

KARTLEGGING AV TRAUMER OG POSTTRUAMATISK STRESS HOS BARN OG UNGE

Veiledning til gjennomføring av KATES OMSORGSIVER 3-6 år

KATE (Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer, NKVTS 2016)

Formål

KATES 3-6 år er utviklet for å fange opp potensielt traumatiserende hendelser barn kan ha opplevd.

Administrering

Vi anbefaler at kartleggingen finner sted så tidlig som mulig i kontakten med familien, helst allerede i første møte. Mange synes det er hjelpsomt å forklare at dette er en kartlegging som foretas rutinemessig, både for å signalisere at vi vet at hendelsene er relativt vanlige, og at både du som behandler og familien skal slippe å føle at de møtes med mistenksomhet.

KATE er laget som et selvutfyllingskjema, men det kan også brukes som et intervju.

Skåring

Dersom omsorgsgiver svarer JA på ett eller flere av spørsmålene, må dette etterfølges av en samtale med omsorgsgiver for å finne ut hva som har skjedd, om dette var en situasjon der barnet ble fryktelig redd og overveldet, og om det er noe som fortsatt pågår. Dersom omsorgsgiver svarer PASS bør du undersøke dette igjen senere.

Hvis barnet har opplevd noen av disse hendelsene bør det kartlegges videre for å vurdere om de har utviklet posttraumatiske stress plager knyttet til hendelsene (se neste side).

CATS (Child and Adolescent Trauma Screen, Sachser et al., 2017)

Formål

CATS er utviklet for å måle symptomer på posttraumatisk stress hos barn og unge i aldersgruppen 6 – 18 som har vært utsatt for en eller flere traumatisk(e) hendelse(r). Den er basert på de diagnostiske kriteriene i DSM-5 (APA, 2013).

Administrering

CATS er laget som et selvutfyllingsskjema, men kan også gjennomføres som et intervju. Første gang barnet svarer på CATS er det viktig å sikre seg at han eller hun har forstått innholdet i spørsmålene, så gi beskjed om at de skal spørre deg hvis det er noe de synes er uklart. Gi da en forklaring på hva som menes med spørsmålet.

Dersom det er flere typer hendelser som er krysset av for på KATE-Barn, så spør barnet/ungdommen om hvilken hendelse(r) som de opplevde som den verste, og om noen av disse hendelsene fortsatt plager dem i dag. Be dem så ha hendelsen(e) i tankene når de svarer på spørsmålene i CATS. Barnet skal svare ut i fra hvordan han/ hun har hatt det de siste 2 ukene.

Total symptomskåre kalkulerer ved å summere spørsmål 1-16 (0-48). Vi anbefaler å bruke en cut-off ≥ 16 som indikasjon på klinisk relevant nivå av symptomer for førskolebarn.

Differensialdiagnostiske vurderinger

En stor andel av barn med PTSD tilfredsstiller i tillegg diagnostiske kriterier for angst og depresjon, og det kan være en utfordring å skille mellom enkelte symptomer som ser like ut i disse ulike lidelsene. Det er derfor viktig å få tak i om plagene oppstod, eller ble verre, i etterkant av de traumatiske hendelsene.

Videre så er det viktig å undersøke nærmere hvordan symptomene oppleves. Et skille mellom påtrengende minner (PTSD) og depressiv grubling er at de posttraumatiske tankene/minnene ofte er veldig livaktige, visuelle og/eller kommer i form av andre sanseopplevelser. I forhold til angst så skiller traume-relatert unngåelse seg fra spesifikke fobier ved at førstnevnte er direkte knyttet til noe som minner om den traumatiske hendelsen.

Dersom barnet rapporterer om signifikante posttraumatiske plager, er det viktig at det tilbys en behandling som kan redusere barnets plager. I følge internasjonale retningslinjer (eks. AACAP, 2010; NICE guidelines, 2005) så anbefales det at behandlingen er traumefokusert. En av de anbefalte metodene er Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (se https://www.ungsinn.no/post_tiltak/tf-cbt/).

Kartlegging av PTSD hos barn under 6 år

For å måle symptomer på posttraumatisk stress hos barn under 6 år kan en bruke foreldreutfyllingsutgaven av CATS. Vi anbefaler å bruke DSM5 (APA, 2013) sine diagnostiske retningslinjer for barn under 6 år (se under), og å bruke særlig omsorgsgivere og andre som kjenner barna godt som informanter.

Posttraumatisk stresslidelse hos barn 6 år og yngre, DSM-5 (APA, 2013)

1. Eksponering

Barnet har vært eksponert for trussel om, eller faktisk død, alvorlig skade eller seksuell vold enten direkte, eller som vitne. Vær oppmerksom på at små barn er særlig sårbare for skade eller tap av omsorgsgiver.

2. Gjenopplevelser

Barnet viser tegn til **1** (eller flere) av de følgende symptomene:

- a. Gjentatte, ufrivillige, og påtrengende minner fra de(n) traumatiske hendelsen(e). Vær oppmerksom på at disse minnene ikke nødvendigvis uttrykkes verbalt, men de kan bli gjenskapt i form av lek.
- b. Gjentatte mareritt om de(n) traumatiske hendelsen(e), evt. andre skremmende drømmer uten gjenkjennelig innhold.
- c. Dissosiative reaksjoner (flashbacks) der barnet føler eller opplever det som om de(n) traumatiske hendelsen(e) skjer igjen. Reaksjonene kan ses i form av at hendelsen gjenskapes i lek.
- d. Intenst og langvarig psykologisk ubehag /uro når barnet blir minnet om hendelsen(e).
- e. Markerte fysiologiske reaksjoner når barnet blir minnet om hendelsen(e).

3. Unngåelse og/eller vedvarende negative endringer i kognisjoner

Barnet viser tegn til **1** (eller flere) av de følgende symptomene: Vedvarende unngåelse:

- a. Faktisk eller forsøkt unngåelse av aktiviteter, steder, eller fysiske påminnere som får barnet til å tenke på de(n) traumatiske hendelsen(e).
- b. Faktisk eller forsøkt unngåelse av personer, samtaler, eller interpersonlige situasjoner som minner barnet om de(n) traumatiske hendelsen(e). Vedvarende negative endringer i kognisjoner.
- c. Betydelig økning i negative emosjoner (f.eks. frykt, skyldfølelse, tristhet, skam, forvirring).
- d. Markert redusert interesse eller deltakelse i betydningsfulle aktiviteter, inkludert mindre utfoldelse i lek.
- e. Sosial tilbaketrekking.
- f. Vedvarende reduksjon i barnets uttrykte positive emosjoner.

4. Økt aktivering og reaktivitet Barnet viser tegn til 2 (eller flere) av de følgende symptomer:

- a. Irritabilitet eller sinneutbrudd (etter lite eller ingen provokasjon), typisk i form av verbal eller fysisk aggresjon mot personer eller gjenstander (inkludert ekstreme raserianfall).
- b. Økt vaktksomhet/ årvåkenhet.
- c. Veldig lett for å skvette (exaggerated startle response).
- d. Konsentrasjonsvansker.
- e. Søvnvansker (f.eks. problemer med å sovne eller å sove, eller urolig søvn).

5. Varighet

Symptomene har vedvart minst 1 måned etter de(n) traumatiske hendelsen(e).

6. Klinisk ubehag

Symptomene påfører barnet klinisk signifikant ubehag eller forstyrrer barnets relasjoner til foreldre, søsken, venner, eller andre omsorgsgivere, eller barnets skolegang.

7. Differensialdiagnostikk

Symptomene er ikke forårsaket av fysiologiske effekter av et stoff (f.eks. medisiner eller alkohol) eller en annen medisinsk tilstand.

Lenke til KATE og CATS: <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>

Referanser

- AACAP (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), 414-430.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM5 (5th ed.)* Washington, DC: Author. Til norsk ved NKVTS, 2016.
- NKVTS (2016) Kartlegging av traumatiske erfaringer barn og foreldre (KATE-B og KATEF). <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>
- NICE guidelines (2005). Posttraumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., et al. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord.*, 210, 189-195. doi:10.1016/j.jad.2016.12.040