som innebar livsfare,  
fysisk skade  
eller trussel om fysisk skade/ livsfare  
mot seg selv eller andre.

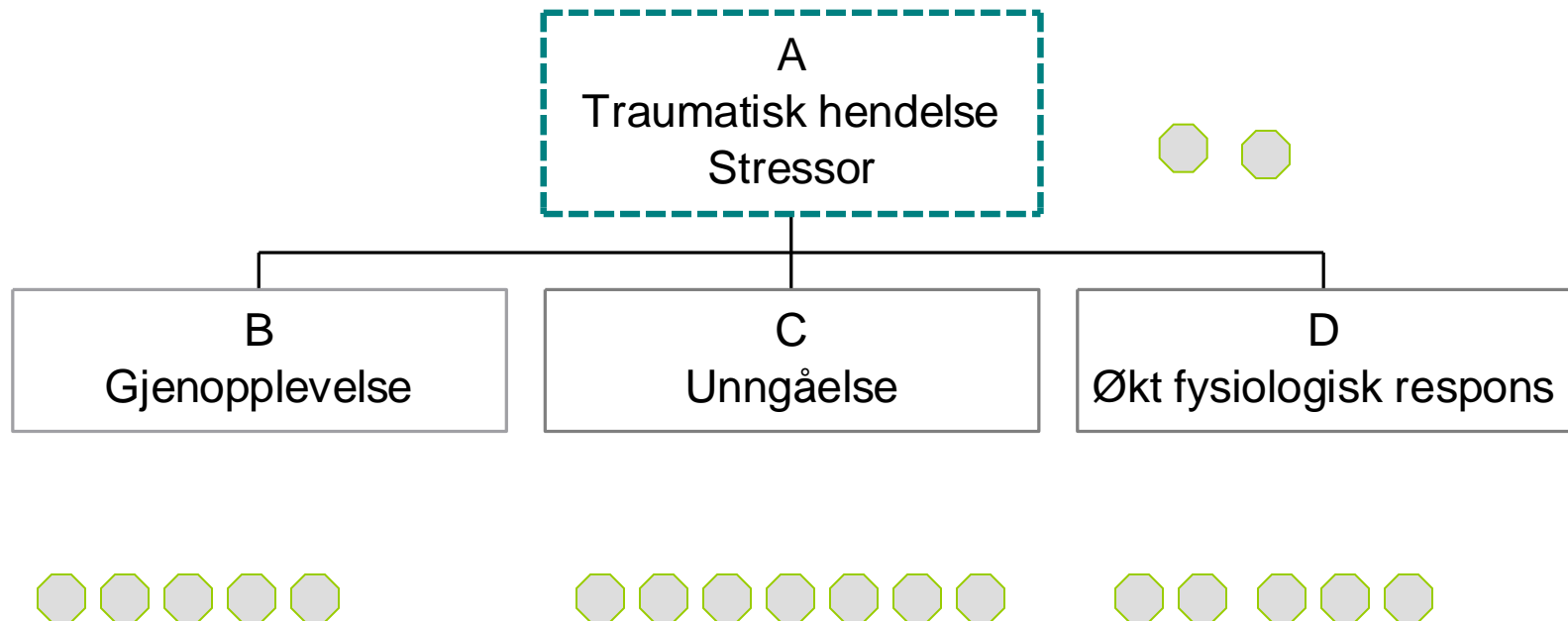
## (A2) Emosjonelle reaksjoner:

Reagerte på hendelsen med å bli svært redd,  
opplevde overveldende hjelpeløshet  
eller skrekk/avsky.

**Barn:** svært oppkavet / forvirret / skremt

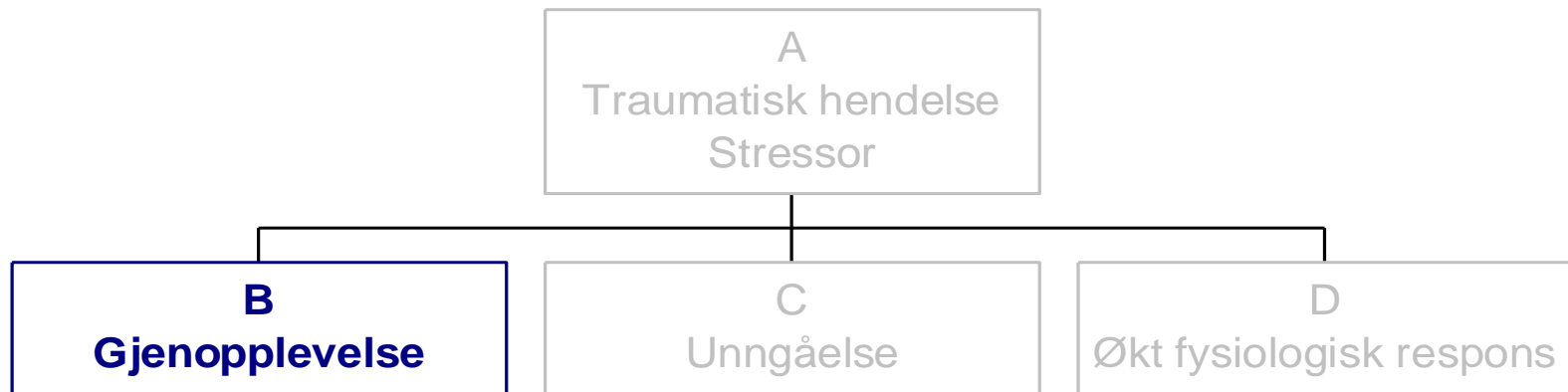
## Posttraumatisk stresslidelse forts.

DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994



## Posttraumatisk stresslidelse forts.

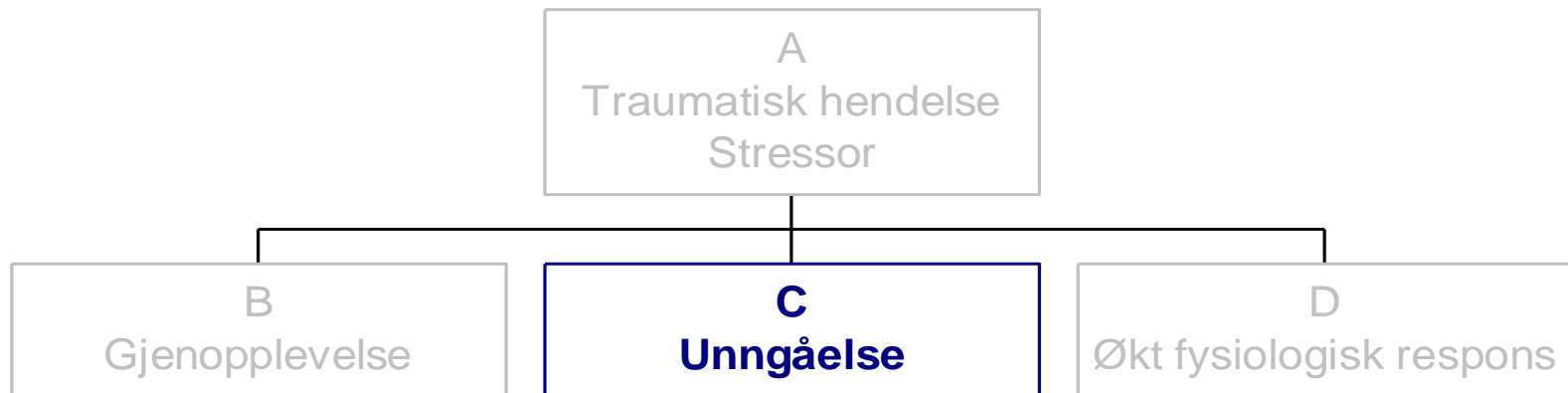
DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994



- tanker og bilder
- plagsomme drømmer
- hendelsen skjer igjen
- intense følelser når noe minner
- fysiologiske reaksjoner når noe minner

## Posttraumatisk stresslidelse forts.

DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994



- **tenke på, ha følelser om eller snakke**
- **aktiviteter, steder eller mennesker**
- **huske viktige aspekt ved hendelsen**
- **mindre interesse for aktiviteter som var viktige før**
- **fremmedgjort**
- **innskrenket følelsesliv**
- **forkortet fremtid**

## Posttraumatisk stresslidelse forts.

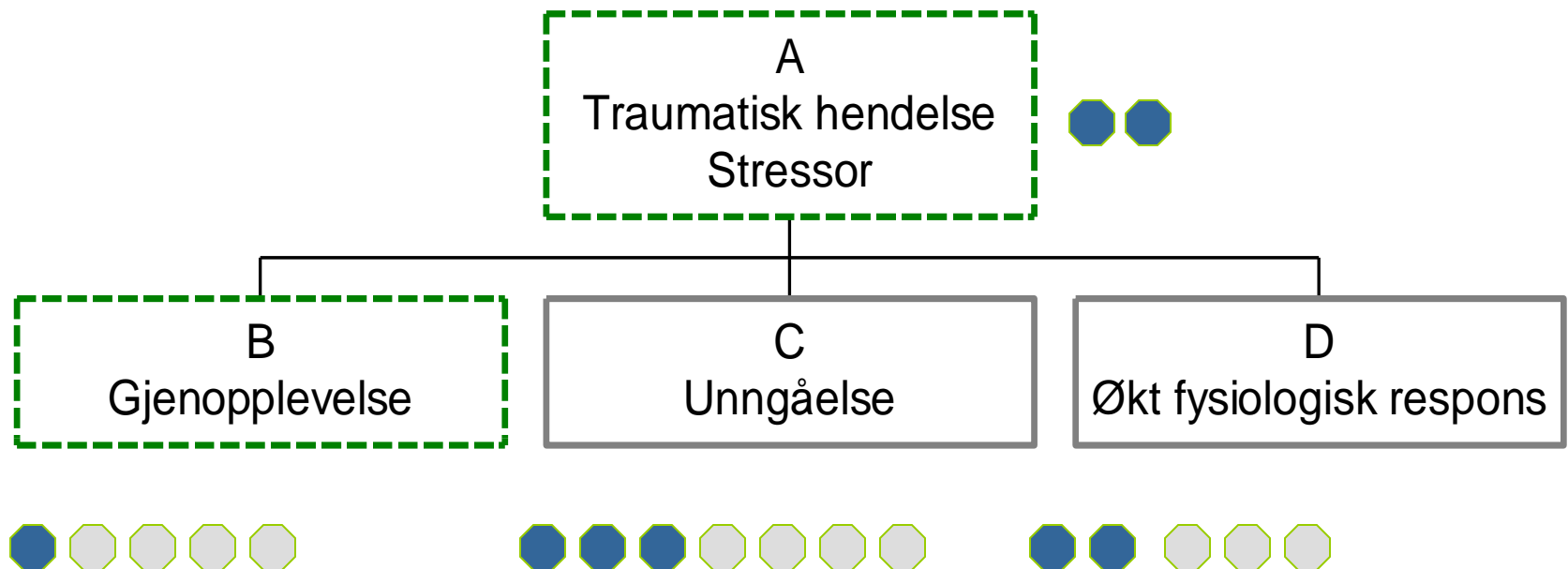
DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994





## Posttraumatisk stressforstyrrelse -

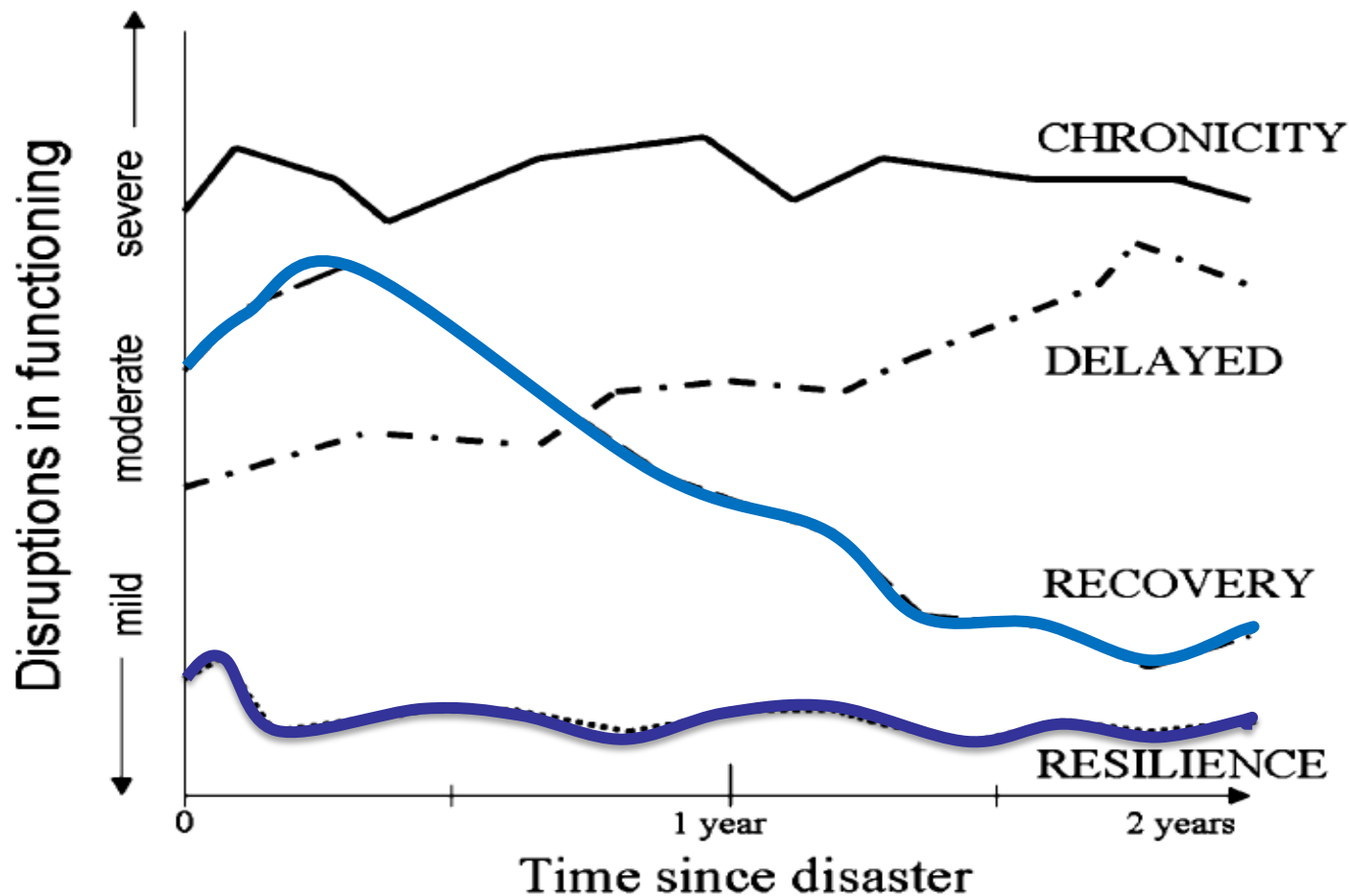
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994



E Varighet: symptomer B,C og D > 1 mnd

F Stressnivået er klinisk signifikant *eller* medfører funksjonsnedsettelse (sosialt, i arbeid, andre viktige funksjoner)

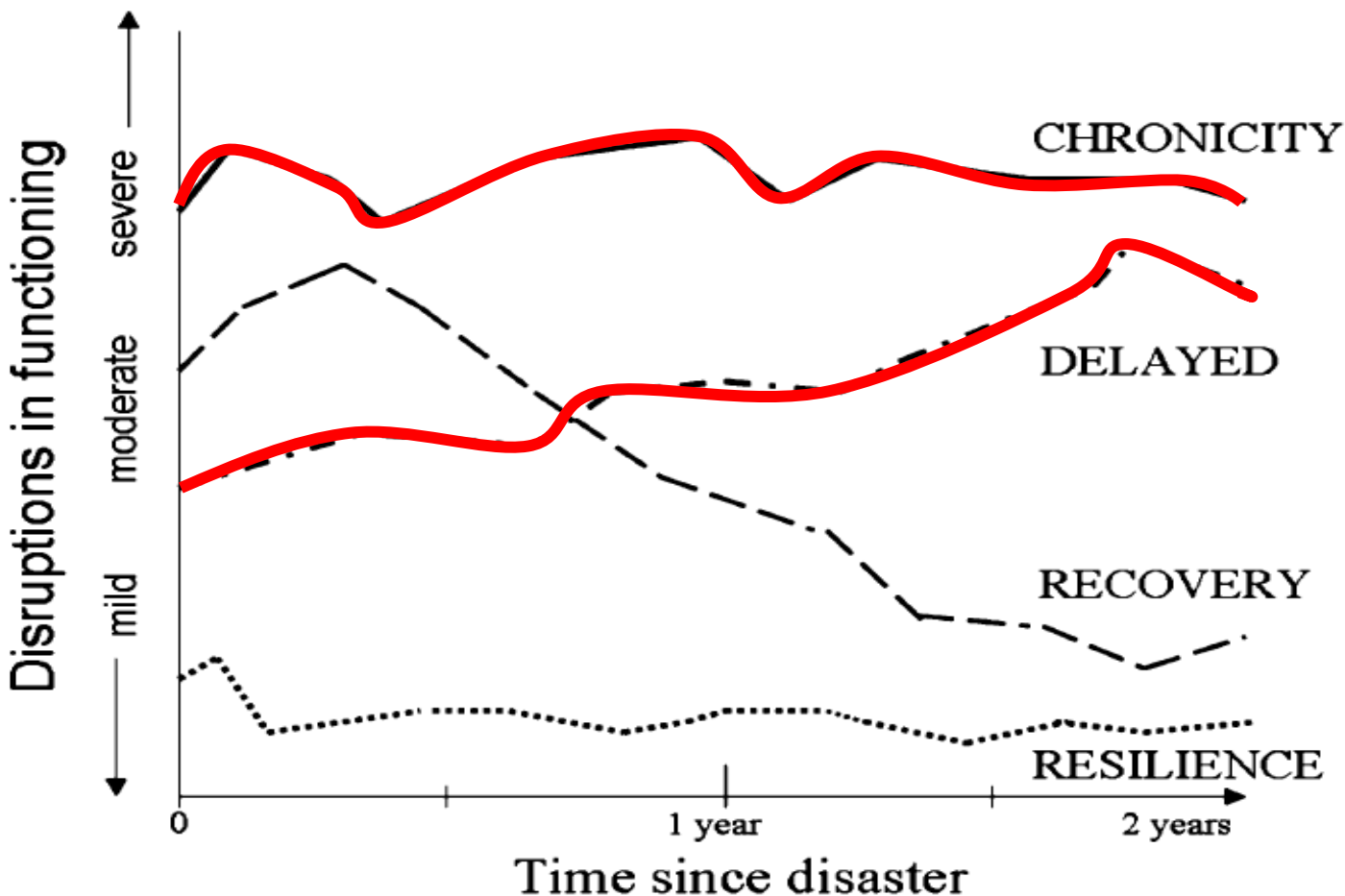
# Fire mulige forløp av posttraumatiske reaksjoner



nce  
es

From: G.A. Bonanno, 2004, *American Psychologist*, 59, p. 21.

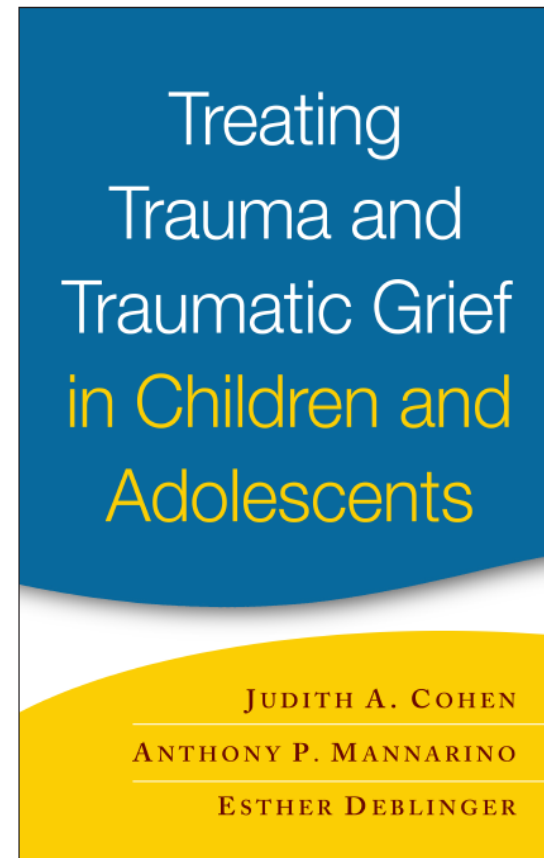
# Fire mulige forløp av posttraumatiske reaksjoner



From: G.A. Bonanno, 2004, *American Psychologist*, 59, p. 21.

## Behandling

TF-CBT -  
Traumefokusert kognitiv  
atferdsterapi



## Hva er TF-CBT?

- Utviklet av Judy Cohen, Anthony Mannarino og Esther Deblinger
- Basert på kognitiv terapi, atferdsbehandling, interpersonlig terapi og familierapi + traumeteori
- Korttidsintervensjon – 12-15 timer
- Arbeider direkte med barn/ungdom og omsorgspersoner
- Utprøvd på ulike potensielt traumatiserende hendelser (S.O, familievold/drap, Sept. 11, Hurricane Katrina o.l)

# TF-CBT komponenter

F  
E  
R  
D  
I  
G  
H  
E  
T  
E  
R

P

- Psykoedukasjon

R

- Regulering av stress/ avspenning

A

- Affektregulering

K

- Kognitivt arbeid

T

I

S

K

# TF-CBT komponenter

GRADVIS  
EKSPONERING

P

- Psykoedukasjon

R

- Regulering av stress/ avspenning

A

- Affektregulering

K

- Kognitivt arbeid

T

- Traumenarrativ

I

- In vivo eksponering

S

K

# TF-CBT komponenter

GRADVIS  
EKSPONERING

P

- Psykoedukasjon

R

- Regulering av stress/ avspenning

A

- Affektregulering

K

- Kognitivt arbeid

T

- Traumenarrativ

I

- In vivo eksponering

S

- Sosiale ferdigheter

K

- Kontinuerlig foreldrearbeid



## Klinisk eksempel: Karsten (20)

- Hendelse: Utøya 22.juli
- Funksjon: Avbrøt studiene
- Symptomer:
  - engstelig, nervøs
  - skvetter ved høye lyder, politibiler etc.
  - konstant beredskap: rømningsveier
  - søvnevansker, konsentrasjonsvansker

## Klinisk eksempel: Mari (19)

- Hendelse: Utøya 22. juli
- Funksjon: Greide ikke fullføre 3.klasse
- Symptomer:
  - skyldfølelse, dårlig samvittighet
  - tap av mening og troen på fremtiden

## 13 RCT studier så langt viser at:

- TF-CBT mer effektiv enn venteliste, klientsentrerte metoder, familieterapi og "community care".
- Best effekt hvis både foreldre og barn deltar  
- liten/ingen effekt med bare foreldrearbeid.
- Bedring i forhold til: PTSD, depresjon, angst, sosiale ferdigheter, dissosiasjon, følelser av skam og attribusjon.
- Bedring vedvarer ved 1 og 2 års oppfølging
- Siste nytt: også 8 timer kan gi god effekt

(eks. CATS Consortium & Hoagwood, 2007; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen & Mannarino, 1997; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Deblinger et. al, 1996,1999; King et. al, 2000; Mental Health Services & Policy Program, Northwestern University, 2008; Silverman et al.2008)

## Den norske TF-CBT studien

# Prosjektgruppen

Tine K. Jensen  
Karina Egeland  
Silje S. Hukkelberg  
Silje M. Ormhaug  
Tonje Holt  
Shirley D. Stormyren,  
Live E. C. Hoaas  
Lene B. Granly  
Ingeborg Dittmann  
Kristin A. Glad  
Tale Østensjø  
Tor Iversen  
Eline Aas  
+ studenter

Prosjektleder  
Forskningskoordinator  
PhD. Post doc  
Stipendiat – kartlegger  
Stipendiat – kartlegger  
Psykologspesialist – veileder /treatment fidelity  
Psykologspesialist – veileder /treatment fidelity  
Psykologspesialist – veileder /treatment fidelity  
Psykolog – treatment fidelity  
Psykolog – treatment fidelity  
Psykologspesialist – implementering  
Professor i Helseøkonomi, Medisinsk fakultet  
Professor i helseøkonomi, Medisinsk fakultet



## Overordnet mål

Forstå mer om hva som er virksomme behandlingsmetoder for traumatiserte barn, og hvorfor de er virksomme

### Problemstillinger:

- Er TF-CBT mer “effektiv” (dvs. raskere symptomreduksjon) enn “vanlig” terapi?
- Er det forskjeller i effekt avhengig av type traume?
- Hva er foreldres og barns subjektive oppfatning av metoden?
- Hvilken rolle spiller den terapeutiske alliansen, posttraumatiske kognisjoner og foreldrestøtte?
- Er TF-CBT mer kostnadseffektiv?

# Design

- Effektivitetsstudie:  
implementering i vanlig poliklinikk + evaluering av effekt

## Metodekrav til effektstudier

- Randomisert og kontrollert design:  
Allokeres tilfeldig til eksperimentgruppe + kontrollgruppe
- Behandlingsintegritet (Treatment fidelity):  
Metodiske strategier for å sjekke at studien på en reliabel og valid måte tester en intervensjon.
- “Blind” kartlegger  
Kjenner ikke til gruppeinndeling — **minske mulighet for** påvirkning av resultater
- Registrert i forskningsbase - forhindrer “juks”

## Inklusjonskriterier:

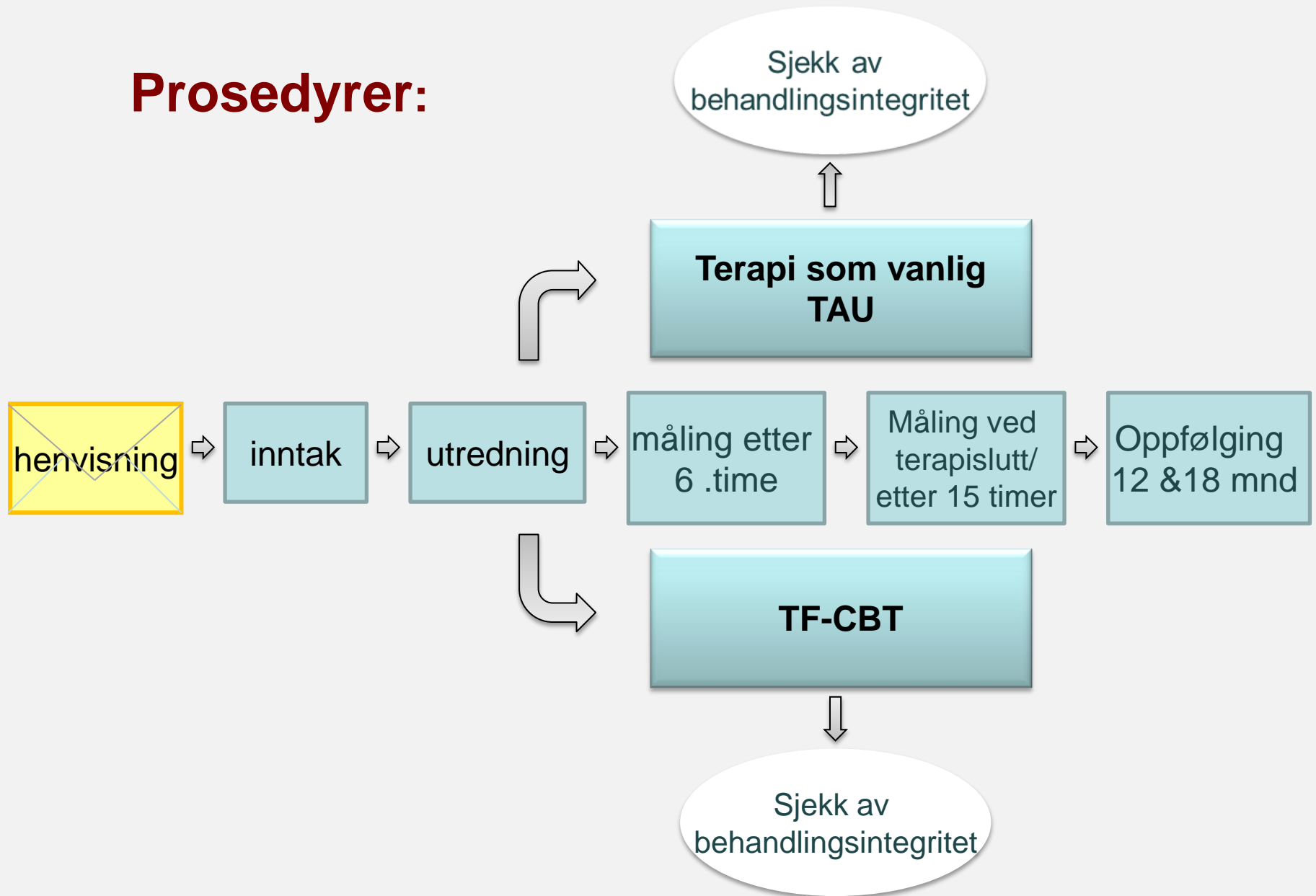
- Barn 10 – 18 år
- Opplevd minst ett traume
- Har klinisk signifikante PTSD-symptomer
- Barnet og minst en forelder må snakke norsk

## Ekskluderingskriterier:

- Psykose, suicidalitet



# Prosedyrer:



# Behandlingsgruppene

## TF-CBT

- 26 terapeuter:  
21 psykologer; 2 psykiatere; 2 kliniske pedagoger og 1 sosionom
- I gjennomsnitt 12.7 ( $SD = 3.3$ ) timer før sluttmålingen

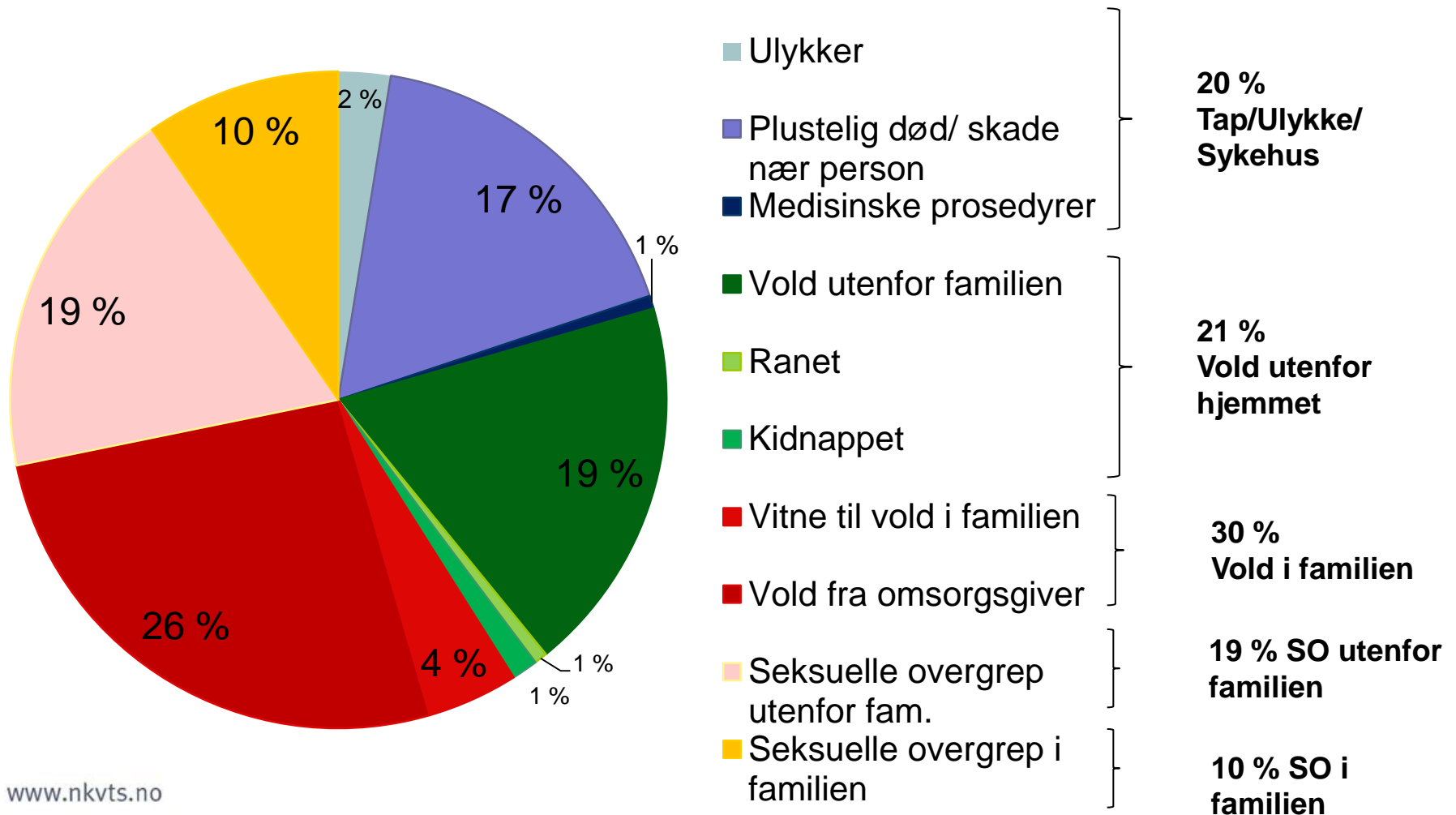
## Terapi som vanlig (TAU)

- Ingen spesifikke retningslinjer
- I gjennomsnitt 14.0 ( $SD = 3.6$ ) timer før sluttmåling
- Individualterapi, foreldre involvert i ca 50 % av sakene
- 45 terapeuter:  
23 psykologer; 12 sosionomer; 8 klin. pedagoger; 2 psykiatere
- Teoretisk orientering:
  - 46% psykodynamisk
  - 30% CBT
  - 24% systemisk/ familieorientert

## Deltakerne

		N	%
Antall rekrutterte:		156	
Kjønn:	Jenter	124	79,5
	Gutter	32	20,5
Alder:	10-18	Gj.snitt 15,1	(SD = 2,2)
Foreldres bakgrunn:	Begge foreldre Norge	114	73,0
	1 forelder Norge	15	9,5
	Asia	16	10,0
	Andre europeiske land	6	3,9
	Afrika	3	1,9
	Latin Amerika	2	1,3

## Verste traume (gjennomsnitt: 3.5 ulike traumer)



# Kartleggingen

## Kartleggingsinstrumenter

- **PTSD** (CAPS + CPSS)
- **Depresjon** (MFQ)
- **Angst** (SCARED)
- **Posttraumatiske kognisjoner** (CPTCI)
- **Generell mental helse** (SDQ)
- **Livskvalitet** (16D)
- **Terapeutisk allianse** (TASC-r)
- **Foreldres reaksjoner og depresjon** (PERQ, CES-D)
- **Foreldrestøtte** (PSQ)
- **Sosial støtte** (FFSQ)

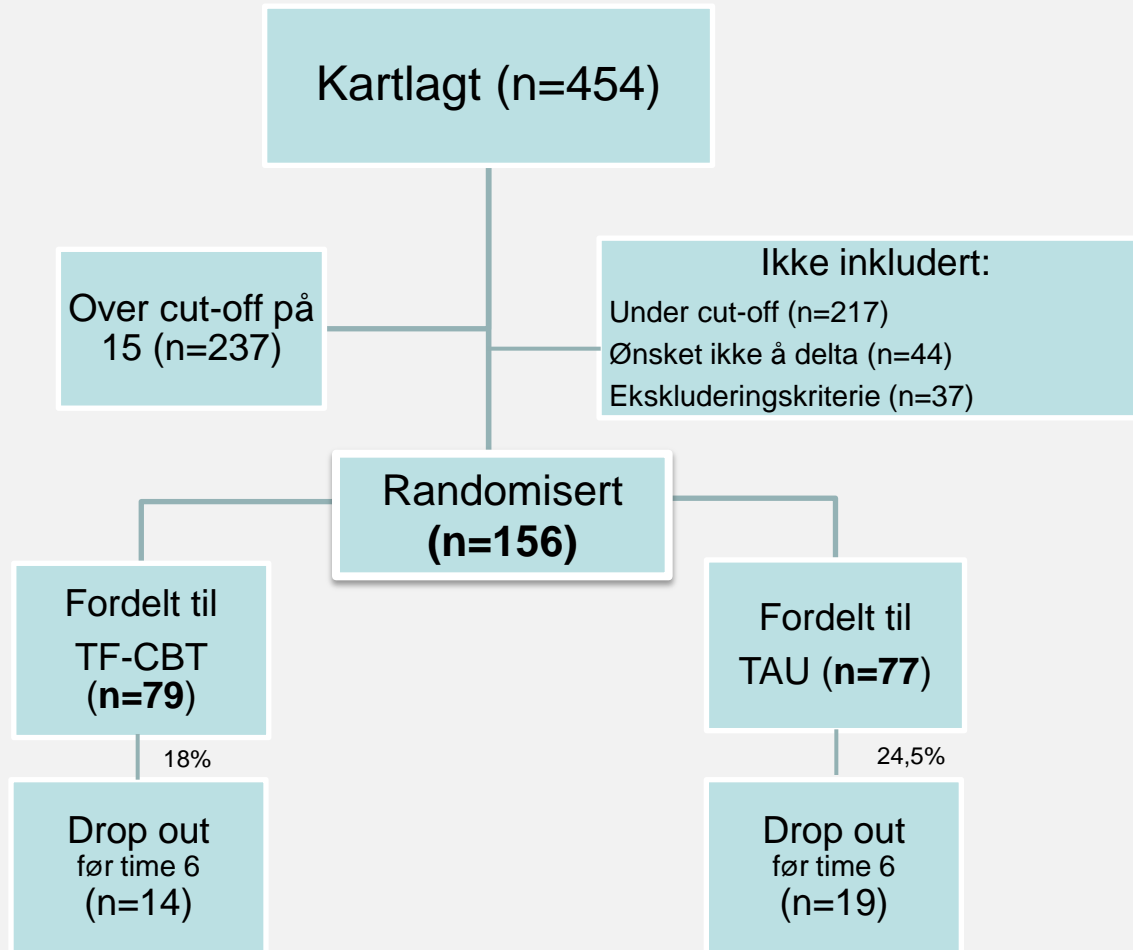
## Intervjuer

- Barn og foreldre om kartleggingene
- Barn og foreldre om behandlingen
- TF-CBT terapeutene om å bruke metoden

## Annen informasjon

- Demografiske opplysninger
- Ressursbruk/ andre tjenester
- Livsendringer
- Nye potensielt traumatiserende hendelser
- Informasjon om terapeutene

# Flytdiagram

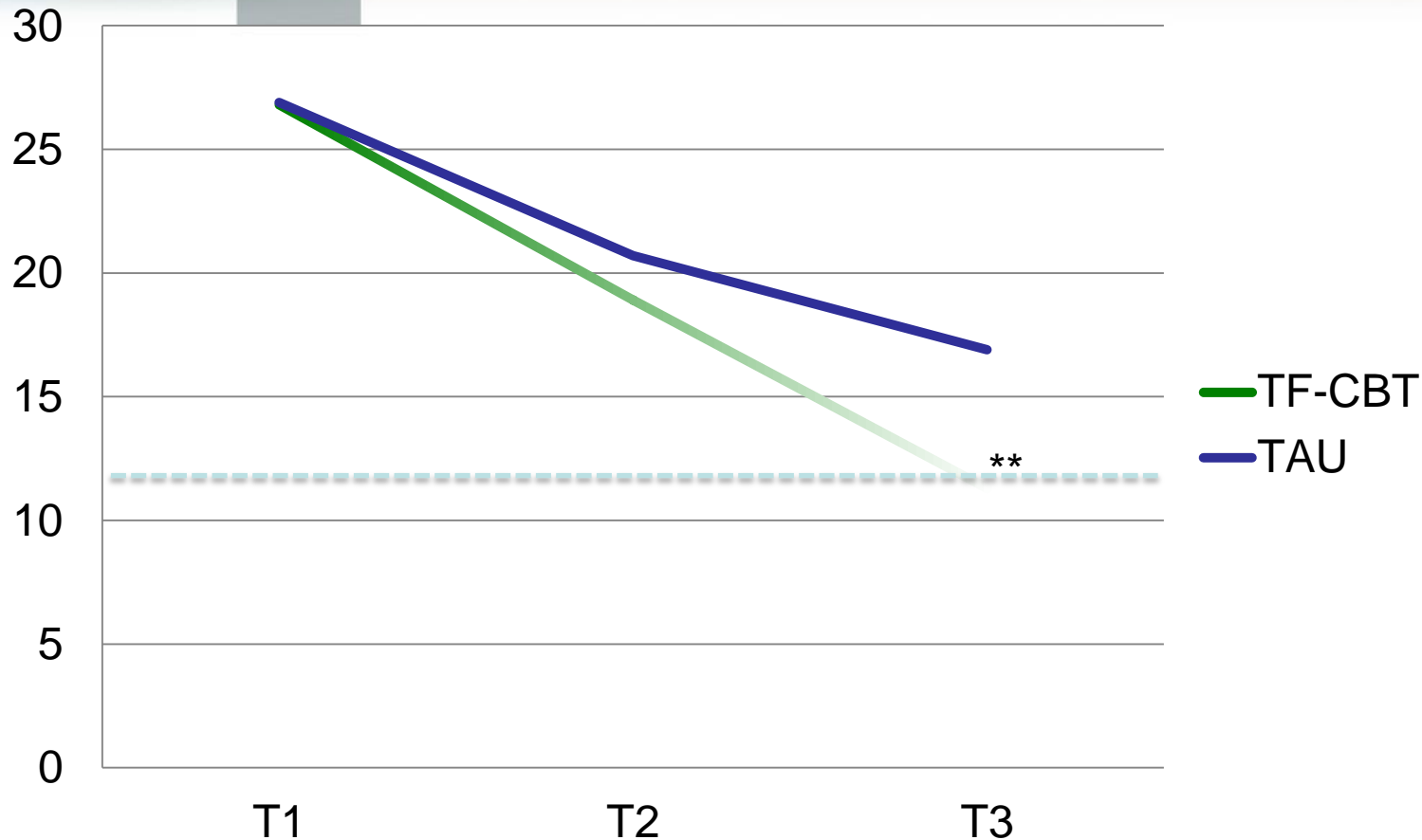


- 300 skåret over 11 på CPSS, som er klinisk cut-off (65%)

# Resultater



## PTSD symptommer (CPSS)

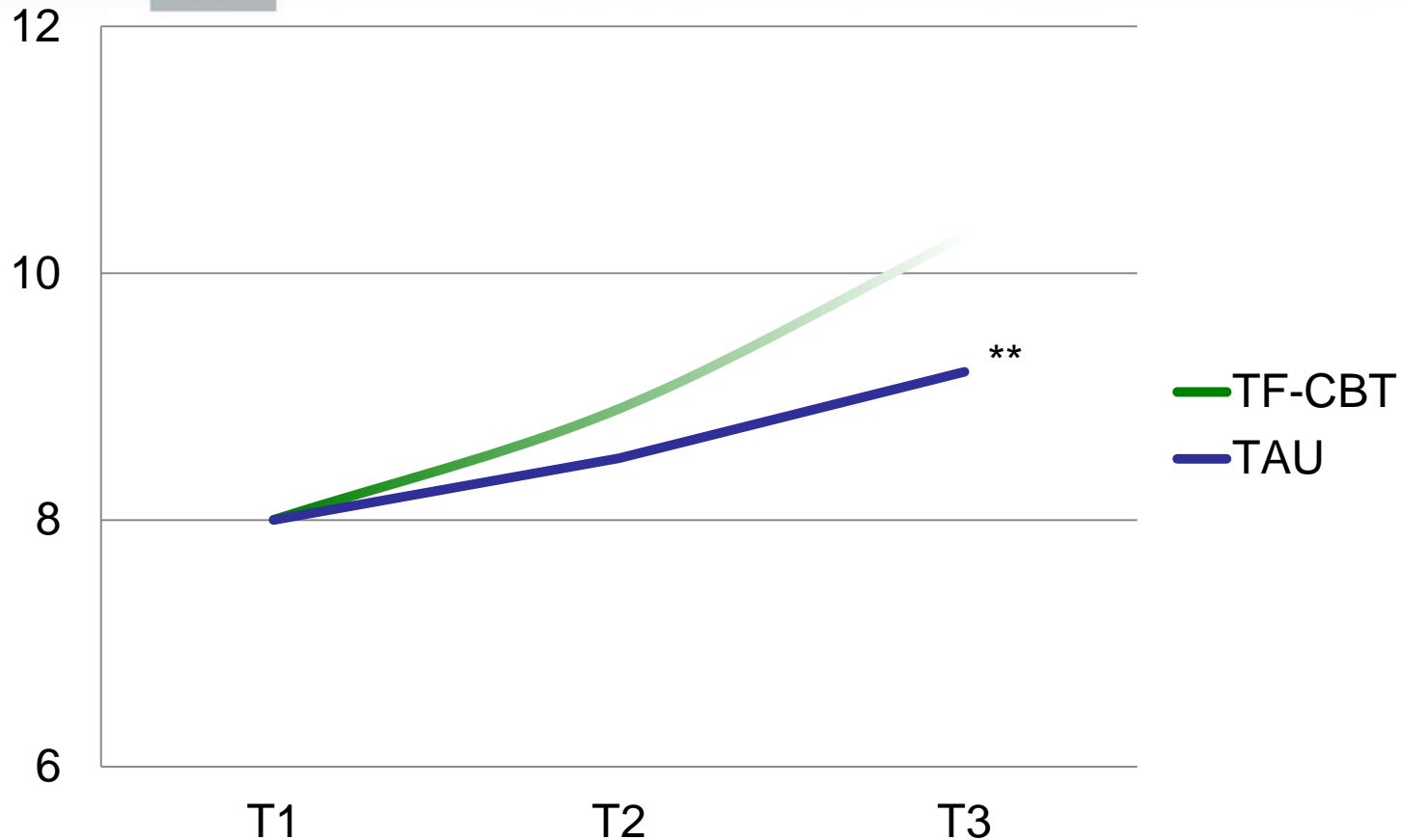


\*\* :  $p < ,01$ , Mixed effects analyser

Signifikant forskjell mellom T1-T3 i begge grupper

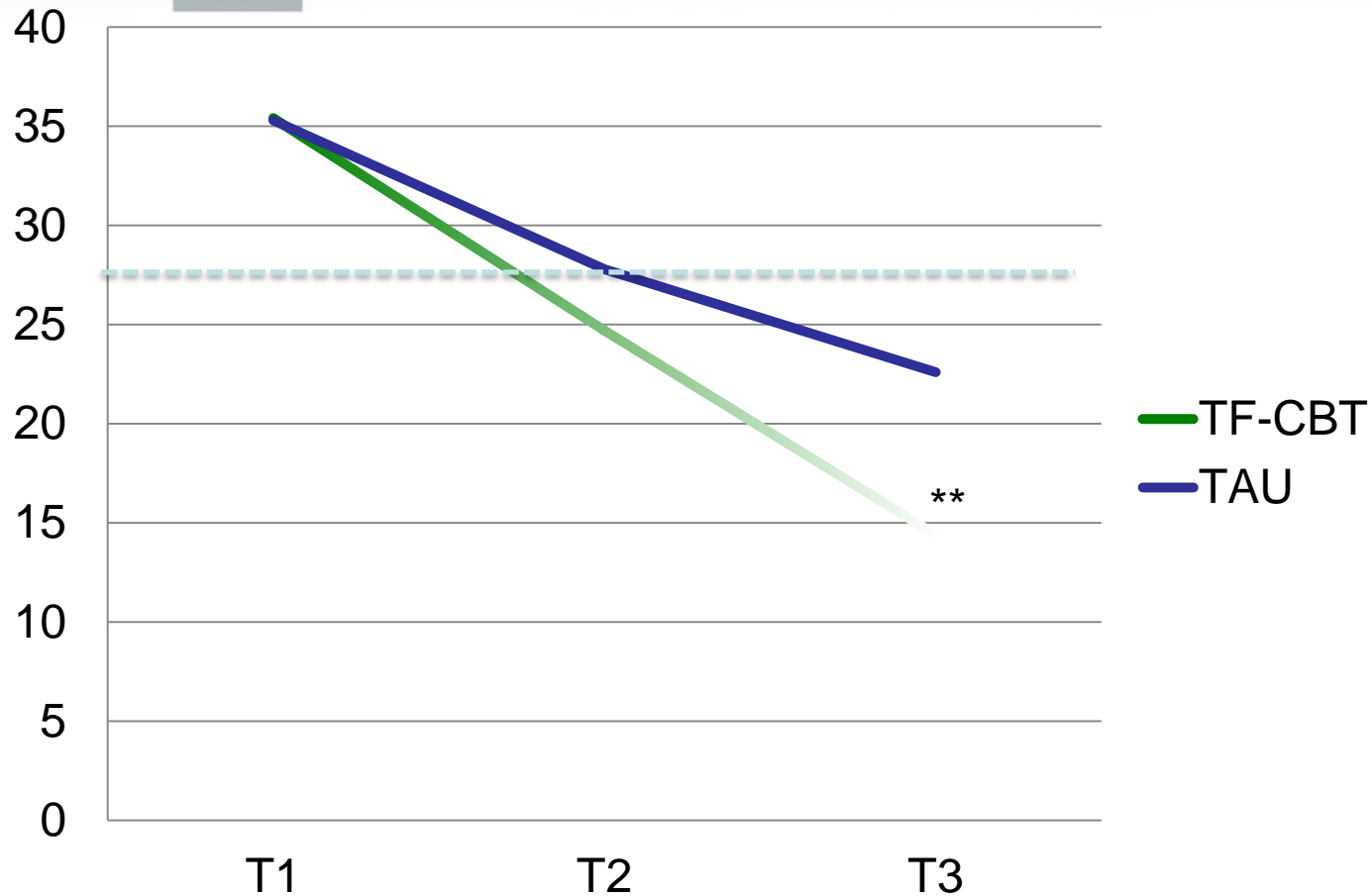


## Daglig fungering (CPSS Impact scale)



\*\* $p < ,01$ , Mixed effects analyser  
Signifikant forskjell mellom T1-T3 i begge grupper

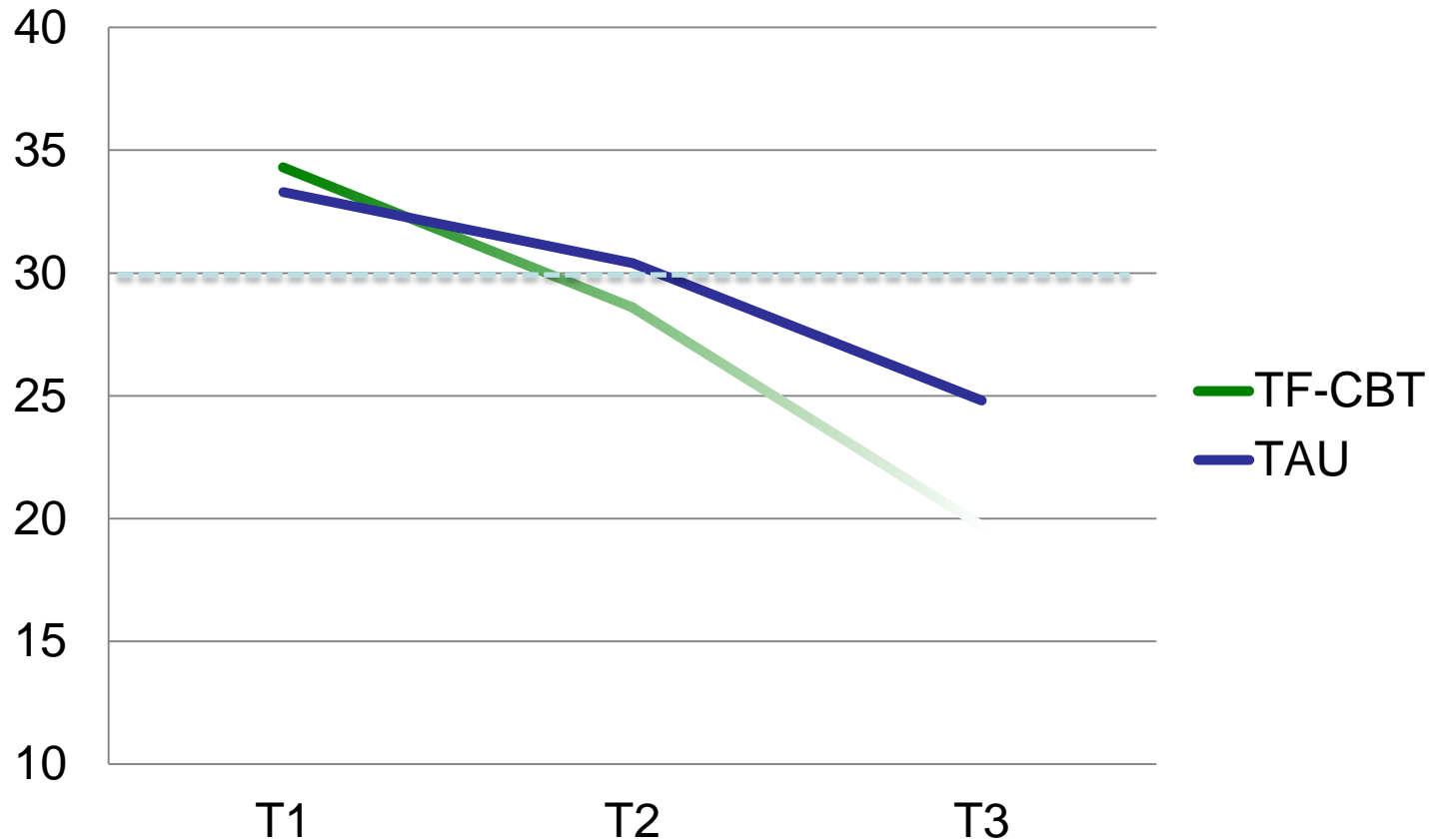
## Depresjon (MFQ)



\*\* :  $p < ,01$ , Mixed effects analyser

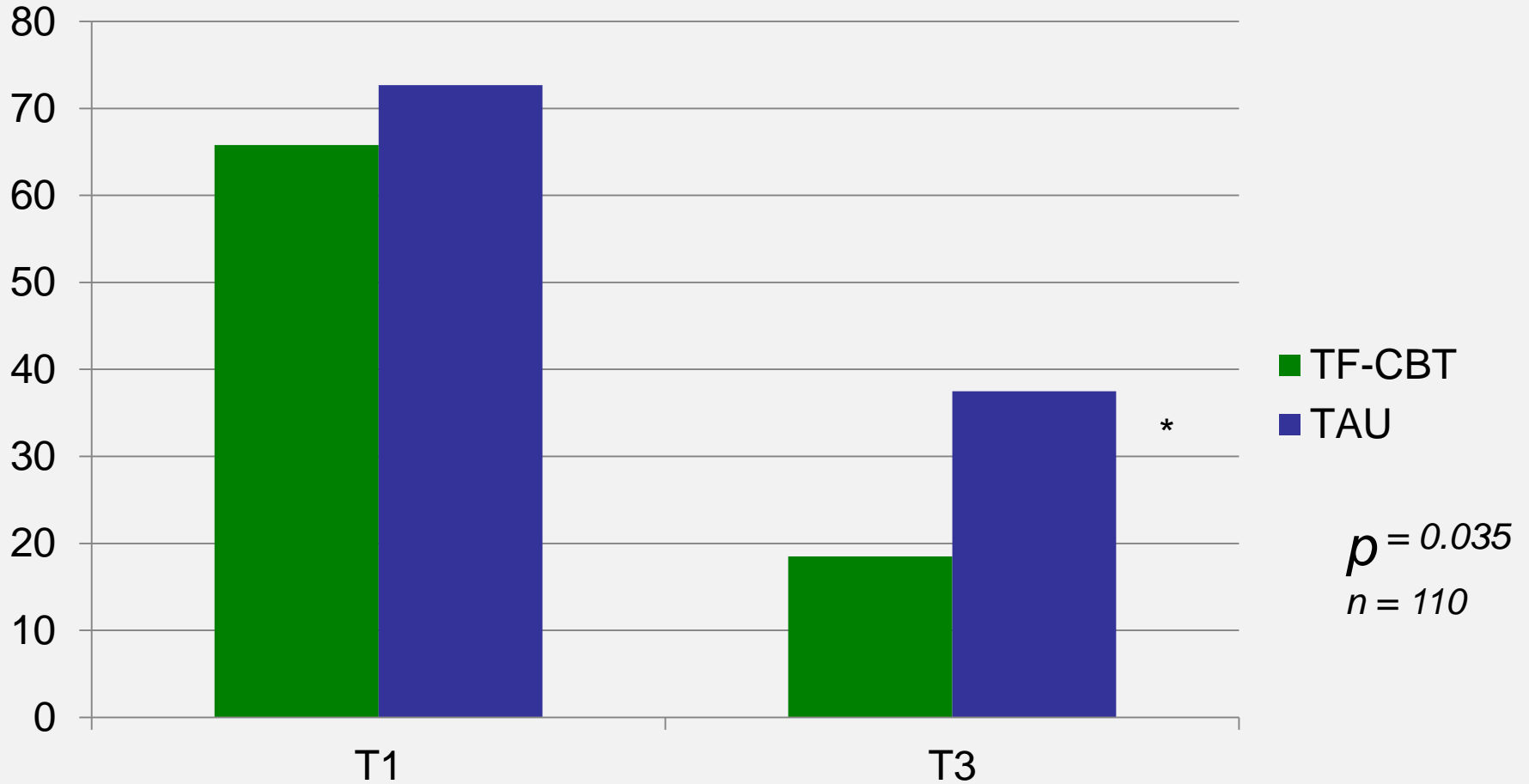
Signifikant forskjell mellom T1-T3 i begge grupper

## Angst (SCARED)



Mixed effects analyser, ikke signifikant forskjell mellom gruppene  
Signifikant forskjell fra T1-T3 i begge grupper

# % med PTSD-diagnose (CAPS-CA)



## Noen begrensninger:

- Foreløpige funn: avvenster oppfølgingsdata
- Terapeutene forskjellig utdanningsnivå i de to gruppene
- Ulik tilgang på veiledning/ oppfølging

# Terapitilfredshet

## Kvalitative intervjuer



## Hva sier de har blitt annerledes? (n=32)

- Jeg tenker ikke så mye på det
- Jeg er i bedre humør
- Jeg tenker annerledes om det som skjedd og om livet
- Jeg sover bedre
- Jeg har begynt å gjøre ting som jeg likte å gjøre før
- Jeg er mer konsentrert
- Jeg har mer selvtillit
- Jeg føler meg ikke så skamfull

## Hva var de ikke så fornøyde med? (n=32)

Tre tema fremkom i intervjuene

- Føle seg presset til å snakke (4)
- Å ikke kunne snakke om det de ville (2)
- Likte ikke terapeuten (3)

(Dittmann & Jensen, In prep.)



## Hva synes foreldre om TF-CBT-terapien?

Kvalitative intervjuer (n = 32)

- Positivt å være involvert i terapien
- Positivt å få emosjonell støtte
- Positivt å få hjelp til å forstå hvordan traumehendelsen påvirket barnet mitt (psykoedukasjon)
- Positivt å få foreldreveiledning



## Mulige endringsmekanismer

- Terapeutisk allianse?
- Foreldres emosjonelle reaksjoner?
- Posttraumatiske kognisjoner?

## Terapeutisk allianse

- Emosjonelt bånd og enighet om arbeidsoppgaver (Bordin, 1979; Shirk & Saiz, 1992)
  - Kartlagt etter time 6 (TASC)
  - Like høye skårer i begge grupper
  - Signifikant prediktor i TF-CBT, men ikke i TAU
- **Interaksjon mellom allianse og metode**  
(Ormhaug et al., 2012)

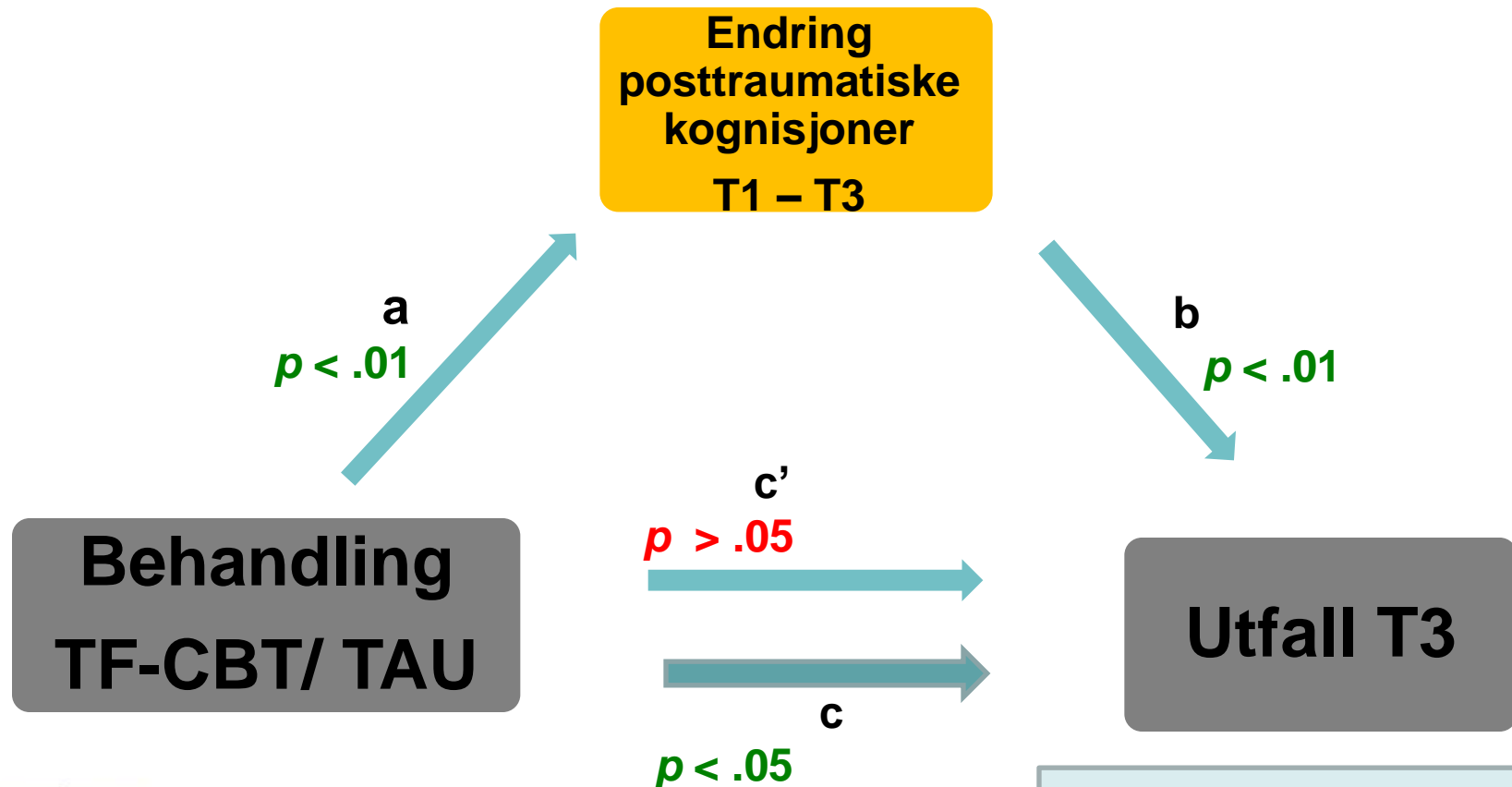
## Foreldres reaksjoner

- Foreldrene har også sterke reaksjoner – type reaksjoner variere etter hva barnet har opplevd
- 50,4 % av foreldrene skårer over klinisk grense på depresjon ved inntak; 27,2 % etter behandling.
- Ingen forskjell i bedring mellom gruppene
- Endring i foreldres symptomer ser *ikke* ut til å være relatert til barnas bedring (Holt, 2012)

## Posttraumatiske kognisjoner

- Ehlers & Clarks modell (2000)
  - Lagring av traumeminner i hukommelsen
  - Personens fortolkning av hendelsen
- ”Verden er farlig”
- ”Jeg er ødelagt for alltid”
- Child Posttraumatic Cognitions Inventory (cPTCI)

## Endring i PTSS: mediert av posttraumatiske kognisjoner



## Veien videre



## Videre forskning:

- Effekt over lang tid?
- Helseøkonomiske effekter?
- Hvordan kan terapeuter skape god allianse?
- Hvilken betydning har ungdommens arbeid og involvering i traumenarrativen?
- Hva kan det skyldes at noen ikke får effekt av behandlingen?



## Implementering av TF-CBT i Norge

- Implementeres i klinikker, ikke bare opplæring av enkelterapeuter
- I gang med 7 polikliniker + 1 Barnehus
- 37 terapeuter under opplæring
- Finansiering: Implementering i 1/3 av norske klinikker

[t.k.jensen@nkvts.unirand.no](mailto:t.k.jensen@nkvts.unirand.no)  
[lene.granly@nkvts.unirand.no](mailto:lene.granly@nkvts.unirand.no)

## Oppsummering

- TF-CBT passer godt inn i norske poliklinikker
- Gir god hjelp til barn og unge med posttraumatisk stress og depresjon
- Mer effektiv enn nåværende tilbud (TAU)
- Foreldre og barn fornøyd med behandlingen
- Videre implementering er i gang

## Kliniske implikasjoner

### HUSK:

- Kartlegging av traumer og symptomer
- God allianse viktig, men ikke nok!
- Fokus på hendelsen(e) og hvordan barnet har fortolket dette
- Ikke glem foreldrene



**Takk for oppmerksomheten!**

**[s.m.ormhaug@nkvts.unirand.no](mailto:s.m.ormhaug@nkvts.unirand.no)**

**[www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)**